

EMOZIONI E MODALITÀ APTICA: L'USO DEL TOCCO NELLA GESTIONE DELLE EMOZIONI DEL PAZIENTE AFASICO

SARA MERLINO

PHD UNIVERSITÉ LYON 2/UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

Citation: Merlino, Sara (2024) “Emozioni e modalità aptica: l’uso del tocco nella gestione delle emozioni del paziente afasico”, in Greta Zanoni e Serena Zuccheri (a cura di) *Emozioni: parlarne, sentirle, tradurle II*, *mediAzioni* 41: D216–D239, <https://doi.org/10.6092/issn.1974-4382/20682>, ISSN 1974-4382.

Abstract: This paper analyzes the role of haptic resources such as interpersonal touch in the management of patients’ emotions during speech therapy sessions devoted to the treatment of aphasia in the hospital setting. Patients diagnosed with aphasia may manifest emotional states of distress, such as anger, sadness, frustration, which can also evolve into crying sequences. The study, inspired by Conversation Analysis, analyzes how the therapist responds to these manifestations of emotional states, particularly through professional touch, which enables the therapist to control the patient, comfort him or her, and more generally, regulate and balance his or her emotional displays. By focusing on episodes of touch and the collaborative definition by speech therapist and patient of specific bodily and haptic configurations that allow for the establishment of forms of intimacy and affection, the article contributes to a multimodal view of emotions and on a multisensorial perspective on communication.

Keywords: emotions; haptics; professional touch; aphasia; speech therapy; multimodality; multisensoriality; affectivity; interaction.

1. Introduzione

In questo contributo si affronta il tema delle emozioni prendendo in esame una situazione comunicativa di tipo istituzionale rappresentata dalle sedute di rieducazione logopedica per il recupero dell'afasia che hanno luogo in un'unità ospedaliera di cura dell'ictus. Si indaga, in particolare, il ruolo svolto dalle risorse aptiche nella gestione e regolazione delle emozioni del paziente afasico. L'approccio analitico alla base dello studio è quello dell'analisi della conversazione di stampo sociologico/etnometodologico (Sacks *et al.* 1974) e, in particolare, di quel filone di ricerca che prende il nome di analisi multimodale della conversazione (Goodwin 2000; Streeck *et al.* 2011; Mondada 2016) e che, attraverso l'analisi dettagliata di video-registrazioni, esplora le diverse modalità comunicative coinvolte nell'interazione sociale (linguaggio verbale, prosodia, gesti, orientamento dello sguardo, movimenti del corpo, tocco ...).

Fra i numerosi approcci¹ allo studio delle emozioni che hanno preso forma nelle scienze umane e in quelle naturali, l'approccio di stampo conversazionale analizza le emozioni in contesti di interazione naturali e spontanei e si focalizza sulla dimensione sociale delle emozioni,² anziché sull'esperienza "privata" che fa di esse il singolo individuo o sullo stato mentale che caratterizza tale esperienza. Di conseguenza, gli studi che negli ultimi decenni hanno contribuito al delinearsi di questa prospettiva teorica e metodologica sulle emozioni (si veda, ad esempio, il volume curato da Peräkylä e Sorjonen 2012 e il più recente edito da Robles e Weatherall 2021) osservano come le emozioni si manifestano nel corso dell'interazione,³ analizzando, turno dopo turno, il modo in cui queste si organizzano in riferimento alle azioni e alle attività in corso e al loro sviluppo sequenziale; descrivono quali risorse multimodali (prosodiche, mimo-gestuali) sono coinvolte nella manifestazione delle emozioni; sottolineano il modo in cui le emozioni vengono riconosciute, interpretate e gestite a livello interazionale dai co-partecipanti.

Tra le varie risorse multimodali impiegate nella manifestazione e nella regolazione delle emozioni, è stato evidenziato il ruolo svolto dal tocco interpersonale, ovvero da quella modalità aptica che per definizione include una dimensione relazionale e di condivisione (il contatto fisico coinvolge sempre colui/ei che tocca e colui/ei che viene toccato/a) e che con le emozioni condivide proprio il "sentire" – la sensazione fisica, ma anche la qualità affettiva ed emotiva che ne deriva: come evidenziato dalle neuroscienze, il contatto fisico leggero attiva infatti sulla pelle dei recettori nervosi come le afferenze C-tattili che hanno un valore affettivo positivo (Pawling *et al.* 2017); è inoltre risaputo che un contatto corporeo prolungato, tramite ad esempio un abbraccio, può

1 Per studi di stampo linguistico si veda, ad esempio, il volume edito da Weigand (2004); in italiano, Bazzanella e Kobau (2002) e Bazzanella (2004).

2 Riprende in questo, e va a integrare con una metodologia più solida, la visione prospettata da Goffman sull'interazione sociale e sul legame intrinseco tra cognizione, emozione, corporeità (Goffman 1961, 1978). Anziché focalizzarsi, ad esempio, su come le emozioni sono regolate in funzione dei ruoli sociali dell'individuo (cf. Hochschild 1979), l'approccio di stampo conversazionale si focalizza sul modo in cui le emozioni sono gestite a livello interazionale dai partecipanti.

3 Si parla infatti soprattutto di "displays of emotions", più che di emozioni *tout court*, anche per evitare di categorizzare e "psicologizzare" stati mentali interni dell'interattante.

contribuire al rilascio dell'ossitocina, ormone centrale nella regolazione delle emozioni (Macdonald e Macdonald 2010). Posta la rilevanza dei meccanismi biologici per la comprensione del sistema sensoriale del tocco e del suo legame con la sfera delle emozioni e dell'affetto, il legame tra emozioni e tocco interpersonale in situazioni comunicative naturali (vs sperimentali) è stato esplorato in riferimento, soprattutto, alla gestione di emozioni riconducibili a forme di disagio (paura, tristezza, rabbia, frustrazione, ansia...). Il contatto fisico, in particolare il tocco espletato in forma di carezze o abbracci, è individuato tra quelle forme di regolazione delle emozioni che modulano e inibiscono le espressioni emotive (Calkins e Hill 2007), calmando e rispondendo quindi a manifestazioni di disagio, in particolare nell'interazione tra *caregiver* e bambino quando quest'ultimo esprime emozioni attraverso il pianto (Cekaite e Kvist Holm 2017).

Sebbene la rieducazione logopedica dell'afasia rappresenti un contesto di interazione con adulti e con finalità comunicative ben diverse da quello sopra citato, forme di contatto fisico vengono impiegate anche da parte del(la) logopedista e del/la paziente in particolari momenti interazionali, quando il/la paziente manifesta stati emotivi quali, ad esempio, frustrazione, nervosismo, tristezza: il tocco contribuisce, assieme ad altre risorse linguistiche e multimodali (tono della voce, sguardo, espressioni del viso), a gestire questi momenti, ridefinendo anche il focus dell'interazione. Nella seduta di rieducazione, le manifestazioni emotive del paziente incidono infatti anche sulla progressione dell'attività in corso (esercizi terapeutici, test di valutazione, apertura o chiusura dell'incontro), arrivando talvolta a sospenderla – come vedremo nei nostri dati. La gestione delle emozioni in un contesto di cura si intreccia quindi necessariamente con la gestione del lavoro istituzionale (si veda anche Kidwell 2006; Hepburn e Potter 2012).

2. Gestire le emozioni del paziente nella riabilitazione dell'afasia post-ictus

L'afasia è una patologia che si sviluppa a seguito di una lesione cerebrale causata, ad esempio, da un ictus e che provoca disturbi linguistici e comunicativi. Tale evento può incidere in maniera significativa sulla sfera emotiva dell'individuo (Code *et al.* 1999; si veda anche la nozione di "emotività post-ictus" di House *et al.* 1989). Tra le conseguenze psicologiche dell'afasia, la depressione è tra le risposte emotive più studiate (Code e Herrmann 2003). La ricerca medica e sperimentale si è concentrata soprattutto sui sintomi associati a questi stati emotivi e sulle loro cause fisiologiche, neurologiche e cognitive (Sinyor *et al.* 1986; Starkstein *et al.* 1987).⁴ Tra le varie manifestazioni di stati emotivi depressivi, il *pianto*, in particolare, è stato oggetto di indagine nella ricerca sulle patologie post-ictus. Alcuni studi si sono focalizzati sull'esperienza soggettiva del pianto facendo ricorso a questionari e a interviste somministrati ai pazienti e agli infermieri (Allman *et al.* 1992); altri hanno descritto, in situazioni di tipo sperimentale, manifestazioni fisiche del pianto quali espressioni facciali e suoni

⁴ Viene identificata come una conseguenza della gravità della lesione cerebrale o come un effetto secondario della nuova condizione in cui si viene a trovare il paziente.

emessi dal paziente (Robinson *et al.* 1993). In un interessante studio di matrice etnometodologica, Manzo *et al.* (1998) hanno indagato il "pianto patologico" come fenomeno sociale (vs fenomeno prettamente individuale) e hanno sottolineato la dimensione interpersonale di questa manifestazione emotiva: tra i risultati è emersa la tendenza da parte dei familiari dei pazienti a normalizzare il pianto, trattandolo come qualcosa di non patologico e privilegiando, invece, forme di empatia nell'interazione con il paziente.

