

**La comunicazione interpersonale:  
espressione delle emozioni e comportamento non verbale  
nell'interazione sociale e nella relazione di cura**

**Expression and regulation of emotions and non-verbal behaviour in  
interpersonal communication**

Pio Enrico Ricci Bitti

Dipartimento di Psicologia "Renzo Canestrari", Università di Bologna,  
viale Berti Pichat 5, 40127 Bologna;  
e-mail: pioenrico.riccibitti@unibo.it.

**Ricevuto:** 13.05.2021 - **Accettato:** 07.07.2021

**Pubblicato online:** 05.10.2021

**Riassunto**

Il contributo, a partire dall'interesse di Canestrari per il colloquio clinico e la relazione di cura nella pratica medica, descrive alcuni filoni di ricerca sviluppati dal 1970 in poi nell'Istituto di Psicologia dell'ateneo bolognese su alcuni aspetti e processi della comunicazione interpersonale: il repertorio comunicativo non verbale e le sue funzioni nell'interazione sociale; l'espressione e la regolazione delle emozioni nelle relazioni interpersonali. Sulla base dei risultati delle indagini svolte viene affrontato, sul piano applicativo, il delicato problema della formazione e dell'addestramento dei professionisti della salute alla relazione interpersonale in generale ed al colloquio clinico in particolare; vengono descritte esperienze di addestramento alla relazione col paziente mediante la tecnica del role-playing con l'uso della videoregistrazione e di addestramento al primo colloquio clinico mediante la tecnica del video feedback in piccolo gruppo.

**Parole Chiave:** comunicazione interpersonale, espressione delle emozioni, comportamento non-verbale, colloquio clinico, addestramento alla relazione clinica.

P. E. Ricci Bitti / *Ricerche di Psicologia*, 2021, Vol. 44,  
ISSN 0391-6081, ISSN 1972-5620 Doi: 10.3280/rip2021oa12603

## Abstract

The present paper gives the basic outlines of research programmes that were carried out at the Institute of Psychology, Bologna University since the early 1970s, concerning clinical interview and some its basic processes, that were always an object of prof. Canestrari interest and attention. The main studies here described concern interpersonal communication, non verbal-behaviour, expression and regulation of emotions. The last part of the paper considers some applications of the main results of these studies to the training in clinical interviews for medical students, physicians and psychologists; in this regard some experiences of training adopting the role-playing technique and the videorecording of the interaction and of training to the first clinical interview through the video feedback technique are described.

**Keywords:** interpersonal communication, emotional expression, non-verbal behaviour, clinical interview, training to clinical relation.

## Introduzione

Nell'anno 1960/61 il prof. Canestrari prese servizio come professore ordinario di Psicologia nella Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna, dove aveva già insegnato per incarico la stessa disciplina negli anni precedenti. Fu invitato dalla Facoltà a tenere la prolusione ufficiale all'anno accademico e scelse di parlare in quell'occasione del ruolo della psicologia nella formazione del medico; il testo dell'intervento fu immediatamente pubblicato sulla prestigiosa rivista *Giornale di Clinica Medica* (6101). Negli anni a seguire egli ritornò spesso a sviluppare ulteriormente i temi affrontati in quella prolusione, mettendo in evidenza la grande importanza della relazione medico-paziente (6204; 6308; 6701). Nei suoi scritti egli anticipò nella cultura italiana un approccio che si affermò a livello internazionale pochi anni dopo per merito soprattutto di Engel (1977), che propose il cosiddetto modello bio-psico-sociale per la comprensione della malattia e della persona malata (non a caso Canestrari scrisse la presentazione dell'edizione italiana di un precedente volume di Engel, 8109); il modello bio-psico-sociale della salute e della malattia rappresenta il fondamento di quella che oggi definiamo "psicologia della salute", un nuovo campo disciplinare che trae origine e al tempo stesso costituisce un ulteriore sviluppo rispetto ad altri campi disciplinari affermatosi nella seconda metà del secolo scorso, quali ad esempio la psicologia medica, la medicina psicosomatica, la medicina comportamentale (Ricci

