

ΕΛΕΝΗ ΠΑΠΑΔΑΚΗ-ΜΙΧΑΗΛΙΔΗ



Η σιωπηλή γλώσσα των συναισθημάτων

Η ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΤΙΣ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

Η μη λεκτική επικοινωνία στις ψυχοθεραπευτικές σχέσεις

Από τα πανάρχαια χρόνια ήταν γνωστό ότι οι ανθρώπινες επαφές και σχέσεις έχουν τη δύναμη να ανακουφίσουν τον ψυχικό πόνο, να αλλάξουν τον τρόπο συμπεριφοράς, να μεταβάλουν την εσωτερική εικόνα του εαυτού ή και του κόσμου και, γενικά, να συμβάλουν στη λύση των ψυχικών προβλημάτων. Η καλά εδραιωμένη αυτή αρχή αποτελεί τη βάση της ψυχοθεραπείας. «Ψυχοθεραπεία είναι η μορφή θεραπείας των ψυχικών διαταραχών στην οποία ένα εκπαιδευμένο άτομο εγκαθιστά μια συμφωνία συνεργασίας με τον ασθενή μέσω μιας καθορισμένης θεραπευτικής επικοινωνίας –λεκτικής και μη λεκτικής–, επιχειρώντας να ανακουφίσει την ψυχική διαταραχή, να αντιστρέψει ή να μεταβάλει τη δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά και να ενθαρρύνει την πρόοδο και την ανάπτυξη της προσωπικότητας» (Μάνος, 1988, σ. 653). Η θεραπευτική σχέση περιλαμβάνει το σύνολο των συναισθημάτων και των πεποιθήσεων που έχουν ο θεραπευτής για τον θεραπευόμενο και αντιστρόφως, καθώς και τον τρόπο έκφρασης και ανταλλαγής αυτών των συναισθημάτων και των πεποιθήσεων (Gelso & Carter, 1985). Για πολλούς ασθενείς η σχέση τους με το θεραπευτή αποτελεί την πρώτη και ίσως τη

μοναδική ευχάριστη αλληλεπίδραση της ζωής τους. Και μόνο με την ευχάριστη αυτή εμπειρία της ζεστής ανθρώπινης επαφής αυξάνονται οι πιθανότητες του θεραπευόμενου να επιχειρήσει τη βελτίωση των σχέσεών του ή και να επιτύχει τη σύναψη νέων, ευχάριστων επαφών.

Απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχή έκβαση της θεραπευτικής διαδικασίας είναι η επίτευξη καλής ψυχοσυναισθηματικής επαφής (rapport) μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου. Όταν θεραπευτής και θεραπευόμενος έχουν καλή ψυχοσυναισθηματική επαφή, συνδέονται στενά, αισθάνονται αμοιβαίο σεβασμό, χαίρονται και ωφελούνται από τη ζεστασιά της σχέσης τους και προσπαθούν και οι δύο (καθένας από τη δική του πλευρά) να κατανοήσουν και να ανταποκριθούν επαρκώς στις ανάγκες και τις προσδοκίες του άλλου (Tickle-Degnen & Rosenthal, 1992). Στις περισσότερες ψυχοθεραπευτικές διαδικασίες ο θεραπευτής παίζει πρωτεύοντα και ρυθμιστικό ρόλο στη σχέση, οπότε θεωρείται ο κυρίως υπεύθυνος για τη διαμόρφωση της καλής ψυχοσυναισθηματικής επαφής, την οποία επιτυγχάνει εκφράζοντας στον θεραπευόμενο αφοσίωση, αμέριστη προσοχή, υποστήριξη, αποδοχή και κατανόηση.

Όταν η ψυχοσυναισθηματική επαφή βρίσκεται σε ικανοποιητικά επίπεδα, τότε ανάμεσα στους αλληλεπιδρώντες παρατηρούνται συγκεκριμένες κινήσεις, εκφράσεις και στάσεις, που πηγάζουν από την αρμονική εκδήλωση και τον καλό συντονισμό της μη λεκτικής τους επικοινωνίας. Τα σώματα θεραπευτή και θεραπευόμενου γέρνουν το ένα προς το μέρος του άλλου, οι δυο τους κινούνται αρμονικά και ανταλλάσσουν συχνά χαμόγελα, απ' ευθείας βλέμματα και ρυθμικά νεύματα με το κεφάλι. Οι εκφράσεις, οι κινήσεις και οι στάσεις αυτές από την πλευρά του θεραπευτή δηλώνουν περίπου τα εξής: «συγκεντρώνομαι μόνο σε σένα», «είμαι διαθέσιμος για σένα», «μου αρέσει να βρίσκομαι κοντά σου». Τα μηνύματα

