

Silvio Stella¹

Ricerca Psicoanalitica, 2002, Anno XIII, n. 2, pp. 189-197.

Gesti, comportamenti, emozioni nel primo colloquio²

SOMMARIO

“I primi cinque minuti” di un incontro in cui sia presente una richiesta di aiuto possono profondamente influenzare l’andamento dell’intero colloquio ed anche il successivo percorso della relazione e della cura. Incontro che va visto non in senso unidirezionale, ma bidirezionale e nel quale intervengono vari elementi. Tra essi hanno sicuramente rilevanza i gesti: per esempio la stretta di mano, il sorriso, lo sguardo la postura, i movimenti del corpo, ecc.; però anche le sensazioni e le emozioni che l’incontro attiva: interesse, noia, fastidio, piacere, e così via.

Dovremmo sempre ricordarci che ciò che guarisce sono certamente le conoscenze e il loro uso intelligente, ma non meno quelle attitudini interiori che siamo soliti riassumere nei concetti di “disponibilità” e di “empatia”.

SUMMARY

Gestures, behaviors, feelings during the first interview

The first five minutes of a meeting where someone asks for help may deeply influence the whole interview and also the subsequent relationship and treatment. It is not a one-way but a bi-directional meeting, in which a lot of different elements have to be taken into account. Handshake, smile, look, posture, movements, etc. are certainly important, but so are the feelings and emotions, such as interest, boredom, annoyance, pleasure, and so on, which are elicited by the meeting. We should always remember that what cures is not only knowledge and its intelligent use, but also those inner attitudes that we summarize in the concepts of availability and empathy.

1. L’importanza del primo colloquio in generale, in specie con la persona che si rivolge al medico o allo psicoterapeuta per un disagio di cui soffre, è stata sottolineata da molti studiosi. Limitandomi alla prospettiva psicodinamica (Sullivan, 1954; Nahoum, 1958; Mannoni, 1974; Lai, 1980; Morpurgo M., 1980; Stella S., Ugazio V., Porcelli M., 1980; Stella S., 1984; Trentini, 1980 e 1989; A. Semi, 1985 e 1992; Telleschi e Torre, 1988; Barker, 1990; Lis, Venuti, De Zordo, 1991 e 1995; Gabbard, 1990 e molti altri), e con riferimento al tema attorno al quale sono stato invitato a riflettere e a pronunciarmi, alcuni ricercatori hanno dimostrato che “i primi cinque minuti” di un incontro in cui *sia* presente una richiesta di aiuto possono profondamente influenzare l’andamento dell’intero colloquio, ed anche il successivo percorso della relazione e della cura.

Posso confermare questa osservazione. Nella mia esperienza ho più volte constatato che a seconda di come, già al telefono, reagiamo alla voce dell’altro e per converso l’altro reagisce alla nostra voce, si

¹ Silvio Stella è docente ordinario di Psicologia dinamica nella Facoltà di Psicologia dell’Università Cattolica di Milano.

² Relazione tenuta all’incontro di aggiornamento professionale per Medici di Medicina generale e Psicologi il 19 maggio 2001. Teleconferenza c/o Università Cattolica di Milano, Facoltà di Psicologia, Servizio/Laboratorio di psicologia clinica. Organizzato dal prof. Riccardo Pettorossi (Segreteria scientifica: dott. A. Baffigi).

attivano sentimenti, atteggiamenti, vissuti, aspettative che sin dall'inizio colorano la relazione tra professionista e paziente e ne influenzano la qualità, la stabilità, la produttività.

Si tratta allora di tenere conto di questi aspetti, ma non semplicemente come dati informativi oppure inevitabili quanto invece come variabili sulle quali è possibile lavorare e intervenire.

In questa linea di pensiero acquistano un certo significato alcuni dati emersi da un recente sondaggio (Corriere della Sera, marzo 2001) svolto dal "Dr. Club". Questo sondaggio ha mostrato che per il paziente, e soprattutto per il rapporto che instaura con il medico, contano sicuramente la *chiarezza* con la quale il professionista si esprime, la sua capacità di *rassicurare*, la sua *pazienza*, la sua *disponibilità* di tempo, ma non meno conta la *tempestività* della sua risposta.

Sono informazioni che naturalmente non vanno prese alla lettera, ma piuttosto filtrate e interpretate. Se per un verso appaiono in larga misura ovvie, prevedibili, direi scontate, per un altro verso confermano l'importanza della cosiddetta "prima impressione", quella, come si usa dire, fatta a caldo, e l'utilità di riflettere su di essa e di elaborarne significati e conseguenze che può avere sul colloquio e sulla cura.