Per chi opera nell'ambito della cura e della riabilitazione, soprattutto nella fase iniziale della patologia afasica, la gestione degli effetti psicologici e del benessere psicosociale del paziente è considerata importante tanto quanto la gestione delle conseguenze fisiche dell'ictus (Northcott *et al.* 2017) e predominante anche rispetto alla terapia linguistica strutturata (Marshall 1997; Holland e Fridriksson 2001).⁵ Tuttavia, sebbene la necessità di integrare gli approcci psicosociali nella ricerca e nella pratica clinica sia riconosciuta da tempo (Simmons-Mackie 1998), la dimensione psicologica ed emotiva della terapia rimane ancora poco studiata – ma si vedano Sarno 1993; Holland 2007; Dilollo e Favreau 2010; Simmons-Mackie e Damico 2011. Laakso (2014), in particolare, evidenzia le risorse vocaliche e corporee (accigliarsi del viso, risata, modifiche della postura del corpo e della direzione dello sguardo) impiegate dal paziente nel corso della terapia quando incontra difficoltà linguistiche e tenta di ripararle, nonché il tipo di risposta messo in atto dal(la) logopedista – risposta che, nei dati di Laakso, rimane neutra e controllata, ad eccezione di sorrisi e risate con i quali la logopedista si allinea a ciò che fa il paziente (sull'uso della risata nell'interazione con un parlante afasico, si veda anche Wilkinson 2007). Il presente studio contribuisce a questo approccio alle emozioni come fenomeno interattivo, anziché espressione dello stato mentale di un individuo. Si concentra in particolare sulla regolazione delle emozioni effettuata progressivamente dal(la) logopedista nel corso dell'interazione terapeutica e sottolinea il ruolo cruciale svolto dalle risorse multimodali, in particolare da quelle aptiche.

3. Tocco professionale e tocco di conforto nelle sedute di rieducazione dell'afasia

Il tatto nella sua forma di con-tatto interpersonale svolge un ruolo cruciale nella comunicazione umana, nella socialità e nella cura (Cekaite e Bergnehr 2018). È stato ampiamente studiato nelle interazioni tra adulto e bambino,⁶ dove il contatto fisico viene usato non solo per organizzare e guidare l'attenzione del bambino (ad esempio quando accompagna formule direttive, M.H. Goodwin

5 A fronte di manifestazioni emotive di paura, ansia, frustrazione e depressione da parte dei pazienti, Holland e Fridriksson suggeriscono che i logopedisti dovrebbero assistere i soggetti afasici "ascoltando, calmando, spiegando" (2001: 8).

6 Più recentemente (si veda il volume curato da Cekaite e Mondada 2020), lo studio delle pratiche di con-tatto (interpersonale e materiale) è stato esteso ad altri contesti di interazione istituzionali e ordinari, dimostrando così l'importanza di una prospettiva multimodale e multisensoriale sulla comunicazione (Mondada 2019). Per una riflessione di tipo metodologico sulla trascrizione delle pratiche di tocco adottate in vari setting di interazione si veda Greco *et al.* 2019.

2006; M.H. Goodwin e Cekaite 2013), ma anche, assieme ad altre pratiche corporee e verbali, per creare forme di intimità e affetto, per mostrare empatia, compassione e regolare le emozioni del ricevente (Goodwin 2007; Cekaite 2010, 2015, 2020; Cekaite e Bergnehr 2018; M.H. Goodwin e Cekaite 2018; Cekaite e M.H. Goodwin 2021). La dimensione aptica della comunicazione – nelle sue forme di "condivisione reciproca dell'esperienza corporea" come intercorporeità tattile (M.H. Goodwin 2017: 73) – è infatti centrale nell'instaurare reciprocità e co-impegno, nell'esprimere solidarietà e affetto e nel negoziare e definire relazioni sociali intime (*ibid.*). Tra i diversi tipi di tocco studiati, il tocco "lenitivo" o "di conforto" viene identificato come "effective in emotion regulation, and in situations of distress, tension and arousal; it helps the recipient's body relax and changes bodily sensations" (Cekaite e Bergnehr 2018: 942). Il tocco di conforto avrebbe quindi effetti positivi sull'impegno, l'attenzione e l'apprendimento dei bambini, e sarebbe particolarmente efficace nella gestione del dolore: lo studio di Cekaite (2020) sulle interazioni tra *caregiver* e bambino mostra che il tocco del *caregiver* favorisce il conforto emotivo e il benessere del bambino, rispondendo, sul piano del contatto fisico, a una manifestazione, spesso vocalica, di disagio e sofferenza. Questa visione prasseologica del tocco enfatizza il modo in cui i gesti di con-tatto vengono interpretati socialmente e contestualmente, e permette quindi di riflettere, in una prospettiva fenomenologica, sulle proprietà fisiologiche lenitive del tatto (ad esempio di riduzione del cortisolo, ormone dello stress), spesso ipotizzate negli studi neuroscientifici sul tocco affettivo.

In contesti di cura e salute, il tatto è una risorsa essenziale per professionisti come medici, infermieri, fisioterapisti, osteopati, che lo utilizzano per esaminare e curare il corpo del paziente. La ricerca sulla comunicazione in ambito sanitario ha insistito particolarmente sul ruolo "funzionale" e "strumentale" del tatto – quando il contatto fisico è stabilito dai professionisti per svolgere un particolare compito nella cura del paziente – distinguendolo dal tatto "espressivo" – quando il contatto corporeo è stabilito per confortare il paziente⁷ (cfr. Routasalo 1999; Kelly *et al.* 2017; De Luca *et al.* 2021).⁸ Anche nella terapia logopedica dell'afasia, dove peraltro il tocco è poco studiato, la manipolazione del corpo del(la) paziente da parte del(la) logopedista è generalmente associata al trattamento di disturbi motori, come l'aprassia (Eyoun 2008). Tuttavia, in alcuni lavori precedenti (Merlino 2020, 2021a, 2023), è stato evidenziato che, nel contesto ospedaliero, vengono utilizzate diverse pratiche di "tocco professionale" da parte del(la) professionista e che tali pratiche non sono sempre disgiunte ma, anzi, spesso si intrecciano tra loro: il tocco "strumentale" può infatti essere usato per istruire e correggere il paziente sul corretto posizionamento del corpo, in particolare di quelle parti del corpo coinvolte nei meccanismi di fonazione; il tocco "di controllo" può svolgere un ruolo interazionale di monitoraggio e richiamo dell'attenzione del paziente, utile per orientare il suo sguardo in

7 Si veda anche nei lavori di Mononen 2019 e Raudaskoski 2020, il tocco "affettivo" e "amichevole" usato rispettivamente nelle case di cura per anziani e in strutture per persone con danni cerebrali.

8 Più in generale, come evidenziato dagli approcci sociali alla salute e alla cura (Kelly *et al.* 2017), la ricerca in medicina e in terapia occupazionale ha implementato questa divisione distinguendo tra tocco "comunicativo" e tocco "procedurale".

direzione della logopedista durante gli esercizi terapeutici; infine, il tocco “di conforto” può essere usato per lenire, confortare e motivare il/la paziente nei momenti di disagio, frustrazione e tristezza. Focalizzandoci in particolare su quest’ultima forma di con-tatto, mostreremo, tramite l’analisi di alcuni frammenti di interazione, il ruolo cruciale di questa risorsa tattile per gestire e regolare le manifestazioni emotive del paziente. Sulla base di un’analisi sequenziale della condotta incarnata dei partecipanti, mostreremo non solo come le emozioni emergono nel corso dello scambio comunicativo, ma anche come esse evolvono e si trasformano a seguito della condotta verbale e multimodale dell’interlocutore. Sottolineeremo così l’importanza di una visione integrata delle risorse coinvolte nei processi comunicativi, nonché l’intreccio esistente tra emozioni, linguaggio e corporeità.