αυτά βοηθούν τον θεραπευόμενο να οικοδομήσει σχέση εμπιστοσύνης με το θεραπευτή και να προχωρήσει στη διαδικασία της αυτοαποκάλυψης (Hill, Siegelman, Gronsky, Sturniolo & Fretz, 1981· Tickle-Dengen, Rosenthal & Harrigan, 1989). Οι ίδιες κινήσεις από την πλευρά του θεραπευόμενου φανερώνουν τη θετική ανταπόκρισή του στα μηνύματα του θεραπευτή.

Τα φωνητικά στοιχεία του λόγου του θεραπευτή μεταφέρουν επίσης πολύ ισχυρά μηνύματα στον θεραπευόμενο και συμβάλλουν στην ανάπτυξη της ψυχοσυναισθηματικής επαφής (Blanck & Rosenthal, 1984). Οι Rosenthal, Blanck και Vannicelli (1984) διευκρίνισαν ότι η φωνή του θεραπευτή δεν χρειάζεται να είναι πάντα ήρεμη, ζεστή και θετική. Αντίθετα, ανάλογα με το θέμα της συζήτησης, η φωνή του πρέπει να εκφράζει, εκτός από τα θετικά συναισθήματα, και την πιθανή ανησυχία ή αγωνία του, δηλώνοντας με τον τρόπο αυτό ότι ο ίδιος νοιάζεται και συμπάσχει με τα προβλήματα του θεραπευόμενου. Η μεγάλη πλειονότητα των ασθενών θεωρεί απωθητική την τραγουδιστή και την παιδική φωνή όταν προέρχεται από θεραπευτή. Εξαίρεση αποτελούν οι πολύ αδύναμοι υπερήλικες άνδρες και γυναίκες, οι οποίοι συχνά θεωρούν ότι ο τύπος αυτός της φωνής προέρχεται από ευαίσθητο και περιποιητικό άτομο (Caporalet, Lukaszewski & Culbertson, 1983).

Τα μη λεκτικά μηνύματα αποδοχής δεν προάγουν πάντα με τον ίδιο τρόπο ή στον ίδιο βαθμό τη δημιουργία ψυχοσυναισθηματικής επαφής, διότι το φύλο των αλληλεπιδρώντων όπως και το θέμα της συζήτησης επηρεάζουν την ερμηνεία των εκδηλώσεων της μη λεκτικής επικοινωνίας. Για παράδειγμα, η παρατεταμένη οπτική επαφή θεραπευτή-θεραπευόμενου έχει τις περισσότερες φορές θετικά αποτελέσματα στη διαμόρφωση ψυχοσυναισθηματικής επαφής. Έχει διαπιστωθεί όμως ότι όταν οι άνδρες θεραπευόμενοι αποκαλύπτουν

προσωπικά τους μυστικά, μιλούν ευκολότερα σε άνδρα θεραπευτή, ο οποίος μάλιστα αποφεύγει την οπτική επαφή κατά τη διάρκεια της εξομολόγησης. Αντίθετα οι γυναίκες ασθενείς αρέσκονται, συγκινούνται και επιδιώκουν την οπτική επαφή καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας, ακόμα και όταν αποκαλύπτουν προσωπικά τους μυστικά (Ellsworth & Ross, 1975). Η Kelly (1982) διατύπωσε την άποψη ότι οι περισσότεροι ασθενείς, άνδρες και γυναίκες, δημιουργούν καλύτερη ψυχοσυναισθηματική επαφή με γυναίκα θεραπεύτρια, ειδικά εάν αυτή διατηρεί μαζί τους έντονη οπτική επαφή. Αντίθετα, όταν ο θεραπευτής είναι άνδρας, η παρατεταμένη οπτική επαφή δεν βοηθά ούτε τους άνδρες αλλά ούτε και τις γυναίκες ασθενείς (Seay & Altekruze, 1979). Ο Exline (1971) επιπλέον, λαμβάνοντας υπόψη τα δεδομένα από μεγάλο αριθμό ερευνών που αφορούσαν την οπτική επαφή κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας, υποστήριξε ότι οι γυναίκες ασθενείς αισθάνονται πιο άνετα και επιδιώκουν περισσότερο από ό,τι οι άνδρες την οπτική επαφή, ενώ οι άνδρες αισθάνονται καλύτερα όταν έχουν έντονη οπτική επαφή με γυναίκα θεραπεύτρια παρά με άνδρα θεραπευτή.