2. Questa prima impressione, *che non è comunque solamente di uno degli interlocutori ma di entrambi*, si rivela allora composta di vari elementi. Tra essi, come preciserò più avanti, hanno sicuramente rilevanza i gesti: per esempio la stretta di mano, il sorriso, gli spostamenti del corpo, la postura, lo sguardo ecc.; i comportamenti di fatto manifestati, e però anche le sensazioni e le emozioni che l'incontro attiva: interesse, noia, fastidio, piacere e così via.

3. La "formazione di una attenzione" - per servirmi di una felice espressione di Simone de Beauvoir - vale a dire la *sensibilizzazione* al colloquio, non rappresentano campi facili, tanto meno scontati. All'attenzione cui sto accennando - un'attenzione vera, spontanea, preconsa, cioè esito di un lavoro interiore di elaborazione - si oppongono fattori oggettivi e soggettivi.

Per quanto concerne il primo ordine di fattori, il medico, soprattutto il medico di base, non può non porsi, almeno in parte, come soggetto rispetto ad "oggetto", cioè come persona che, entro un tempo limitato, deve, se non proprio avanzare una diagnosi, perlomeno proporre qualche ipotesi riguardo la natura dei disturbi che affliggono il suo interlocutore. Deve dunque prendere una decisione, sia essa quella di suggerire un medicamento oppure quella di proporre ulteriori approfondimenti. Inoltre il medico (così come lo psicoterapeuta) è soggetto a *pressioni di ruolo* rispetto alle quali non sempre riesce o può mantenersi libero.

Per quanto concerne il secondo ordine di fattori, è certo più semplice parlare di capacità di *farsi carico* dell'altro (del paziente) che mettere in pratica comportamenti appropriati a siffatto processo. La capacità di "contenimento" della sofferenza, fisica e mentale, (*l'holding* di Winnicott) non è affatto in contrasto, ma piuttosto sintonica con la cosiddetta obiettività dell'esame clinico e della diagnosi. Diversamente è vero, anche se non sempre, che l'incontro con l'altro può essere motivo di soddisfazione che compensa la fatica di un ascolto consapevole, libero, preconsco.

4. Ora come riconoscere il disagio psichico (il termine è indubbiamente vasto, complesso, pluridimensionale), la sofferenza mentale (la strettissima relazione tra sofferenza mentale e sofferenza organica, la profonda interrelazione mente/corpo, [Stella 2001]) in uno spazio di tempo in genere limitato, durante il quale, come detto, l'attenzione del medico è di necessità selettiva, captata dai sintomi denunciati dal paziente?

Ferma restando la validità e l'efficacia dell'antico e sempre attuale "buon senso", ed alla luce dei comprovati limiti di un apprendimento solo concettuale - cioè di un apprendimento che non utilizzi anche l'esperienza (Bion, 1962) - vorrei rapidamente elencare alcuni punti che potrebbero aiutare se non proprio

ad operare una diagnosi, almeno a porsi alcuni interrogativi, a non chiudere subito gli occhi di fronte ad eventi che posseggono una loro specifica importanza.

a) Una prima osservazione riguarda l'appropriatezza del titolo generale di questa videoconferenza. Il corpo - in particolare la *postura*, lo *sguardo* e la *voce* - traduce costantemente le condizioni interne di ciascuno di noi. Mente e corpo sono inscindibilmente legati l'uno all'altro e così andrebbero pensati. Tra mente e corpo non vi è una semplice interazione. Parlerei piuttosto di due prospettive, di due cineprese, di due ottiche attraverso le quali si può cercare di comprendere meglio il disagio denunciato.

Ed in effetti il corpo, sia quello dell'altro sia il nostro, è lì, "a disposizione". Si pensi - è solo un esempio - alla lentezza e alla rigidità dei movimenti del malato di morbo di Parkinson, alla sua tendenza a piegarsi in avanti, ai suoi impedimenti a rilassarsi. È stato dimostrato (Alexander, 1985) che più che in una perdita di riflessi posturali anticipatori, il problema del paziente affetto da morbo di Parkinson risiede nella difficoltà/incapacità di stimolare le risposte che precedono il movimento; da qui l'accento posto sui legami tra postura, andatura e malattia.