Bitti, 2013). La “psicologia della salute” propone tanti nuovi concetti che costituiscono un superamento della medicina meccanicistica e del modello tradizionale bio-medico che concepisce la malattia come alterazione di sole variabili biologiche; essa adottando il modello bio-psico-sociale, assume un approccio olistico, centrato sulla persona malata che viene considerata soggetto e protagonista della esperienza di malattia, piuttosto che oggetto su cui intervenire per trattare una patologia isolata dalla totalità della persona; la comprensione della malattia si fonda pertanto anche sulla conoscenza storica del malato; in tale modello comunicazione e relazione rappresentano processi fondamentali per il raggiungimento degli scopi della pratica clinica; è necessario pertanto investire sul piano formativo affinché i nuovi professionisti della salute acquisiscano le dovute competenze ed abilità per instaurare una relazione con la persona malata più attenta e rispettosa nei confronti dei bisogni e delle emozioni da essa provate; le capacità relazionali e comunicative vanno considerate non solo frutto di esperienza o di doti naturali, ma possono essere acquisite e migliorate mediante specifici percorsi formativi (Sommaruga, 2005).

Canestrari ritornò più volte su questi temi sia in occasione di convegni, congressi, giornate di studio, sia su prestigiose riviste e periodici scientifici di interesse sanitario. In tutti questi interventi e contributi egli richiamava l'attenzione sulla qualità della relazione di cura nelle pratiche per la salute di tutti gli operatori sanitari; in particolare teneva sempre a sottolineare la grande importanza del colloquio clinico e ne richiamava sistematicamente la sua triplice dimensione: oggetto di ricerca, strumento privilegiato nel lavoro clinico e palestra di formazione per i professionisti della salute. Da qui derivò l'interesse costante per lo studio anche sperimentale dei processi e delle dinamiche che caratterizzano la relazione e la comunicazione interpersonale nell'ambito del colloquio clinico (6902). Egli fu tra i primi a sottolineare l'importanza degli aspetti non verbali della comunicazione fra il medico e la persona malata e a richiamare l'attenzione sui vissuti emotivi espressi dal paziente al di là delle parole. Questo interesse coincideva con un nuovo filone della psicologia sociale di quegli anni, che sulla base di suggestioni provenienti anche da altre discipline (etologia, linguistica, antropologia), si dedicava alla funzione e al significato del comportamento non verbale nell'interazione sociale fra gli esseri umani. In quegli anni era stato invitato più volte a Bologna, per brevi periodi in cui venivano organizzati seminari per i giovani collaboratori di Canestrari, il prof. Michael Argyle (Department of Experimental Psychology, University of Oxford), che può essere considerato, fra gli psicologi sociali europei, uno dei pionieri più autorevoli dello studio sperimentale dell'interazione sociale e, in particolare, del comportamento non verbale. Nacque anche nell'Istituto di Psicologia di Bologna uno specifico interesse per

questo campo di studio e grazie anche al sostegno ed all'interesse di Canestrari ed ai suggerimenti di Argyle, venne approntato uno specifico laboratorio dedicato allo studio sperimentale dell'interazione umana; il laboratorio, unico nel suo genere per la realtà italiana, poteva contare su sofisticate tecnologie e strumentazioni finalizzate alla registrazione dei comportamenti verbali, vocali e non verbali dei soggetti osservati. All'inizio degli anni '70, grazie anche ad alcune borse di studio finalizzate allo svolgimento di visite di ricerca presso il laboratorio di Oxford, vennero avviate numerose indagini sperimentali sui processi interpersonali che si verificano nel colloquio e sul ruolo del comportamento non verbale nella relazione interpersonale.