Σε όλες τις θεραπευτικές σχέσεις διαμορφώνονται συνθήκες ισχυρής φόρτισης, οι οποίες καθιστούν το ρόλο της μη λεκτικής επικοινωνίας ιδιαίτερα σημαντικό (Friedman, 1979). Τη φόρτιση αυτή τη δημιουργούν τα έντονα συναισθήματα που ανταλλάσσονται μεταξύ των αλληλεπιδρώντων, η ειδική φύση των θεμάτων που συνήθως συζητιούνται, και ο φόβος ή η αβεβαιότητα του θεραπευόμενου για την ασθένεια ή το πρόβλημά του. Όπως είναι γνωστό, στις φορτισμένες αλληλεπιδράσεις οι άνθρωποι εκφράζονται αυθόρμητα και συχνά ανεξέλεγκτα μέσω της μη λεκτικής οδού, σπληνίζονται ιδιαίτερα στα μη λεκτικά σήματα των άλλων και εμπιστεύονται τις μη λεκτικές εκδηλώσεις περισσότερο από ό,τι το λόγο. Η δυσκολία των ασθενών να κατανοήσουν πλήρως την ορολογία

που χρησιμοποιούν οι θεραπευτές όταν αναφέρονται στην ασθένειά τους συντελεί επίσης στην αύξηση της δράσης της μη λεκτικής οδού, με την έννοια ότι αναγκάζει τους ασθενείς να στηριχθούν στα μη λεκτικά σήματα του θεραπευτή για να μπορέσουν να αξιολογήσουν το μέγεθος του προβλήματός τους. Τέλος, επειδή στη σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου ο ρόλος και το κύρος του δεύτερου είναι κατά κανόνα μειωμένα, αυτό συχνά εμποδίζει πολλούς ασθενείς να κάνουν ερωτήσεις για σημαντικές τους απορίες, με αποτέλεσμα και πάλι να εξαρτώνται έντονα από την αποκωδικοποίηση των μη λεκτικών σημάτων που εκπέμπει ο θεραπευτής. Γι' αυτό και η σωστή και επαρκής δράση της μη λεκτικής οδού αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχή έκβαση της θεραπευτικής σχέσης.

Την επιτυχημένη δράση της μη λεκτικής επικοινωνίας εξασφαλίζουν οι μη λεκτικές κοινωνικές δεξιότητες. Είναι γνωστό ότι οι κοινωνικές δεξιότητες από την πλευρά των ασθενών είναι τις περισσότερες φορές ελλιπείς. Από την πλευρά των θεραπευτών αντίθετα είναι απαραίτητες οι αυξημένες και έντονα ενεργοποιημένες κοινωνικές δεξιότητες. Οι θεραπευτές πρέπει, κατ' αρχάς, να είναι έντονα εκφραστικοί, ιδιαίτερα στην εκδήλωση των θετικών συναισθημάτων αποδοχής και κατανόησης. Οι DiMatteo, Prince και Hays (1986), επιχειρώντας να αξιολογήσουν πειραματικά το ρόλο της εκφραστικότητας σε μια ομάδα θεραπευτών, τους κάλεσαν να προσποιηθούν διάφορες συναισθηματικές εκφράσεις και κατόπιν ζήτησαν από κριτές να διαγνώσουν ποια συναισθήματα προσαπολούσαν να εκφράσουν οι θεραπευτές. Τα αποτελέσματα της έρευνάς τους έδειξαν ότι οι θεραπευτές που είχαν την καλύτερη εκφραστική ικανότητα ήταν οι πλέον δημοφιλείς στους ασθενείς και είχαν τους περισσότερους και πιο ικανοποιημένους πελάτες. Για να επιτυγχάνουν λοιπόν οι θεραπευτές καλή επαφή με τους ασθενείς τους, πρέπει να διαθέτουν αυξη-