4. Dati e metodo

Lo studio si basa su un ampio corpus di video-registrazioni di sedute terapeutiche con pazienti afasici francofoni (svizzeri e francesi) che hanno sviluppato un’afasia a seguito di un ictus. I dati includono un totale di 13 pazienti filmati in diversi contesti terapeutici – ospedale, clinica di rieducazione, ambulatori e studi privati di logopedia, casa del paziente nella terapia a domicilio – per un totale di circa 60 ore di registrazioni. I dati analizzati in questo articolo provengono dal contesto ospedaliero, l’unico in cui sono state osservati episodi di tocco. In particolare, gli estratti provengono da sessioni terapeutiche effettuate con lo stesso paziente in una *stroke-unit* nella fase acuta della patologia (nel caso preso in esame, da cinque giorni a tre settimane dopo l’ictus). Il paziente è un uomo di 71 anni a cui è stata diagnosticata un’afasia a seguito di un ictus nel lobo temporale sinistro. Un anno prima aveva già subito un ictus nell’emisfero destro. Gli estratti analizzati provengono da tre sedute di rieducazione effettuate con due logopediste. Le sedute hanno luogo nella stanza del paziente, il quale si trova allettato oppure seduto su una sedia posizionata a fianco del letto. La terapeuta è in piedi o seduta a fianco del paziente.

Le trascrizioni dei dati sono state realizzate seguendo le convenzioni di trascrizione di Jefferson (1984) per il parlato e quelle di Mondada (2018) per il multimodale (in appendice).

5. Analisi

L’analisi si concentra sulla manifestazione (spesso incarnata, *embodied*) delle emozioni nel corso dell’interazione e sull’uso del tatto da parte del(la) logopedista nella gestione delle emozioni del paziente. Particolare attenzione viene prestata al modo in cui la regolazione delle emozioni si intreccia con l’organizzazione dell’attività istituzionale della terapia. Nella prima sezione (§5.1), vengono evidenziate diverse pratiche di tocco professionale con le quali il/la terapeuta controlla e gestisce le manifestazioni emotive del paziente, nel tentativo di continuare l’attività principale della seduta. Nella seconda sezione

(§5.2), viene invece analizzata una lunga sequenza di scambio tra logopedista e paziente nella quale il confortare diventa l'attività principale: a un'intensificazione delle manifestazioni emotive del paziente (fino al pianto) corrisponde un'intensificazione delle pratiche di tocco, che viene utilizzato dalla logopedista in maniera ripetuta e prolungata, assieme ad altre risorse interazionali.

5.1. Manifestazioni corporee delle emozioni e uso del tocco “professionale”

Il paziente può manifestare uno stato di sofferenza ed emozioni come la tristezza, lo sconforto o la frustrazione in vari momenti della seduta terapeutica: in fase di apertura o di chiusura dell'incontro, ma anche durante le attività terapeutiche stesse, ad esempio quando le difficoltà di espressione, dovute alla patologia afasica, non gli permettono di portare a termine un esercizio. Varie risorse multimodali (o “*multimodal stance displays*”, Goodwin e Goodwin 2000) – come espressioni del volto, gesti, suoni vocalici e, più raramente, commenti verbali – contribuiscono a indicare uno stato emotivo particolare. Anche gli episodi di pianto, ricorrenti in questo contesto (Manzo *et al.* 1998), sono preceduti da una serie di segnali visibili: l'abbassare o il distogliere lo sguardo, il muovere la bocca modificandone il grado di apertura, l'abbassare la testa. Queste manifestazioni corporee⁹ dello stato emotivo del paziente emergono nel corso di un'attività situata e sono quindi pubblicamente disponibili per l'interlocutore: nel primo segmento analizzato, esse provocano un'interruzione dell'azione in corso (l'avvio dell'attività terapeutica viene sospeso) e, più localmente, una serie di perturbazioni nel turno stesso della terapeuta – perturbazioni che mostrano quindi quanto questa sia sensibile al comportamento non verbale del paziente.

L'estratto proviene dalla fase di apertura della sessione terapeutica: la logopedista si è appena seduta di fronte al paziente e gli sta ricordando il tipo di attività che verrà effettuato (logopedica, anziché, ad esempio, fisioterapeutica) tracciando un legame con la seduta precedente. Durante il turno della logopedista (in particolare all'inizio della riga 3), il paziente abbassa progressivamente lo sguardo e modifica l'espressione del volto:

9 Per lo studio di tali manifestazioni come entità isolate, si veda Ekman e Friesen (1975).

01 LOG **voilà, (1.8).tsk à nous**
 ecco(ci), (1.8) .tsk a noi
 02 **+(2.4)+**
 log **+si siedet+**
 03 LOG **#alors, (0.7) ça y est, vous vous souvenez. hei:n, on avait**
 allora, (0.7) ci siamo, si ricorda. eh, avevamo
 paz >>guarda log-->
 fig #fig.1,1bis



04 ***#déjà:, *l#°ehr° (0.3) °fait cette séance.°(.)lmonsieur**
 già, °ehr° (0.3) °fatto questa sessione.° (.) signor
 paz *guarda in basso*occhi semichiusi-->
 paz lchiude bocca-----l.....
 fig #fig.2. #fig.3

05 **l#dupont [(non)?**
 dupont [(no)?
 paz lapre bocca/piange-->>
 fig #fig.4



06 EVE **[((forte rumore di chiusura della porta))**
 07 **(0.6)£#(0.8) £(1) £(0.4)£#(1.9)**
 paz fmano sulla faccia faccarezza facciaf,,,,,£
 fig #fig.5 #fig.6



Figura 1. Estratto 1A

Immediatamente dopo il cambio di direzione dello sguardo del paziente (im. 1/1bis), il turno della logopedista viene interrotto da una serie di perturbazioni (Goodwin 1981): prima un'esitazione e poi una pausa, a seguito della quale la logopedista completa la struttura sintattica lasciata in sospeso, ma con un volume della voce più basso, quasi ad abbandonare il turno (riga 4). Dopo una micro-pausa, la logopedista (ri)chiama il paziente per nome ("signor dupont", 4-5) e lo invita a manifestare una qualche forma di risposta rispetto a quanto detto precedentemente ("no?", riga 5): il paziente, tuttavia, non dice niente ma, durante il turno della riga 4, socchiude gli occhi e chiude la bocca (im. 2-3) per

poi riaprirla progressivamente e iniziare a piangere (im. 4). Durante la pausa della riga 7, il paziente porta la mano al volto, mentre continua a piangere in maniera “silenziosa” (im. 5 e 6). La logopedista risponde a questa manifestazione emotiva del pianto stabilendo una forma di contatto corporeo: raggiunge e afferra, con la mano sinistra, la mano destra del paziente e, portandola sul tavolo, sollecita il paziente a guardarla (“regardez-moi”, *mi guardi*, riga 8, im. 7-8):



Figura 2. Estratto 1B (continuazione di 1A)

Il contatto aptico stabilito col paziente in risposta al pianto è quindi accompagnato da una formula verbale all'imperativo che impone una forma di controllo nella condotta corporea del paziente, in particolare la necessità di stabilire uno sguardo reciproco (M.H. Goodwin 2006; Goodwin e Cekaite 2013; Merlino 2021b). Il paziente viene quindi invitato a riallinearsi a un'attività comune che non sia il pianto, attività nella quale paziente e logopedista siano reciprocamente orientati. Il paziente risponde alzando in parte la testa (im. 9), ma continua a piangere e a guardare di lato: evita quindi di guardare in faccia la terapeuta e resiste così alla sua richiesta.