Si tratta allora di cercare di "leggere" questo corpo, di decodificare i segnali che di continuo emette, di dare ad essi un senso. Già Freud ha a suo tempo mostrato che i primi segnali dell'lo sono segnali corporei. In altra prospettiva recenti ricerche di Damasio sul cervello e sul corpo ne hanno messo in luce l'aspetto di variabili interagenti con l'ambiente: "l'anima respira attraverso il corpo ... la sofferenza avviene nella carne" (Damasio, 1999).

Un altro esempio di comune dominio: da che cosa deduce la madre il mal di testa o il mal di pancia del suo piccolo se non dal proprio corpo e da quello del bimbo, dalla loro interazione, nonché dalle personali capacità di *reverie* (Bion 1962)?

Normalmente siamo indotti a interpretare le succitate manifestazioni corporee: postura, sguardo, voce (ad esse potremmo aggiungere i tic, l'acconciatura dei capelli, i cenni del capo, i movimenti delle mani, la conformazione fisica, l'abbigliamento, ecc.) a partire da ciò che, nel corso degli anni, abbiamo appreso; attraverso i valori che ciascuno di noi ha gradualmente introiettato. Possiamo esserne (in parte) consapevoli, ma sicuramente questi valori influenzano profondamente e costantemente le idee che ci facciamo degli altri. Come ha scritto Kelly (1955), siamo spinti a guardare alla realtà attraverso i nostri occhiali, con le inevitabili conseguenze che derivano da questa condizione. Così, di fronte ad una persona che ci sembra presuntuosa oppure volere occupare troppo spazio rispetto a quello che siamo disposti a concederle, inevitabilmente tendiamo a reagire sulla base delle credenze, degli atteggiamenti, dei pregiudizi che ci sono naturali. Analogamente il volto rabbuiato o spaventato o anche solo preoccupato di chi ci sta di fronte, *ipso facto* attiva specifiche risposte emozionali.

Sull'importanza del comportamento e della comunicazione non verbale (un'espressione che solleva alcune riserve, nel senso che rischia di riproporre quel dualismo corpo/mente che è stato fonte di tanti equivoci e che però fa oramai parte del linguaggio psicologico) si sono fermati quasi tutti gli autori che si sono occupati di colloquio. Il già citato Nahoum, sin dal '58, sosteneva che "le mani possono essere espressive quanto il volto e talvolta anche di più, poiché non solo i gesti accompagnano spesso i pensieri e i sentimenti attuali, ma spesso rivelano pure attività professionali anteriori". "Il movimento delle mani ha spesso una funzione di adattamento, è cioè una maniera per soddisfare e controllare bisogni, motivazioni, emozioni e scaricare tensioni" (Lis, Venuti, De Zordo, 1991). Sulla funzione di "sincronizzazione degli interventi nell'ambito del dialogo" attraverso gesti, cenni del capo ed altri comportamenti si sono interrogati anche Canestrari e Ricci Bitti nel loro "Il colloquio clinico" (in Trentini, a cura di, op. cit.).

In specifico, nel primo colloquio, anche a motivo della mancanza di altre informazioni, sono in primo piano quegli aspetti comportamentali e quelle emozioni che funzionano per entrambi gli interlocutori da guida rispetto ai vuoti che accompagnano le prime interazioni. Nel termine "vuoti" comprendo elementi tra loro diversi: l'ansia legata alle reciproche attese, la non conoscenza reciproca, la tendenza alla valutazione

(Rogers, 1951), la paura del giudizio, la propensione al “sì” o al “no” come difesa, e vari altri. Si ripropongono i “principi” (le leggi) della Gestalt, in particolare la convinzione dei teorici di questa Scuola che la percezione, oltre a presentarsi organizzata, si impone da subito. Pur non essendo superiore alle parti che lo compongono, il “tutto” ha una sua propria specificità. Da qui, o meglio anche da qui, l’“effetto alone”, cioè l’indebita tendenza ad estendere ad altri tratti della personalità quello che, nel primo colloquio, maggiormente ci colpisce e ci convince: per l’appunto un gesto, un’emozione, un comportamento. Da qui l’“errore logico”, cioè la convinzione che un dato tratto di personalità si correli necessariamente ad altri che in realtà fanno parte di nostri personali *cluster*. Oppure l’“effetto indulgenza” che, probabilmente stimolato (a mio parere) dalla dipendenza e dalle gratificazioni che ne possono derivare, induce ad assumere atteggiamenti di benevolenza non sempre appropriati, e così via.