μένη εκφραστική ικανότητα. Ταυτόχρονα, χρειάζεται να έχουν καλό έλεγχο των αυθόρμητων μη λεκτικών τους σημάτων, ώστε να αποφεύγουν την εκπομπή μηνυμάτων απόρριψης, διότι κατ' αυτό τον τρόπο σταματούν την αυτοαποκάλυψη του θεραπευόμενου. Η διαρκής εγρήγορση και η ευαισθησία στην αποκωδικοποίηση των μη λεκτικών σημάτων που εκπέμπουν οι ασθενείς (η αποκαλούμενη και «διαίσθηση») είναι άλλη μια πλευρά των κοινωνικών δεξιοτήτων που πρέπει να κατέχουν οι θεραπευτές. Τέλος, οι θεραπευτές πρέπει να είναι ικανοί να ρυθμίζουν, μέσω μη λεκτικών διαπραγματευτικών σημάτων, τη μορφή της σχέσης που αναπτύσσεται κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας, για το λόγο ότι η αποδοχή του θεραπευτή συχνά παρερμηνεύεται από τους ασθενείς ως εκδήλωση ερωτικού ενδιαφέροντος. Η διαστρέβλωση της μορφής της σχέσης κατά τη διάρκεια της θεραπείας είναι επικίνδυνη, διότι μπορεί να τραυματίσει ακόμα περισσότερο τον ήδη ευαίσθητο ψυχικό κόσμο του θεραπευόμενου. Συνοψίζοντας λοιπόν, εκτός των θεωρητικών γνώσεων για την ψυχοθεραπευτική διαδικασία, οι θεραπευτές χρειάζεται να διαθέτουν αυξημένη εκφραστικότητα, ευαισθησία, ενσυναίσθηση και ικανότητα χρήσης και χειρισμού των μη λεκτικών διαπραγματευτικών σημάτων.

Παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά τη δημιουργία της ψυχοσυναισθηματικής επαφής στις θεραπευτικές σχέσεις

Ο βασικότερος παράγοντας που επιδρά αρνητικά στη δημιουργία της ψυχοσυναισθηματικής επαφής είναι το υψηλό επίπεδο άγχους, κυρίως διότι αποδιοργανώνει και διαστρεβλώνει τη μη λεκτική επικοινωνία των αλληλεπιδρώντων. Η δραματική μείωση της οπτικής επαφής συνιστά μια από τις πλέ-

ον βλαπτικές παρενέργειες του άγχους. Όλοι οι άνθρωποι, όταν συζητούν προσωπικά ζητήματα που προκαλούν αμηχανία και άγχος, αποφεύγουν να ανταλλάσσουν βλέμματα, συχνά μάλιστα αποκόπτουν τελείως την οπτική επαφή (Exline, Gray & Schuette, 1965). Ειδικότερα στον πληθυσμό των ψυχιατρικών ασθενών, όσοι διακατέχονται από έντονο άγχος διατηρούν πολύ μικρότερη οπτική επαφή από εκείνους που έχουν χαμηλότερα επίπεδα άγχους (Waxer, 1977). Το αποτέλεσμα της μειωμένης οπτικής επαφής είναι ότι οι ασθενείς με υψηλό επίπεδο άγχους δεν αντιλαμβάνονται ή παρερμηνεύουν τα θετικά μη λεκτικά μηνύματα (χαμόγελο, οπτική επαφή, κλίση του σώματος, συντονισμός των κινήσεων) που προσπαθεί να τους μεταδώσει ο θεραπευτής. Στις περιπτώσεις αυτές ο θεραπευτής πρέπει να αυξήσει τον αριθμό και την ένταση των μη λεκτικών του σημάτων (μείωση της απόστασης, κλίση του σώματος, αύξηση της οπτικής και απτικής επαφής) και να επιμείνει, μέχρις ότου, έστω και καθυστερημένα, τα θετικά μηνύματα γίνουν αντιληπτά και πετύχουν να διαμορφώσουν μια καλή ψυχοσυναισθηματική επαφή.

Το είδος της παθολογίας επίσης επηρεάζει τη δημιουργία ψυχοσυναισθηματικής επαφής, αποδιοργανώνοντας πολλές φορές την εκφραστική ικανότητα και την ικανότητα αποκωδικοποίησης του ασθενούς. Όπως προαναφέρθηκε, στις περισσότερες κατηγορίες ατόμων με ψυχικές διαταραχές η ικανότητα αποκωδικοποίησης των μη λεκτικών σημάτων είναι μειωμένη. Οι ασθενείς με νευρολογικές δυσλειτουργίες του εγκεφάλου είναι μεταξύ αυτών που αντιμετωπίζουν πολύ σοβαρό πρόβλημα στην αποκωδικοποίηση των συναισθημάτων. Ειδικότερα οι ασθενείς με βλάβες στο δεξιό ημισφαίριο του εγκεφάλου έχουν μεγαλύτερα προβλήματα στην αποκωδικοποίηση των συναισθημάτων από τους ασθενείς με βλάβες στο αριστερό ημισφαίριο. Οι ασθενείς με βλάβες στον δεξιό κροταφικό λοβό κάνουν πολλά λάθη, ιδιαίτερα στην αποκωδικο-