### **Il comportamento non verbale nell'intervista, nel colloquio clinico ed in psicoterapia**

I primi studi sperimentali realizzati in quel periodo riguardarono i processi di influenzamento che si verificano nel colloquio e nell'intervista; in particolare venne studiato il modo con cui l'atteggiamento interpersonale dell'intervistatore influenzi i comportamenti verbali e non verbali dell'interlocutore (Ricci Bitti, Giovannini & Palmonari, 1974a; 1974b). Gli esperimenti dimostrarono che un intervistatore che assume durante un colloquio un atteggiamento "caldo (cordiale)" (che si esprime attraverso comportamenti verbali e non verbali: sorriso, commenti di consenso e approvazione, sguardo diretto all'interlocutore) favorisce, nei comportamenti dell'interlocutore, un numero di gesti illustratori/coverbali, un tempo di eloquio, un tempo di sorriso ed un tempo impiegato a guardare in volto l'interlocutore significativamente superiori rispetto ad un intervistatore che assume un atteggiamento "freddo (distaccato)" (che si esprime attraverso i seguenti comportamenti verbali e non verbali: assenza di sorriso, mancanza di commenti di consenso e approvazione, assenza di sguardo diretto all'interlocutore). Altri studi vennero dedicati al ruolo del comportamento non verbale in psicoterapia (Medi, Prudenziato & Ricci Bitti, 1975), mediante osservazioni effettuate nel corso di sedute terapeutiche con pazienti adulti, trattati secondo la metodologia della psicoterapia breve, per individuare il significato di alcuni aspetti del comportamento non verbale (gesti, tono di voce, comportamento spaziale e azioni transitorie) e del loro rapporto con il comportamento verbale concomitante. Al termine di questa prima fase di studio, si ritenne utile ridefinire gli aspetti fondamentali del colloquio (7505) introducendo, fra le altre cose, i risultati più rilevanti delle indagini svolte; è inoltre di quel periodo il primo testo monografico italiano dedicato alla funzione comunicativa del comportamento non verbale nell'interazione sociale (Ricci Bitti & Cortesi 1977).

## **L'espressione delle emozioni e la regolazione emozionale**

Un aspetto particolarmente significativo del comportamento non verbale nell'interazione sociale è rappresentato dal repertorio espressivo disponibile all'essere umano per manifestare l'esperienza emozionale. Le nostre ricerche si focalizzarono sempre più decisamente sulle emozioni, inserendosi nel dibattito, molto acceso in quegli anni, sulla funzione adattiva delle emozioni, soprattutto di quelle definite di volta in volta "primarie", "fondamentali", "di base", e delle loro manifestazioni (espressioni facciali, vocali, gestuali...); in particolare veniva studiata la configurazione mimica delle espressioni emotive, la loro universalità e le eventuali differenze individuali (Graham, Ricci Bitti & Argyle, 1975; Shimoda, Argyle & Ricci Bitti, 1978; Brunori, Ladavas & Ricci Bitti, 1979; Ricci Bitti, Argyle & Giovannini, 1979; Ricci-Bitti et al., 1979, 1980). Una occasione di grande impulso per questa linea di ricerca fu la visita, svolta a metà degli anni '70, all'Istituto di Psicologia di Bologna del prof. Paul Ekman (Human Interaction Laboratory, Department of Psychiatry, University of California, San Francisco); in quegli anni egli era certamente uno dei più importanti studiosi del comportamento non verbale, ed in particolare dell'espressione delle emozioni e della gestualità. A Bologna egli tenne alcuni seminari e pianificò alcune ricerche in collaborazione con il gruppo bolognese che da alcuni anni si occupava di questi temi. Anche in questo caso, grazie all'impegno del prof. Canestrari, fu possibile ottenere borse di studio che permisero nel 1977 e negli anni successivi vari soggiorni di ricerca presso il laboratorio californiano, che favorirono la realizzazione di alcune indagini piuttosto significative su diverse questioni "calde" di quel momento, relative alle emozioni ed alla loro manifestazione nella vita di relazione, tema piuttosto trascurato dalla psicologia italiana, e non solo, per gran parte del secolo scorso (Brighetti, Ladavas & Ricci Bitti, 1980; Ladavas, Umiltà & Ricci Bitti, 1980; Giovannini & Ricci Bitti, 1981; Ekman et al. 1987; Caterina et al., 1993). Sulla base delle sollecitazioni scaturite dalla collaborazione con Paul Ekman ed il suo gruppo, si sviluppò in modo sistematico anche lo studio della gestualità e delle sue funzioni nell'interazione sociale (Ricci Bitti, 1987). I risultati più rilevanti di questi studi furono recepiti in ulteriori contributi di Canestrari sul colloquio clinico (8003, 8201) e favorirono la costituzione a Bologna di un piccolo gruppo di ricercatori dedicato appunto allo studio della risposta emotiva (nelle sue diverse dimensioni), della espressione/manifestazione delle emozioni e della regolazione emozionale; ci si dedicò molto attivamente al rilancio delle indagini sulle emozioni nella comunità scientifica italiana, impegnandosi a creare una rete di ricerca che coinvolgeva in quel periodo colleghi appartenenti ad altre università italiane (Bari, Padova, Pavia, Sa-