In questa linea di pensiero potremmo attenderci che in un primo colloquio siano attivi un “trattenersi” o anche un “ritrarsi” (come corpo e come mente) che hanno il fine di salvaguardarsi rispetto a temute, ancora una reciproche “invadenze”. In altre parole ci si può attendere che umane difese (protezioni) della propria integrità personale, del proprio spazio “privato” (M. Khan, 1974) si elevino rispetto alla pur sincera disponibilità degli interlocutori stessi. Del resto ad un incontro con il medico o con lo psicoterapeuta, a meno che si tratti di un intervento d’urgenza, nessuno arriva “d’un balzo”, automaticamente, bensì preceduto, accompagnato da determinate informazioni, da un diverso processo decisionale e, ciò che più conta, da una diversa storia. Questa storia non è una storia qualunque, è la storia di quella persona (di quel paziente, di quel medico, di quel terapeuta), ed è costituita da specifiche, irripetibili, uniche esperienze.

Queste esperienze andrebbero considerate e rispettate da entrambi gli interlocutori.

Il rilievo ora fatto potrebbe spiegare diversi altri comportamenti che si possono presentare nel primo colloquio: per esempio quel parlare sottovoce, o invece spavaldo, che non necessariamente sta a indicare dipendenza o controdipendenza. Oppure, da un altro versante, quel pudore che alcune persone manifestano di fronte all’autorità del professionista. O, ancora, quella tendenza a nascondere o addirittura a negare ciò che è palese: per esempio una sofferenza di lunga data, ma che ci si vorrebbe convincere sia invece di data recente.

Ecco la persona che avrebbe la pretesa di dire tutto in una volta oppure di spiegare uno ad uno, nei dettagli, la quantità dei disturbi di cui soffre e magari sostenere ad ogni costo la validità della propria autodiagnosi. Di nuovo potrebbe rivelarsi errato pensare di trovarsi davanti ad una personalità ipocondriaca (detto che ve ne siano) oppure ossessiva, cioè immediatamente “etichettare”, incorniciare la persona che si ha di fronte.

Da un’altra ottica sono spesso presenti dubbi, in parte comprensibili in parte meno, a riguardo della competenza scientifica ed umana del professionista, così come anche della propria capacità di spiegarsi sufficientemente rispetto ai disturbi di cui si soffre. Questi dubbi fanno parte di ogni processo interattivo, di qualunque relazione, anche non professionale. Ovvio che siano celati. Essi però affiorano nel transfert e nel controtransfert, ed anche nei gesti, negli sguardi, nei movimenti. Considerati a se stanti, isolatamente rispetto all’interazione, allo scambio che comunque, anche quando c’è silenzio, caratterizza l’interazione - oppure staccati dal contesto in cui questa interazione avviene - potrebbero apparire poco significativi. Diversamente, visti all’interno di uno specifico rapporto, rappresentano un’utilissima fonte di informazioni circa il nostro modo di essere e di “funzionare” e circa il modo di essere e di funzionare dell’altro che chiede il nostro aiuto. In ogni caso confermano l’importanza della fiducia, in quella prospettiva che giustamente Erikson (1950) ha definito “fiducia di base” (*basic trust*).

b) Una seconda osservazione riguarda il fatto che già pensare al modo con cui ci si confronta con i diversi pazienti rappresenta uno strumento di apprendimento. Quale tipo di ascolto sto dedicando alla persona che mi sta parlando? Perché con questa mi trovo a mio agio mentre con quest’altra no? È vero che la mia attenzione deve essere rivolta al sintomo e comunque è da esso fatalmente attratta. È però anche

vero che se mi fisso solo sul sintomo oppure da esso troppo mi distraigo, posso confondere un disturbo con un altro. Si tratta allora di tenere presente che ciò che ha luogo in quel dato momento è una interazione dinamica; che lo voglia o no, sono inserito in un "campo", ne faccio parte, dunque lo influenzo e ne sono influenzato.

c) Una terza indicazione nasce da ciò che si è soliti chiamare transfert e controtransfert nel tentativo di raccogliere sotto un' unica terminologia quell'insieme di risposte: simpatetiche, di rifiuto, di disagio, che una data persona prova nei nostri confronti e allo stesso tempo evoca in noi.

Un esempio: perché questa persona mi parla in un modo tanto difeso? Perché assume quella certa postura? Perché sorride continuamente anche a fronte di argomenti penosi? Perché si esprime così affettatamente? Di che cosa ha veramente paura? Che cosa si attende da me? Perché mi fa (o non mi fa) alcun cenno alla sua situazione lavorativa e/o familiare? Come posso inquadrare il sintomo che denuncia all'interno della sua persona e della sua storia?