Durante la lunga pausa della riga 9, la logopedista continua a tenere la mano del paziente e inizia poi ad accarezzarla durante la produzione del turno 10. Il contatto aptico permette alla logopedista di rispondere allo stato emotivo del paziente, senza per tanto tematizzarlo: mentre *accarezza* la mano del paziente, la logopedista ripete infatti l'azione precedente, riformulando, alla riga 10, la domanda delle righe 3-4, e mostra quindi di privilegiare il proseguimento dell'attività terapeutica. Il paziente non risponde alla domanda della logopedista (riga 11) e continua a piangere.

Il pianto viene infine tematizzato dalla logopedista alle righe 12-13 e in qualche modo normalizzato: viene riconosciuto il carattere difficile della situazione in cui si trova il paziente (a giustificare così il pianto) e il carattere ricorrente dell'azione stessa:

10 LOG vous v' souvene:z, on avait +fai::t une séance comme ça?
 si ricorda, abbiamo fatto una seduta di questo tipo?
 log --->+accarezza mano di paz con due dita-->

11 (2.1)

12 LOG je sais que c'est difficile, que vous avez sou:fvent+fenvie
 lo so che è difficile, che spesso ha voglia
 paz f...f si ricompone sulla sedia->
 log -->accarezza-->+stringe mano-->

13 de pleurer,
 di piangere,

14 (2)£(1.7)\$+#(2)\$ (0.1)
 paz -->f si risiede, guarda LOG-->
 paz \$alza legg. mano, tocca mano di LOG\$
 log --->+alza legg. mano, tocca mano di PAZ+stringe mano di PAZ->
 fig. #fig.10



15 LOG est-ce que vous êtes d'accord quand même de +travailler
 è d'accordo se lavoriamo
 log --->+, , , , , ,

16 un petit+ peu?
 un pochino?
 log ritira la mano+

Figura 3. Estratto 1C (continuazione di 1B)

Sebbene il gesto di accarezzare la mano venga interrotto da un leggero movimento del paziente, che si ricompone e risistema sulla sedia (riga 12), la logopedista continua a tenere la mano del paziente durante i turni successivi. Durante il lungo silenzio della riga 14 (circa 6 secondi), il paziente stabilisce un contatto visivo con la terapeuta e risponde al gesto di tocco sfiorando con le dita il dorso della mano della logopedista (im. 10): attraverso lo sguardo e il tocco, il paziente manifesta quindi reciprocità. Questo momento coincide anche con il progressivo riassorbimento del pianto.

La logopedista intercetta dunque questa disponibilità del paziente a una forma di coinvolgimento reciproco e formula una domanda con la quale chiede di tornare all'attività principale (righe 15-16). La richiesta conferisce *agency* al paziente perché implicitamente ne riconosce il potere decisionale. Il fatto di chiedere il permesso di tornare a svolgere l'attività istituzionale mostra che la logopedista considera e tratta il pianto – e lo stato emotivo che esso incarna – come elemento sufficiente per sospendere la terapia. Si noti che, nell'ultima parte del turno, la logopedista ritira la mano e interrompe quindi il contatto fisico con il paziente (fine della riga 15 e riga 16).

In sequenze interazionali come quella appena analizzata, il tocco permette alla terapeuta di controllare la condotta corporea del paziente, in particolare di ristabilire e mantenere uno sguardo reciproco. Dato che, in manifestazioni emotive quali il pianto, lo sguardo del paziente viene tipicamente distolto dall'interlocutore, il ripristino dello sguardo reciproco implica un reinserimento del paziente nell'attività conversazionale (attività che solitamente viene sospesa

per l'appunto dalla sequenza di pianto). Il tocco prolungato, che può evolvere anche nel gesto di accarezzare la mano del paziente, svolge una funzione lenitiva di conforto e può essere accompagnato da espressioni verbali che tematizzano lo stato emotivo del paziente, oltre che da commenti relativi all'organizzazione dell'attività. In questo caso, la logopedista attua una sorta di *multiattività* (Mondada 2014) poiché da una parte utilizza il tocco per regolare la condotta emotiva del paziente e per rispondere alla sua manifestazione emotiva, dall'altra organizza, tramite espressioni verbali, il proseguimento dell'attività della seduta. Si noti che, nei momenti di difficoltà del paziente, il ritorno al compito istituzionale (un esercizio) non è fine soltanto al soddisfacimento dell'agenda del terapeuta e al raggiungimento degli obiettivi terapeutici: esso costituisce anche una risorsa interazionale utile per superare questi momenti di difficoltà. Il rappresentante dell'istituzione prende quindi il controllo dell'attività istituzionale laddove non riesce a controllare l'espressione dell'emotività del cliente/paziente (a questo proposito si veda anche Whalen e Zimmerman 1998).

Ritroviamo la stessa pratica nell'estratto seguente. In questo caso, il paziente si innervosisce perché non riesce a parlare e, dopo vari tentativi di produzione di un turno di parola, reagisce in maniera piuttosto concitata: prima si lamenta delle sue difficoltà ripetendo più volte la frase "aujourd'hui ça va pas" ("oggi non va/non funziona") – omesso dalla trascrizione. Poi intensifica la sua lamentela producendo dei suoni vocalici (righe 1 e 3, con volume molto alto) e un'espressione del volto (im. 11, con la testa leggermente orientata a destra) che comunicano un sentimento di impazienza e rabbia (Selting 2010).

La logopedista risponde a questa manifestazione emotiva dapprima verbalmente, con delle espressioni di conforto (righe 2 e 4) che sono proferite con un volume più alto della voce e una maggiore velocità di elocuzione, così da inserirsi, in sovrapposizione, nel turno del paziente (rappresentato dal grido prolungato di lamentela "ahr"). Questi risponde in modo affermativo alla riga 5 ma produce altri suoni vocalici (ad esempio lo schiocco linguo-palatale) mentre continua a guardare di lato, senza quindi rientrare nello scambio comunicativo faccia a faccia con l'interlocutrice (si veda im. 12). Alla riga 6, la logopedista formula un "occhei" di chiusura della sequenza e di transizione: lo fa mentre si avvicina al paziente e gli tocca – quasi sfiorandolo – il braccio con un dito (righe 6 e 7). Il paziente continua, tuttavia, a proferire delle produzioni vocaliche di lamentela (questa volta una lunghissima espirazione – si veda tutta la riga 7). Così, la logopedista intensifica il contatto aptico, toccando con le dita il braccio del paziente, e formula al contempo un *summons*, chiamando il paziente per nome (riga 8): dà quindi un colpetto con le dita sul braccio e alza le sopracciglia (riga 9), andando a intercettare lo sguardo del paziente, che nel mentre si è girato verso di lei (im. 13).

01 PAZ ARH:::[:::]:&
 02 LOG [D'ACCORD, (.) vous me direz ça (.) >la prochaine]&&
 va bene, (.) me lo dirà (.) > la prossima
 03 PAZ &ARH:::[:::]:*%\$#REH:::&
 *gira testa a sinistra->
 %scuote la testa-->
 \$fa una smorfia-->
 #fig.11

fig



04 LOG &&fois.< quand >ça sera plus fluide<,
 volta< quando >sarà più fluide<,
 05 PAZ &MH:: ouais::.tskMH:%[::°ouais:°
 MH:: si:: .tskMH: [:: °si:°
 06 LOG [+oké,
 occhei
 ----->%
 +.....->
 07 PAZ +#°H:::[+::°°°H:::[+::°°°
 08 LOG [+monsieur dupont,
 signor dupont,

fig

+tocca braccio di PAZ+tocca con dita-->
 #fig.12
 09 *+f#(0.2)+E
 paz *guarda LOG-->
 log +,,,,,,+
 log falza sopraccigliaf
 fig #fig.13



Figura 4. Estratto 2A

Come nell'estratto 1, anche qui la risorsa aptica, in questo caso un leggero sfiorare il braccio del paziente che poi viene trasformato in un tocco di richiamo (accompagnando il *summons* o richiamo verbale), permette alla logopedista di attirare l'attenzione del paziente e di riportarlo, progressivamente, nel qui ed ora dello scambio conversazionale: ciò coincide con una modifica del comportamento del paziente, il quale smette di gridare e si orienta verso la logopedista. Raggiunta questa nuova configurazione corporea, la logopedista propone al paziente di ritornare all'attività terapeutica. La proposta di svolgere un esercizio è mitigata dall'avverbio "*peut-être*" ("forse") e dalla giustificazione ("per distrarsi", riga 12), nonché da un tono delicato della voce e da un leggero movimento della testa che viene reclinata parzialmente di lato (righe 10-12):