lerno, Torino...), coi quali vennero realizzati importanti progetti multicentrici finanziati dal Ministero dell'Università e dal Consiglio Nazionale delle Ricerche; tale collaborazione favorì iniziative scientifiche di grande rilievo (Convegni periodici, Giornate di Studio...) soprattutto per le ricadute sulla formazione di giovani ricercatori; in questo ambito va ricordata anche la partecipazione del gruppo di ricerca bolognese alla fondazione del Consorzio Europeo di Ricerca sulle Emozioni (CERE), costituitosi presso la Maison des Sciences de l'Homme di Parigi, sulla base della collaborazione sviluppata nel corso di una precedente ricerca multicentrica sull'esperienza emotiva (Scherer, Wallbott & Summerfield, 1986; Ricci Bitti & Scherer, 1986; Wallbott, Ricci Bitti & Banninger-Huber, 1986); il CERE fu avviato agli inizi degli anni '90 per opera di ricercatori appartenenti alle università di Amsterdam, Bologna, Ginevra, Louvain-la-Neuve, Parigi X (Nanterre) e Wuerzburg, e proseguito fino ad oggi con la prevalente finalità di formare giovani ricercatori attraverso il coinvolgimento di un numero sempre più ampio di istituzioni scientifiche europee.

### **La formazione alla relazione interpersonale dei professionisti della salute**

Sulla base dell'assunto che la qualità relazionale costituisca una delle principali dimensioni della qualità dell'assistenza sanitaria, Canestrari da sempre ha insistito sulla necessità di investire sul piano formativo per migliorare le competenze comunicative dei professionisti della salute (6101; 6308; 6606; 6701; 6705; 6909; 7103; 7409; 7502; 7505; 8810; 9003; 9103; 9705) nella convinzione che per migliorare la qualità dei servizi sanitari occorra occuparsi, oltre che degli esiti di salute, anche della "cura" della persona. Egli ha pertanto dedicato costante impegno insieme ai suoi collaboratori ad individuare ed a realizzare strategie innovative per la formazione concreta e l'addestramento degli studenti e dei neolaureati al colloquio clinico e, più in generale, alla relazione di cura. Nella prospettiva della medicina centrata sulla persona, che trova le sue radici teoriche nel periodo che va dagli anni '50 (Rogers, 1951; Balint, 1957) agli anni '70 (Engel, 1977), viene attribuita grande attenzione alla persona malata (che assume un ruolo da protagonista insieme al professionista con cui interagisce) e viene riconosciuta l'importanza dei processi che coinvolgono entrambi gli interlocutori nella loro interazione. La presa in carico della persona malata richiede professionisti che si sforzino di comunicare nel modo più efficace, sapendo adattare il loro comportamento ai bisogni ed alle risorse individuali (culturali, sociali, linguistiche, emotive...) della persona malata e dei suoi familiari. Sappiamo, ad esempio, quanto possa essere difficile comprendere appieno i vissuti di impotenza e di incertezza della persona malata di fronte a più specialisti che si occupano di lei, ma ciascu-