E, dall'angolo del controtransfert: perché mi infastidisce questo suo modo di descrivere se stesso? Come mai lo ascolto tanto distrattamente? Che cosa sarebbe bene mi dicesse (cosa desidererei mi dicesse)? Ma che vuole questo? Pensa forse di saperne più di me?.

N.B. I teorici della pragmatica della comunicazione umana (tra essi Watzlavick, Beavin e Jackson, 1967) hanno attirato l' attenzione sul fatto (inoppugnabile) che si comunica sempre di più di quel che si intende comunicare; non si comunica solo con le parole, ma per l'appunto con il corpo, con la voce, con il sorriso, con il sudore, con lo sguardo, con la postura, ecc.

In conclusione non dovremmo dimenticare che quelli in gioco sono processi di identificazione e di controidentificazione, né sottovalutare l'interesse (la motivazione) ad ascoltare, anche il *surplus* o ciò che tale ci sembra ("ad un primo sguardo", "ad una prima impressione"...). Da ultimo, e non certo per importanza, dovremmo sempre ricordarci che ciò che guarisce è sì il sapere, sono certamente le conoscenze e il loro uso intelligente, ma non meno quelle attitudini interiori che siamo soliti riassumere nei concetti di "disponibilità" e di "empatia".

BIBLIOGRAFIA

- Barker Ph. (1990) *Il colloquio clinico con i bambini e gli adolescenti* trad. it. Astrolabio, Roma, 1990.
- Bion W.R. (1962) *Apprendere dall'esperienza* trad. it., Armando, Roma, 1972.
- Bion W.R. (1962) *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico* trad. it., Armando, Roma, 1970.
- Damasio A. (1999) *Emozione e coscienza* trad. it., Adelphi, Milano, 2000.
- Erikson E. H. (1950) *Infanzia e società* trad. it., Armando, Roma, 1966.
- Lai G. (1980) *Le parole del primo colloquio* Boringhieri, Torino.
- Lis A., Venuti P., De Zordo M. R. *Il colloquio come strumento psicologico* Giunti, Firenze, 1995 (seconda edizione riveduta e ampliata).
- Gabbard G. O. (1990) *Psichiatria psicodinamica* trad. it., Cortina, Milano, 1992.
- Khan M. Masud R. (1974) *Lo spazio privato del Sé* trad. it., Boringhieri, Torino, 1979.
- Kelly G. A. (1955) *The psychology of personal constructs* 2 voll., W. W. Norton, New York.
- Mannoni M. *Il primo colloquio con lo psicoanalista* Armando, Roma, 1974.
- Morpurgo M. (1980) *La raccolta dell'anamnesi* in A. Quadrio e V. Ugazio *Il colloquio in psicologia clinica e sociale* F. Angeli, Milano.
- Nahoum C. (1958) *Il colloquio psicologico* trad. it., Ed. Paoline, Roma, 1960.
- Rogers C.(1951) *La terapia centrata sul cliente* Martinelli, Firenze, 1970.
- Semi A. A.(1985) *Tecnica del colloquio* Cortina, Milano, 1985.
- Semi A. A. (1992) *Dal colloquio alla teoria* Cortina, Milano.
- Stella S. (1984) *Colloquio in Psicologia e azione pastorale* (a cura di B. Ravasio), Marietti, Roma, 1984.
- Stella S. (2001) *Introduzione* in D. Cavagna e M. Formaro *Il corpo nella psicoanalisi* C.S.T., Torino.

- Stella S., Ugazio V., Porcelli M.(1980) *Recenti orientamenti della ricerca scientifica in tema di colloquio* in A. Quadrio e V. Ugazio (a cura di) *Il colloquio in psicologia clinica e sociale* F. Angeli, Milano.
- Sullivan H.S. (1954) *Il colloquio psichiatrico* trad. it., Feltrinelli, Milano, 1967
- Telleschi R. e Torre G. (a cura di) (1988) *Il primo colloquio con l'adolescente* Cortina, Milano.
- Trentini G. (a cura di) (1989) *Teoria e prassi del colloquio e dell'intervista* La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Trentini G. (a cura di) (1980) *Manuale del colloquio e dell'intervista* Mondadori, Milano.
- Watzlavick P., Beavin J. H., Jackson Don D. (1967) *Pragmatica della comunicazione umana* Astrolabio, Roma, 1971.
- Winnicott D.W. (1958) *Dalla pediatria alla psicoanalisi* trad. it., Martinelli, Firenze, 1975.