10 LOG %on fait un exer%\$#cice peut-être,
 vogliamo forse fare un esercizio,
 paz %.....%posiziona mano su polso/mano di LOG-->
 paz ///////////////\$
 fig #fig.14



11 (0.3)
 12 LOG [pour se changer %les idées,
 [per distrarci,
 13 PAZ [oui:
 [si:
 paz ---->%.....->
 14 (.)
 15 PAZ oui:: [<oui oui ((sorridente))>
 si:: [<si si ((sorride))>
 16 LOG [oké,
 [occhei,
 17 %+#(0.4) #(0.4)%
 log +ritira mano, mano in tasca-->
 paz ->%ritira mano--%
 fig #fig.15 #fig.16



Figura 5. Estratto 2B (Continuazione di 2A)

È interessante notare che, mentre la logopedista formula la propria richiesta (riga 10), il paziente posiziona progressivamente la propria mano sopra quella della logopedista (im. 14), la quale, pur avendo ritirato il gesto di tocco, ha mantenuto il braccio sul tavolo, molto vicino al paziente. Il paziente, quindi, utilizza la modalità comunicativa introdotta dalla logopedista e stabilisce una nuova forma di con-tatto, che si realizza tramite un tocco prolungato, “mano su mano”, a valenza affettiva. Questa nuova configurazione aptica accompagna non solo la proposta della terapeuta, ma anche la risposta positiva del paziente (riga 13), che accetta di andare avanti con l’attività e, reiterando il segnale di conferma, sorride (riga 15), mostrando così un diverso tipo di coinvolgimento emotivo. La terapeuta sancisce nuovamente una transizione (riga 16) e poi ritrae progressivamente la mano, andando a cercare qualcosa nella tasca (im. 5 e 6). La preparazione del materiale necessario all’esercizio successivo (le carte che verranno posizionate sul tavolo) le consente così sia di sottrarsi al tocco del paziente (ovviando alla necessità di sviluppare un’eventuale sequenza di conforto) sia di strutturare la transizione verso una nuova attività.

Per concludere, entrambi gli estratti mostrano che il tatto viene utilizzato dalla logopedista nella gestione di manifestazioni emotive del paziente quali la

tristezza (visibile in particolare nel pianto), la frustrazione e la rabbia; più in generale, il tatto è impiegato nella gestione di momenti di disagio e di difficoltà assieme ad altre risorse come le espressioni di conforto che mostrano comprensione ed empatia, la qualità della voce, lo sguardo e le espressioni facciali. Il tatto consente al(la) terapeuta non soltanto di stabilire una forma di contatto fisico, che in qualche modo riporta il paziente nello scambio faccia a faccia – quindi con funzione di controllo –, ma anche di strutturare una dimensione affettiva, oltre che partecipativa, nell'incontro. Se, nel primo esempio, è soprattutto la logopedista a introdurre questa dimensione di conforto tramite un tocco prolungato e il gesto di accarezzare la mano del paziente, nel secondo esempio è il paziente a sfruttare la modalità aptica introdotta nei turni precedenti dalla terapeuta per negoziare, all'interno della sequenza, una dimensione affettiva e di intimità, nella quale essere calmato e confortato.

Si noterà infine come, in entrambi gli estratti, la logopedista svolga, sì, un ruolo centrale nella regolazione interazionale delle emozioni del paziente (Peräkylä e Ruusuvuori 2012), mostrando empatia (Hepburn e Potter 2012), ma mostri anche un forte orientamento a portare avanti l'attività istituzionale (e a conformarsi all'agenda istituzionale, cfr. Laakso 2014). Non appena il paziente indica una disponibilità a rientrare nello scambio comunicativo (tramite la reciprocità dello sguardo e del tocco) e mostra un ribilanciamento della reazione emotiva (smettendo di piangere o di gridare), il terapeuta negozia un ritorno all'attività che era rimasta in sospeso. Questo cambio di attività solitamente corrisponde a una nuova configurazione corporea dei partecipanti, i quali ritirano entrambi il gesto di tocco e quindi interrompono il contatto fisico.

5.2. Regolazione delle emozioni, affetto e tocco di “conforto” al centro della cura

In questa sezione, osserviamo un'altra configurazione corporea e aptica stabilita dai partecipanti tramite delle occorrenze prolungate di contatto fisico. Vedremo che queste risorse accompagnano la creazione di un momento di intimità, nel quale il paziente si abbandona al pianto e si lascia confortare dalla logopedista. Anche in questo caso si può parlare di una riorganizzazione dell'attività istituzionale: la chiusura della seduta, annunciata dalla logopedista, viene infatti posticipata proprio per rispondere alla manifestazione emotiva del paziente, il quale, attraverso varie risorse udibili e visibili, segnala uno stato emotivo di tristezza, per poi lasciarsi andare a un episodio di pianto. Tuttavia, a differenza di quanto osservato nella sezione precedente, la gestione delle manifestazioni emotive del paziente diventa il focus principale dello scambio comunicativo, protraendosi per più turni.


All'inizio della sequenza (che qui non riportiamo nella sua interezza per motivi di spazio), la logopedista annuncia la fine della sessione e il paziente risponde con un commento negativo (dicendo “c'est dommage”, “è un peccato”). La logopedista quindi inizia a sistemare la stanza (sposta la sedia sulla quale era seduta) e struttura la transizione verso la chiusura mentre rivolge al paziente qualche domanda personale (ad esempio, chiede: “verrà a trovarla qualcuno questo pomeriggio?”). Il paziente risponde in modo minimale e mostra un

particolare tipo di coinvolgimento emotivo (volume della voce basso, qualche silenzio, delle smorfie, l'abbassare il capo e guardare in basso e di lato, il tirare su col naso, indicando un possibile pianto imminente). La logopedista intercetta queste manifestazioni emotive perché riinizia la chiusura, formulando appunto un elemento di pre-chiusura (il marcatore di transizione, "bon"), ma lo fa abbassandosi (riga 1) e avvicinandosi delicatamente al paziente, per poi prendendogli la mano (riga 2):

```

1  LOG      .htsk $+bon,
          .htsk bene (inter.),
          $si piega-->
          +....->
2  log      (+$0.4.      *#0.8)
          +tocca mano di PAZ-->
          ->$si abbassa ulteriormente-->
paz      >>guarda in basso*alza testa,guarda LOG-->
fig      #fig.17



```



```

3  LOG      à plus ta::rd,
          a più tardi
4  PAZ      *%#°ouiH:°
          °siH:°
          *guarda in basso-->
          %annuisce-->
fig      #fig.18/fig.18bis

```

```

5  paz      % (0.3) %
          %annuisce%
6  LOG      hein,
          eh,
7  LOG      (0.7)
8  LOG      +#ça va aller?
          va tutto bene?
          +accarezza con pollice-->
9  PAZ      (0.7)
          °°ouiH:°°
          °°siH:°°

```

Figura 6. Estratto 3A

Il contatto aptico stabilito durante il lungo silenzio della riga 2 permette, come negli scambi precedenti, di stabilire una determinata cornice partecipativa: in questo caso tale cornice è finalizzata a chiudere l'incontro poiché il paziente volta lo sguardo verso la logopedista e questa, alla riga 3, pronuncia una formula di chiusura ("à plus tard") con una particolare prosodia (voce molto delicata, con vocali allungate e intonazione ascendente). Il paziente risponde con un "sì" sussurrato e accompagnato da un'espiazione (riga 4): abbassa lo sguardo e annuisce più volte, mentre si lascia andare a un pianto "silenzioso", visibile nella

mimica del volto (im. 18). La terapeuta, quindi, sollecita la partecipazione del paziente attraverso una richiesta di conferma (“eh,” riga 6, Bazzanella 1994) – alla quale il paziente, che continua a piangere, non risponde. Poi formula un’espressione di conforto con intonazione ascendente, ricercando ancora una volta una risposta da parte del paziente (“ça va aller?”/“va tutto bene?”, riga 8). Questo turno è prodotto con un gesto di accarezzare la mano con il pollice: qui il contatto aptico è volto chiaramente a confortare e lenire il dolore del paziente (ha una funzione di cura, M.H. Goodwin 2017) ed è ripetuto più volte (anche durante la lunga pausa della riga 9). Il paziente continua a guardare in basso e risponde alla sollecitazione della logopedista (“oui”, riga 10) con un volume molto basso della voce, producendo una lunga espirazione e lasciandosi andare a un pianto silenzioso, che si manifesta in modo udibile soltanto alla riga 13 (quando tira su col naso):