no con la propria visione settoriale del problema. L'esperienza della malattia (tanto più quella grave e/o cronica) implica sempre dimensioni emotive e psicosociali di fronte alle quali è opportuno adottare specifiche modalità comunicative: semplicità, chiarezza, disponibilità all'ascolto, capacità di riformulare i messaggi...

Il problema della formazione al colloquio clinico, come metodo privilegiato di intervento, è stato piuttosto sottovalutato, lasciando all'iniziativa personale la responsabilità di un addestramento sistematico; ciò che meraviglia è la carenza di luoghi di apprendimento del colloquio clinico, soprattutto di tipo istituzionale; ciò è spesso dovuto all'idea che il colloquio sia un evento "tecnico", ma talmente connotato dalla personalità dei due interlocutori e dalla specificità della correlazione emotiva, da essere non analizzabile, comunicabile, operazionalizzabile. In questo modo si legittima la difficoltà a strutturare interventi formativi efficaci. Dalla fine degli anni '60 presso l'Istituto di Psicologia dell'Università di Bologna, sotto l'impulso di Canestrari, vennero introdotte molteplici strategie di formazione per studenti universitari in medicina e chirurgia o per neolaureati (ad es., specializzandi in tirocinio formativo), tutte finalizzate a dotare i partecipanti di specifiche competenze comunicative e relazionali; alcune di esse si svolgevano in gruppo, altre in forma individuale, tutte guidate da uno o più tutor esperti. Ci limitiamo, in questa sede a descriverne alcune, risultate innovative per quegli anni e applicate poi sistematicamente per alcuni decenni nell'ateneo bolognese.

Per gli studenti che ancora non potevano annoverare esperienze dirette e concrete di relazione con il paziente furono introdotte varie strategie di formazione; in questa sede ci soffermeremo su due di esse: il gruppo di discussione tematico ed il gruppo di addestramento al colloquio clinico mediante la tecnica del role-playing (integrato eventualmente dall'utilizzo del video-registratore: Ricci Bitti, 1974).

Nel gruppo di discussione tematico, 8-12 studenti guidati da un tutor dopo una seduta introduttiva dedicata al metodo di lavoro, alla scelta del tema da trattare (ad es., il rapporto medico-paziente; i disturbi psicosomatici; le reazioni psicologiche alla malattia; l'aderenza alle prescrizioni o "compliance" del paziente; il rapporto con il malato terminale....) ed alla programmazione concreta delle sedute successive (in totale 10-12), venivano suggerite alcune letture che costituivano la base della riflessione e del confronto che si sarebbero sviluppati lungo la durata dell'esperienza formativa, che rappresentava in tal modo una integrazione rispetto ai contenuti dell'insegnamento ufficiale ed un'occasione di apprendimento "attivo". Nella prima parte di ogni incontro venivano riportati gli elementi più salienti delle letture effettuate; nella seconda parte, dedicata alla discussione, ciascuno portava il proprio contributo in modo spontaneo, senza la

preoccupazione di dire cose non pertinenti, in un clima collaborativo; il tutor aveva il compito di regolare il flusso degli interventi e di favorire il costante confronto con i riferimenti teorici rilevati nelle letture consigliate. Lo scopo della formazione psicologica, in questo caso, era quello di evidenziare l'utilità di una armonica integrazione di due aspetti cruciali della pratica clinica del medico: il "curare" (aspetto funzionale) e "l'aver cura" (comprensione globale della persona malata mediante un atteggiamento di ascolto); il medico così formato interviene ed agisce sul piano della realtà clinica (ascolta, osserva, manipola, prescrive esami e farmaci...), ma al tempo stesso comprende e regola i vari aspetti del rapporto col paziente.