11 (0.2)
 12 LOG +##OUI:+ ben il fau:t il faut [que ça aille hein? (.)
 si beh, bisogna [che vada bene vero? (.)
 +scuote gentilmente+accarezza con pollice-->
 fig #fig.19



13 PAZ [((tira su con naso))
 14 LOG d'accordo? (.) là si vous avez pas le moral aussi c'est parce
 d'accordo? (.) adesso se si sente giù è perché
 15 que vous bougez pas beaucoup (0.2) c'est normal hein? de pas
 non si muove molto (0.2) è normale no? non
 16 être bien comme ça.
 sentirsi bene così.
 17 (0.7)
 18 LOG hein?
 vero?
 19 (0.2)
 20 LOG le fait d'être +inactif.
 il fatto di essere inattivi.
 ----->+mantiene tocco-->
 21 (0.8)
 22 PAZ °°ouiH:°°
 °°siH:°°

Figura 7. Estratto 3B (Continuazione di 3A)

La logopedista continua ad accarezzare la mano del paziente, mentre produce una serie di espressioni di conforto, che non soltanto invitano il paziente a reagire (riga 12), ma che glossano (“si vous avez pas le moral”/“se si sente giù”, riga 49) lo stato emotivo manifestato finora dal paziente (ricordiamo, “soltanto” con produzioni vocaliche e con la tenuta del corpo, quindi non con espressioni verbali) e che normalizzano il suo stato depressivo facendo riferimento ad aspetti

motori (“il fatto di non muoversi e di essere inattivo”, riga 20). Tutti i turni della logopedista sono prodotti in questa configurazione corporea e aptica di vicinanza e di contatto aptico prolungato. Il paziente continua a piangere e la logopedista continua a sollecitare una sua risposta tramite una serie di richieste di conferma (“hein?”, “eh?”, righe 12, 15, 18) e incrementi sintattici del turno (riga 20). Come sottolineato da Hepburn e Potter (2012), nelle sequenze di pianto, queste risorse verbali – e aggiungiamo, prosodiche (e.g. “hein”) – permettono al rappresentante dell’istituzione di sollecitare una risposta da parte della persona che sta piangendo, riconoscendole al contempo il diritto primario all’esperienza del pianto.

Il contatto fisico viene mantenuto dalla logopedista anche quando questa si alza, indicando quindi una chiusura della sequenza e una sua partenza imminente: accarezza con tutto il palmo la mano del paziente, mentre lo invita, ancora una volta, a farsi forza (riga 30,32):

```

30  LOG    +#allez,
      forza,
      +accarezza ripetutamente-->
      fig   #fig.20
31      (1.1)
32  LOG    mh?
      mh?
33      (%#0.3+1.7%)
      paz  %ritira mano%
      log  -->+ritira mano+
      fig  #fig.21

```



```

34  LOG    je vous laissez les feuilles (0.4) >la feuille là< si vous
      le lascio i fogli (0.4) >questo foglio< se ha
35      avez envie d'écrire
      voglia di scrivere

```

Figura 8. Estratto 3C (Continuazione di 3B)

L’accarezzare rappresenta un’intensificazione (*upgrade*) sequenziale del tocco prolungato: rafforza l’effetto curativo del contatto aptico e permette di gestire reazioni emotive come il pianto, che possono durare per diversi turni e non possono essere risolte rapidamente (come, invece, nel caso di un cambio di orientamento dello sguardo gestito da un tocco più rapido). Alla riga 33, il paziente ritira la mano, lasciando così che la chiusura della sequenza abbia effettivamente luogo (righe 34-35). Anche in questo caso, abbiamo visto come stati emotivi particolari vengano trattati dalla logopedista attraverso l’uso di pratiche di tocco che variano (toccare in modo prolungato, accarezzare, strofinare la mano) e che contribuiscono a mostrare empatia e ascolto nei

confronti del paziente e a sviluppare un atteggiamento calmante. La variabilità delle pratiche di tocco e i loro diversi usi interazionali sono quindi parte di una traiettoria di coinvolgimento corporeo tra terapeuta e paziente in costante evoluzione: anche le emozioni stesse manifestate dal paziente lo sono, poiché è proprio il modo in cui si organizza l'esperienza corporea tra i partecipanti che permette il passaggio da uno stato di tristezza al pianto, così come il riassorbimento del pianto e un controllo emotivo. In quest'ottica, le risorse impiegate per gestire le manifestazioni emotive (prime fra tutte, il tocco) si intensificano in base all'intensificarsi delle manifestazioni emotive stesse e, viceversa, tali manifestazioni sono rese possibili anche dalla creazione e negoziazione di una configurazione corporea e di uno spazio interazionale di ascolto e co-partecipazione.

6. Conclusioni

Adottando un approccio di analisi multimodale della conversazione, questo studio si è focalizzato sulla gestione interazionale delle emozioni in una situazione comunicativa di tipo istituzionale rappresentata dalla rieducazione logopedica per la cura dell'afasia. L'analisi dettagliata di alcuni estratti di interazione ha permesso di sottolineare una serie di aspetti che ci sembrano fondamentali per lo studio delle emozioni in una prospettiva interazionale. Innanzitutto, le emozioni sono considerate come parte di flussi di azione in corso: come tali, sono studiate e analizzate nell'*hic et nunc* dello scambio comunicativo, seguendo l'organizzazione sequenziale dell'interazione. In secondo luogo, la natura situata e contestuale delle emozioni si intreccia con la loro natura transitoria: le emozioni non sono stabili ma evolvono, turno dopo turno, anche a seguito delle risposte degli interlocutori. Negli estratti analizzati, ad esempio, stati emotivi di frustrazione possono lasciare spazio ad atteggiamenti più rilassati, fino al sorriso (Estratto 2), oppure la frustrazione può trasformarsi in tristezza, fino a sfociare in episodi di pianto (Estratto 1 e 3). Il pianto può essere riassorbito rapidamente (Estratto 1) o durare a lungo, con svariati picchi di intensità (Estratto 3). Infine, in tutti gli esempi, è emersa la centralità della dimensione "incarnata", "corporea", sia nella manifestazione di stati emotivi ("*displays of emotion*") – visibili nella condotta verbale e non verbale dei partecipanti – sia nella loro gestione interazionale: in particolare, si è mostrato che la modalità aptica, nella forma di tocco interpersonale, permette al(la) terapeuta di rispondere in maniera efficace ai bisogni emotivi del paziente afasico.

Il tocco può essere utilizzato dal(la) terapeuta sia per controllare la condotta del paziente, come quando è accompagnato da un richiamo verbale, sia per confortarlo; si tratta di due pratiche di tocco professionale che non sono sempre disgiunte ma che spesso si intrecciano tra loro. Un gesto di tocco rapido può infatti evolvere in forme prolungate di contatto e in carezze che permettono al terapeuta di attenuare, in qualche modo, lo stato emotivo di disagio del paziente. Il contatto può essere accompagnato da altre risorse quali parole di conforto, voce empatica, espressioni facciali e posture del corpo (ad esempio, lo stare

piegati e raccolti, vicino al paziente) che rafforzano una dimensione di intimità. Può anche essere accompagnato da formulazioni verbali che, anziché tematizzare lo stato emotivo del paziente, sollecitano un ritorno all'attività (istituzionale) principale e quindi rappresentano un tentativo di uscire dal momento di disagio. Cambiando attività, procedendo alla realizzazione di un compito terapeutico o conversando su questioni fattuali e non terapeutiche, il terapeuta è in grado di gestire tali situazioni di disagio e di distrarre il paziente dal suo stato emotivo negativo.