Nel gruppo di addestramento al colloquio clinico mediante la tecnica del role-playing, dopo alcune sedute introduttive dedicate a letture e discussioni incentrate sulla relazione medico-paziente, con particolare riferimento ad alcuni temi di base come quello, ad es., della percezione interpersonale, venivano proposte le modalità procedurali previste dalla tecnica prescelta, che prevedeva che in ogni seduta due studenti assumessero il compito di "giocare" rispettivamente il ruolo di medico e di paziente inscenando una vera e propria situazione di colloquio, mentre l'attenzione degli altri partecipanti (osservatori) veniva incentrata sulla dinamica interpersonale, sui comportamenti comunicativi e sulle difficoltà che possono ostacolare o rendere inefficace il fluire di una soddisfacente interazione, qualunque sia la ragione di tali difficoltà (caratteristiche personali dei due interlocutori; aspettative reciproche nella relazione; stili comunicativi adottati...). Per favorire la "rappresentazione" dell'incontro, il tutor e lo studente proposti volontariamente per svolgere il ruolo di paziente stabilivano insieme il "copione" cui riferirsi per creare una situazione comunicativa problematica che poteva derivare, ad es., dal comportamento interpersonale dell'interlocutore (il paziente chiuso, timido, insicuro che fatica a comunicare col medico; il paziente passivo, poco partecipe; il paziente che monopolizza la situazione, che non lascia spazio al medico, poco disponibile ad ascoltare e ad accettare le indicazioni del medico e in cerca soltanto di conferme...; il paziente molto ansioso e in allarme di fronte a qualunque affermazione del medico...) o dalla delicatezza dell'argomento trattato. Una volta definita la situazione, un membro del gruppo si proponeva volontariamente per svolgere il ruolo di medico; si può ritenere che sia proprio questo ad essere "messo alla prova" più di altri ed a fruire più direttamente dell'esperienza di addestramento; ma tutti i partecipanti, nel ruolo di osservatori, avevano il compito di partecipare attivamente e di seguire attentamente l'interazione in atto, di cogliere gli aspetti salienti del comportamento dei due interlocutori, di annotare fasi particolari su cui si ritenesse utile soffermarsi nella successiva fase di discussione, che usualmente iniziava con le considerazioni di chi aveva svolto il

ruolo di medico (impressioni sul colloquio avvenuto, difficoltà incontrate, strategie adottate per fronteggiare la situazione...), cui seguivano gli interventi degli osservatori e la discussione generale. La possibilità di videoregistrare le “rappresentazioni” del colloquio clinico garantiva la possibilità di “rivedere” con sistematicità e dettaglio le fasi più salienti dell’interazione fra i due interlocutori, influenzando in modo efficace alcune fondamentali componenti della performance interpersonale, quali la sensibilità percettiva, l’uso del repertorio comunicativo, il grado di consapevolezza delle modalità espressive e comportamentali. Il mezzo tecnico permette infatti a ciascuno di rivedere se stesso mentre interagisce con l’interlocutore (“self-confrontation”) e favorisce una crescente consapevolezza dei propri atteggiamenti e comportamenti ed una comprensione delle sequenze di interazione e del flusso relazionale; la discussione in gruppo integrata dalle informazioni fornite dal mezzo tecnico permette una lettura analitica dei processi relazionali rappresentati ed una consonanza fra i partecipanti nella valutazione delle modalità relazionali adottate.