Il tatto, tuttavia, non è utilizzato soltanto dal(la) logopedista. Le nostre analisi (si veda anche Merlino 2021a) hanno evidenziato che il paziente può non soltanto ricambiare il gesto di tocco (anche semplicemente senza interrompere quello che sta facendo la terapeuta) ma anche iniziare lui/lei stesso/a il tocco (Esempio 2). In questo modo è in grado di sollecitare un tipo particolare di cura da parte del(la) logopedista e contribuisce così alla creazione di uno spazio di intimità, affetto e compassione, con conseguenti effetti sulla relazione terapeutica. In modo più generale, insieme all'orientamento dello sguardo, al movimento della testa (cenni del capo) e alla pressione delle mani (che intensifica il contatto aptico), il tatto favorisce una modalità comunicativa particolarmente adatta alle interazioni che coinvolgono un partecipante con difficoltà linguistiche come quelle causate dall'afasia. Il terapeuta può non soltanto favorire questa modalità di comunicazione ma anche rispondere alle manifestazioni corporee e vocaliche dello stato emotivo del paziente etichettandole / glossandole e "parlando per lui" in un certo senso (cfr. Sezione 5.2, Esempio 3).

All'intensificazione delle manifestazioni emotive del paziente, in particolare nel caso di episodi di pianto, corrisponde un'intensificazione delle pratiche lenitive del(la) terapeuta: la creazione di determinate configurazioni corporee e aptiche di vicinanza e contatto è cruciale nella regolazione delle emozioni e nella creazione di quella che Fuchs (2017), nel paradigma fenomenologico, definisce una "*embodied interaffectivity*", in cui il contatto corporeo e i conseguenti effetti di modifica delle sensazioni corporee di chi tocca e di chi è toccato hanno un effetto sugli stati emotivi stessi degli interattanti. L'analisi interazionale di stampo etnometodologico, tramite lo studio dei dettagli dell'interazione, ci permette di osservare queste modifiche nella condotta udibile e visibile dei partecipanti.

Infine, l'analisi di interazioni naturali ci mostra che i logopedisti nelle unità di cura dell'ictus svolgono un ruolo centrale nella regolazione delle emozioni dei pazienti e che l'assistenza psicologica è parte integrante del loro lavoro. Sebbene questo aspetto sia stato evidenziato da approcci olistici che insistono nel privilegiare la relazione terapeutica e una cura centrata sulla persona in logopedia (cfr. Dilollo e Favreau 2010), sono necessarie analisi della condotta effettiva dei partecipanti per descrivere e analizzare da una parte il modo in cui la gestione delle emozioni si intreccia con la gestione del lavoro istituzionale (ad esempio, sospendendo la realizzazione dei *task* strutturati o allungando i tempi della seduta), dall'altra il ruolo centrale svolto dalle risorse incarnate, in particolare da quelle aptiche, nella realizzazione efficace della cura.

CONVENZIONI DI TRASCRIZIONE

Sintesi e traduzione delle convenzioni di Gail Jefferson per il parlato e delle convenzioni di Lorenza Mondada per il multimodale disponibili all'indirizzo: https://344cc026-c96f-49aa-b4bc-071b454d3061.filesusr.com/ugd/ba0dbb_986ddd4993a04a57acf20ea06e2b9a34.pdf (consultato in data 12/08/2024).

BIBLIOGRAFIA

- Allman, P., Hope, T. and C G. Fairburn (1992) "Crying Following Stroke: A Report on 30 Cases", *General Hospital Psychiatry* 14(5): 315–321.
- Bazzanella, C. (1994) *Le facce del parlare. Un approccio pragmatico all'italiano parlato*, Firenze: La Nuova Italia.
- (2004) "Emotions, Language and Context", in Weigand, E. (ed) *Emotions in Dialogic Interaction. Advances in the complex*, Amsterdam & Philadelphia: John Benjamins, 59–76.
- Bazzanella, C. and P. Kobau (2002) *Passioni, emozioni, affetti*, Milano: McGraw-Hill Education.
- Calkins, S.D. and A. Hill (2007) "Caregiver Influences on Emerging Emotion regulation: Biological and Environmental Transactions in Early Development", in J. Gross (ed) *Handbook of Emotion Regulation*, New York: The Guilford Press, 229–248.
- Cekaite, A. (2010) "Shepherding the Child: Embodied Directive Sequences in Parent–Child Interactions", *Text & Talk – An Interdisciplinary Journal of Language, Discourse & Communication Studies* 30(1): 1–25.
- (2015) "The Coordination of Talk and Touch in Adults' Directives to Children: Touch and Social Control", *Research on Language and Social Interaction* 48(2): 152–175.
- (2020) "Touch as Embodied Compassion in Responses to Pain And Distress", in C. Cekaite and L. Mondada (eds) *Touch in Social Interaction: Touch, Language and Body*, London: Routledge, 81–102.
- Cekaite, A. and D. Bergnehr (2018) "Affectionate Touch and Care: Embodied Intimacy, Compassion and Control in Early Childhood Education", *European Early Childhood Education Research Journal* 26(6): 940–955.
- Cekaite, A. and M.H. Goodwin (2021) "Touch and Social Interaction", *Annual Review of Anthropology* 50: 203–218.
- Cekaite, A. and M. Kvist Holm (2017) "The Comforting Touch: Tactile Intimacy and Talk in Managing Children's Distress", *Research on Language and Social Interaction* 50(2): 109–127.
- Cekaite, A. and L. Mondada (2020) *Touch in Social Interaction: Touch, Language and Body*, London: Routledge.

- Code, C. and M. Herrmann (2003) “The Relevance of Emotional and Psychosocial Factors In Aphasia to Rehabilitation”, *Neuropsychological Rehabilitation* 13 (1–2): 109–32.
- Code, C., G. Hemsley, M. Herrmann (1999) “The Emotional Impact of Aphasia”, *Seminars in Speech and Language* 20(1): 19–31.
- De Luca, E., M. Fatigante, C. Zuccheromaglio, F. Alby, F. (2021) “Awareness to touch’: A qualitative study of nurses’ perceptions of interpersonal professional contact after an experiential training”, *Nurse Education in Practice* 56: 103–187.
- DiLollo, A. and C. Favreau (2010) “Person-centered Care and Speech and Language Therapy”, *Seminars in Speech and Language* 31(2): 90–7.
- Ekman, P. and W.V. Friesen (1975) *Unmasking the Face: A guide to Recognizing Emotions from Facial Clues*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Eyoun, I. (ed) (2008) “Le Toucher Thérapeutique en Orthophonie”, *Special Issue of Rééducation orthophonique* 46(236).
- Fuchs, T. (2017) “Intercorporeality and Interactivity”, in C. Meyer, J. Streeck, S. Jordan (eds), *Emerging Socialities in Interaction*, Oxford: Oxford University Press, 3–24.
- Goffman, E. (1961) *Encounters: Two Studies in the Sociology of Interaction*, Ravenio Books.
- (1978) “Response Cries”, *Language*, 54 (4): 787–815.
- Goodwin, C. (1981) *Conversational Organization. Interaction Between Speakers and Hearers*, New York: Academic Press.
- (2000) “Action and Embodiment Within Situated Human Interaction”, *Journal of Pragmatics* 32: 1489–1522.
- (2007) “Participation, Stance and Affect in the Organization of Activities”, *Discourse & Society* 18(1): 53–73.
- Goodwin, M.-H. (2006) “Participation, Affect, and Trajectory in Family Directive/ Response Sequences”, *Text & Talk – An Interdisciplinary Journal of Language, Discourse Communication Studies* 26(4–5): 515–543.
- (2017) “Haptic Sociality”, in C. Meyer, J. Streeck, S.J. Jordan (eds) *Intercorporeality: Emerging Socialities in Interaction*, Oxford: Oxford University, 73–102.
- Goodwin, M.-H. and C. Cekaite (2013) “Calibration in Directive/Response Sequences in Family Interaction”, *Journal of Pragmatics* 46(1): 122–138.
- (2018) *Embodied Family Choreography: Practices of Control, Care, and Mundane Creativity*, London: Routledge.
- Goodwin, M.-H. and C. Goodwin (2000) “Emotion within Situated Activity” in N. Budwig, I.C. Uzgris, J.V. Wertsch (eds), *Communication: An Arena of Development*, Stamford, CT: Ablex, 33–53.
- Greco, L., R. Galatolo, A.S. Horlacher, V. Piccoli, A.C. Ticca, B. Ursi (2019) “Some Theoretical and Methodological Challenges of Transcribing Touch in Talk-in-interaction”, *Social Interaction. Video-Based Studies of Human Sociality*, 2(1). Available online at: <https://tidsskrift.dk/socialinteraction/article/view/113957/162547> (visited 12/08/2024).