Per i neolaureati (per lo più psicologi specializzandi in tirocinio formativo presso i servizi clinici dell’Istituto prima e del Dipartimento poi), con possibilità di svolgere esperienza diretta e concreta di colloqui clinici con pazienti, furono adottate diverse tecniche di addestramento e di supervisione individuale e in gruppo; verrà descritto in questa sede l’addestramento al primo colloquio di consultazione mediante la tecnica del video-feedback in gruppo (Giusberti e Ricci Bitti, 1987). Anche in questo caso, dopo una prima riunione in gruppo, nella quale il conduttore/tutor introduceva gli aspetti teorico-metodologici relativi al colloquio clinico (ed in particolare al primo colloquio), nelle successive sedute si lavorava sulla verifica e discussione delle concrete esperienze dei partecipanti che potevano realizzare nel frattempo un primo colloquio clinico con un paziente. Da un punto di vista pratico la procedura prevedeva che ogni colloquio venisse videoregistrato durante la sua realizzazione, una volta garantiti il consenso (ottenuto dal paziente attraverso la sottoscrizione di un apposito modulo) e la riservatezza. Nelle sedute di verifica e discussione, la possibilità di utilizzare la videoregistrazione offriva un insieme di dati che potevano essere valutati e discussi secondo diversi livelli di analisi; adottando una prospettiva “microanalitica”, l’attenzione veniva focalizzata su specifici aspetti del comportamento dell’uno o dell’altro degli interlocutori (forme e contenuti del linguaggio verbale; comportamento non-verbale; ) e sul funzionamento della regolazione della coordinazione e dell’alternanza dei turni nell’interazione...; un livello di analisi di più ampio respiro permetteva di cogliere aspetti più macroscopici dell’interazione, ad es. il clima emotivo del colloquio e della relazione, gli atteggiamenti interpersonali reciproci. Dal punto di vista formativo, la procedura è di

grande utilità in quanto permette sia a chi è direttamente coinvolto nel colloquio sia agli altri partecipanti di valutare la funzione ed il significato dei comportamenti comunicativi, così come di cogliere in se stessi reazioni emotive e risonanze interne che accompagnano l'osservazione della seduta videoregistrata; in sostanza tutte le principali componenti della competenza relazionale (capacità di ascolto; uso efficace del proprio repertorio comunicativo; consapevolezza ed automonitoraggio dei vissuti e dei comportamenti; autoregolazione) vengono incrementate dall'uso sistematico della strategia formativa descritta.

### **Bibliografia**

- Balint, M. (1957). *The Doctor, his Patient and the Illness*. London: Pitman. Trad. it. *Medico, paziente e malattia*, Milano: Feltrinelli, 1970.
- Brighetti, G., Ladavas, E., & Ricci Bitti, P.E. (1980). Recognition of emotion expressed through voice. *Italian Journal of Psychology*, 2, 121-127.
- Brunori, P., Ladavas, E., & Ricci Bitti, P.E. (1979). Differential aspects in the recognition of facial expressions of emotions. *Italian Journal of Psychology*, 3, 265-272.
- Canestrari, R.: 6101, 6204, 6308, 6606, 6701, 6705, 6902, 6909, 7103, 7409, 7502, 7505, 8003, 8109, 8201, 8810, 9003, 9103, 9705.
- Caterina, R. Garotti, P.L., Brighetti, G., & Ricci Bitti, P.E. (1993). L'espressione vocale delle emozioni. *Psicologia e Società. Rivista di Psicologia Sociale*, XXI(3), 33-48.
- Ekman, P., Friesen, W.V., O'Sullivan, M., Chan, A., Diacoyanni-Tarlatzis, I., Heider, K., Krause, R., Le Compte, W.A., Pitcairn, T., Ricci Bitti, P.E., Scherer, K., Tomita, M., & Tzavaras, A. (1987). Universals and Cultural Differences in the Judgements of Facial Expressions of Emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(4), 712-717.
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 4286, 129-136. DOI: 10.1037/h0089260.
- Giovannini, D., & Ricci Bitti, P.E. (1981). Culture and sex effect in recognizing emotions by facial and gestural cues. *Italian Journal of Psychology*, 2, 95-102.
- Giusberti, F., & Ricci Bitti, P.E. (1987). A proposito del colloquio clinico. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 23-37.
- Graham, J., Ricci Bitti, P.E., & Argyle, M. (1975). A cross-cultural study of the communication of emotion by facial and gestural cues. *Journal of Human Movement Studies*, 1, 68-77.
- Ladavas, E., Umiltà, C., & Ricci Bitti, P.E. (1980). Evidence for sex differences in right-emisphere dominance for emotion. *Neuropsychologia*, 18, 361-366. DOI: 10.1016/0028-3932(80)90132-3.
- Medi, G., Prudenziato, P., & Ricci Bitti, P.E. (1975). Contributo preliminare allo studio del comportamento non verbale in psicoterapia. *Rivista di Psichiatria*, 3, 239-249.