- Hepburn, A. and J. Potter (2012) "Crying and Crying Responses" in A. Peräkylä and M.-L. Sorjonen (eds) *Emotion in Interaction*, Oxford: Oxford University Press: 195–211.
- Hochschild, A. R. (1979) "Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure", *American Journal of Sociology* 85(3): 551–575.
- Holland, A. (2007) "Counseling/Coaching in Chronic Aphasia: Getting on with Life", *Topics in Language Disorders*, 27(4): 339–350.
- Holland, A. and J. Fridriksson (2001) "Aphasia Management During the Early Phases of Recovery Following Stroke", *American Journal of Speech-Language Pathology* 10(1): 19–28.
- House, A., D. Martin, A. Molyneux, C. Warlow, K. Hawton (1989) "Emotionalism after Stroke", *British Medical Journal* 298(6679): 991–994.
- Jefferson, G. (1984) "Transcript Notation", in J.M. Atkinson and J. Heritage (eds), *Structures of Social Action: Studies in Conversation Analysis*, Cambridge: Cambridge University Press, 9–16.
- Kelly, M.A., L. Nixon, C. McClurg, A. Scherpbier, N. King, T. Dornan (2017) "Experience of Touch in Health Care: A Meta-Ethnography Across the Health Care Professions", *Qualitative Health Research* 28(2): 200–212.
- Kidwell, M. (2006) "'Calm down!': The Role of Gaze in the Interactional Management of Hysteria by the Police", *Discourse Studies* 8(6): 745–770.
- Laakso, M. (2014) "Aphasia Sufferers' Displays of Affect in Conversation" *Research on Language and Social Interaction* 47(4): 404–425.
- Macdonald, K. and T.M. Macdonald (2010) "The Peptide that Binds: A Systematic Review of Oxytocin and its Prosocial Effects in Humans", *Harvard Review of Psychiatry* 18: 1–21.
- Manzo, J. F., R.L. Heath, L.X. Blonder (1998) "The Interpersonal Management of Crying Among Survivors of Stroke", *Sociological Spectrum* 18(2): 161–184.
- Marshall, R.C. (1997) "Aphasia Treatment in The Early Postonset Period: Managing Our Resources Effectively", *American Journal of Speech-Language Pathology* 6(1): 5–11.
- Merlino, S. (2020) "Professional Touch in Speech and Language Therapy for the Treatment of Post-Stroke Aphasia", in A. Cekaite and L. Mondada (eds) *Touch in Social Interaction: Touch, Language and Body*, London: Routledge, 197–223.
- (2021a) "Haptics and Emotions in Speech and Language Therapy Sessions for People with Post-stroke Aphasia", in J.S. Robles and A. Weatherall (eds) *How Emotions Are Made in Talk*, Amsterdam: John Benjamins, 233–262.
- (2021b) "Coordination, Visual Attention, and Professional Gestures in the Treatment of Aphasia", *Langage et Société* 137(2): 115–140.
- (2023) "Corrective Demonstrations and Embodied Resources for Modeling Speech Sounds in Aphasia Speech-Language Therapy", *Journal of Pragmatics*, 212: 96–116.
- Mondada, L. (2014) "The Temporal Orders of Multiactivity: Operating and Demonstrating in the Surgical Theatre", in P. Haddington, T. Keisanen, L. Mondada, M. Nevile (eds) *Multiactivity in Social Interaction: Beyond Multitasking*, Amsterdam: John Benjamins, 33–75.

- (2016) “Challenges of Multimodality: Language and the Body in Social Interaction”, *Journal of Sociolinguistics* 20(3): 336–366.
- (2018) “Multiple Temporalities of Language and Body in Interaction: Challenges for Transcribing Multimodality”, *Research on Language and Social Interaction* 51(1): 85–106.
- (2019) “Contemporary Issues in Conversation Analysis: Embodiment and Materiality, Multimodality and Multisensoriality in Social Interaction” *Journal of Pragmatics* 145: 47–62.
- Mononen, K. (2019) “Embodied Care: Affective Touch as a Facilitating Resource for Interaction between Caregivers and Residents in a Care Home for Older Adults”, *Linguistics Vanguard: Multimodal Online Journal* 5(2). Available online at: <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/287c60ab-172d-48e7-a7a9-479ec93c8f82/content> (visited 12/08/2024).
- Northcott, S., A. Simpson, B. Moss, A. Nafiso, K. Hilari (2017) “How Do Speech-And-Language Therapists Address the Psychosocial Well-Being of People with Aphasia? Results of a UK Online Survey”, *International Journal of Language and Communication Disorders* 52(3): 356–373.
- Pawling, R., P.R. Cannon, F.P. McGlone, S.C. Walker (2017) “C-tactile Afferent Stimulating Touch Carries a Positive Affective Value”. *PLoS ONE* 12(3). Available online at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0173457> (visited 12/08/2024).
- Peräkylä, A. and M.-L. Sorjonen (eds.) (2012) *Emotion in Interaction*, Oxford: Oxford University Press.
- Peräkylä, A. and J. Ruusuvuori (2012) “Facial Expression and Interactional Regulation of Emotion”, in A. Peräkylä and M.-L. Sorjonen (eds.) *Emotion in Interaction*, Oxford: Oxford University Press, 64–91.
- Robinson, R.G., R.M. Parikh, J.R. Lipsey, S.E. Starkstein, T.R. Price (1993) “Pathological Laughing and Crying Following Stroke: Validation of a Measurement Scale and a Double-Blind Treatment Study”, *The American Journal of Psychiatry* 150(2): 286–293.
- Raudaskoski, P. (2020) "Participant Status through Touch-in-Interaction in a Residential Home for People with Acquired Brain Injury", *Social Interaction: Video-Based Studies of Human Sociality* 3(1). Available online at: <https://tidsskrift.dk/socialinteraction/article/view/120269/167883> (visited 12/08/2024).
- Robles J. S. and A. Weatherall (2021) *How Emotions Are Made in Talk*, Amsterdam & Philadelphia: John Benjamins.
- Routasalo, P. (1999) "Physical Touch in Nursing Studies: A Literature Review", *Journal of Advanced Nursing* 30(4): 843–850.
- Sacks, H., E.A. Schegloff, G. Jefferson (1974) “A Simplest Systematics for the Organisation of Turn Taking for Conversation”, *Language* 50: 696–735.
- Sarno, M. T. (1993) “Aphasia Rehabilitation: Psychosocial and Ethical Considerations”, *Aphasiology* 7(4): 321–334.
- Selting, M. (2010) “Affectivity in Conversational Storytelling: An Analysis of Displays of Anger or Indignation in Complaint Stories”, *Pragmatics* 20(2): 229–277.

- Simmons-Mackie, N. (1998) "A Solution to the Discharge Dilemma in Aphasia: Social Approaches to Aphasia Management", *Aphasiology* 12(3): 231–239.
- Simmons-Mackie, N. and J.S. Damico (2011) "Counseling and Aphasia Treatment", *Topics in Language Disorders* 31(4): 336–351.
- Sinyor, D., J. Phyllis, D.G. Kaloupek, R. Becker, M. Goldenberg, H. Coopersmith (1986) "Poststroke Depression and Lesion Location: An Attempted Replication", *Brain* 109(3): 537–546.
- Starkstein, S. E., R.G. Robinson, T.R. Price (1987) "Comparison of Cortical and Subcortical Lesions in the Production of Poststroke Mood Disorders", *Brain* 110(4): 1045–1059.
- Streeck, J., C. Goodwin, C. LeBaron (eds) (2011) *Embodied Interaction: Language and Body in the Material World*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Weigand, E. (ed) (2004) *Emotions in Dialogic Interaction. Advances in the Complex*, Amsterdam & Philadelphia: John Benjamins.
- Whalen, J. and D.H. Zimmerman (1998) "Observations on the Display and Management of Emotion in Naturally Occurring Activities: The Case Of 'Hysteria' In Calls to 9-1-1", *Social Psychology Quarterly*, 61(2): 141–159.
- Wilkinson, R. (2007) "Managing Linguistic Incompetence as a Delicate Issue in Aphasic Talk-in-Interaction: On the Use of Laughter in Prolonged Repair Sequences", *Journal of Pragmatics* 37: 542–569.