- Ricci Bitti, P.E. (2013). La psicologia della salute: scopi, contesti e prospettive. In: P.E. Ricci Bitti & P. Gremigni (a cura di) *Psicologia della salute. Modelli teorici e applicativi*, pp. 17-33. Roma: Carocci.
- Ricci Bitti, P.E., Giovannini, D., & Palmonari, A. (1974a). A study of the interviewer effect in two person interaction. *Italian Journal of Psychology*, 3, 305-315.
- Ricci Bitti, P.E., Giovannini, D., & Palmonari, A. (1974b). Atteggiamento interpersonale dell'intervistatore e comportamento gestuale dei soggetti intervistati. *Rivista di Psicologia*, Fascicolo Unico, 231-239.
- Ricci Bitti, P.E., & Cortesi, S. (1977). *Comportamento non verbale e comunicazione*. Bologna: il Mulino.
- Ricci Bitti, P.E., Argyle, M., & Giovannini, D. (1979). Emotional arousal and gestures. *Italian Journal of Psychology*, 1, 59-67.
- Ricci Bitti, P.E., Giovannini, D., Argyle, M., & Graham, J. (1979). La comunicazione di due dimensioni delle emozioni attraverso indici facciali e corporei. *Giornale Italiano di Psicologia*, 2, 89-98.
- Ricci Bitti, P.E., Giovannini, D., Argyle, M., & Graham, J. (1980). La comunicazione delle emozioni attraverso indici facciali e corporei. *Giornale Italiano di Psicologia*, 1, 85-94.
- Ricci Bitti, P.E., & Scherer, K.R. (1986). Interrelations between antecedents, reactions and coping responses. In K. R. Scherer, H. Wallbott & A. Summerfield (Eds.) *Experiencing Emotion* (pp.129-141). Cambridge: Cambridge University Press.
- Rogers, C. (1951). *The Client Centered Therapy*. London, Constable. (Trad.it. *La terapia centrata sul cliente*. Firenze: Martinelli, 1970).
- Scherer, K.R., Wallbott, H., & Summerfield, A. (eds.) (1986). *Experiencing Emotion*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Shimoda, K., Argyle, M., & Ricci Bitti, P.E. (1978). The intercultural recognition of emotional expressions by three national racial groups: English, Italian and Japanese. *European Journal of Social Psychology*, 2, 169-179. DOI: 10.1002/ejsp.2420080203.
- Sommaruga, M. (2005) *Comunicare con il paziente*. Roma: Carocci.
- Wallbott, H., G., Ricci Bitti, P.E., & Banninger-Huber, E. (1986). Non-verbal reaction to emotional experiences. In: K.R. Scherer, H. Wallbott & A. Summerfield (eds.). *Experiencing Emotion* (pp.98-116). Cambridge: Cambridge University Press.
- Wallbott, H.G., & Ricci Bitti, P.E. (1993). Decoder's processing of emotional facial expressions: a top down or bottom up mechanism? *European Journal of Social Psychology*, 23, 427-443. DOI: 10.1002/ejsp.2420230408.