ποίηση των συναισθημάτων που καθρεπίζονται στο πρόσωπο (Rosenthal, Hall, DiMatteo, Rogers & Archer, 1979). Προβλήματα στη χρήση της μη λεκτικής επικοινωνίας και στην κοινωνική ευαισθησία παρουσιάζουν επίσης τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες που σχετίζονται με βλάβες στο δεξιό ημισφαίριο. Αντίθετα, τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες που σχετίζονται με δυσλειτουργίες του αριστερού ημισφαιρίου δεν υπολείπονται στο κοινωνικό επίπεδο (Ozols & Rourke, 1985). Οι Rosenthal και Benowitz (1986) υποστήριξαν ότι η μειωμένη ικανότητα αποκωδικοποίησης της μη λεκτικής επικοινωνίας οφείλεται στην αδυναμία των ασθενών να επεξεργαστούν ταυτόχρονα πληροφορίες που προέρχονται από περισσότερα του ενός κανάλια. Σύμφωνα με τους Tickle-Degnen και Rosenthal (1992), παρότι υπάρχουν πολλές ενδείξεις ότι η πλειονότητα των ψυχιατρικών ασθενών μειονεκτεί στην ικανότητα αποκωδικοποίησης των μη λεκτικών μηνυμάτων, υπάρχουν ορισμένες κλινικές ομάδες που αντιλαμβάνονται τα μη λεκτικά σήματα με μεγαλύτερη ευαισθησία από ό,τι ο υπόλοιπος πληθυσμός. Για παράδειγμα, οι Giannini και Sangdahl (1985, 1986) διαπίστωσαν αυξημένες ικανότητες αποκωδικοποίησης στους αλκοολικούς και στους άνδρες χρήστες κοκαΐνης. Άλλες έρευνες όμως δεν επιβεβαίωσαν αυτά τα αποτελέσματα (Rosenthal & Benowitz, 1986).

Τέλος, προβλήματα στη διαμόρφωση μιας καλής ψυχοσυναισθηματικής επαφής δημιουργούν και οι πολιτισμικές διαφορές μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου. Οι θεραπευτές που αναλαμβάνουν ασθενείς προερχόμενους από διαφορετικό πολιτισμικό πλαίσιο αντιμετωπίζουν σοβαρές δυσκολίες, οι οποίες οφείλονται στους διαφορετικούς κοινωνικά αποδεκτούς τρόπους έκφρασης των συναισθημάτων τους. Όσο πιο ουσιαστικές είναι οι διαφορές στις αξίες, στον τρόπο σκέψης και στον τρόπο διαβίωσης μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου, τόσο περισσότερο αυξάνονται οι πιθανότητες

ποίηση των συναισθημάτων που καθρεπίζονται στο πρόσωπο (Rosenthal, Hall, DiMatteo, Rogers & Archer, 1979). Προβλήματα στη χρήση της μη λεκτικής επικοινωνίας και στην κοινωνική ευαισθησία παρουσιάζουν επίσης τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες που σχετίζονται με βλάβες στο δεξιό ημισφαίριο. Αντίθετα, τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες που σχετίζονται με δυσλειτουργίες του αριστερού ημισφαιρίου δεν υπολείπονται στο κοινωνικό επίπεδο (Ozols & Rourke, 1985). Οι Rosenthal και Benowitz (1986) υποστήριξαν ότι η μειωμένη ικανότητα αποκωδικοποίησης της μη λεκτικής επικοινωνίας οφείλεται στην αδυναμία των ασθενών να επεξεργαστούν ταυτόχρονα πληροφορίες που προέρχονται από περισσότερα του ενός κανάλια. Σύμφωνα με τους Tickle-Degnen και Rosenthal (1992), παρότι υπάρχουν πολλές ενδείξεις ότι η πλειονότητα των ψυχιατρικών ασθενών μειονεκτεί στην ικανότητα αποκωδικοποίησης των μη λεκτικών μηνυμάτων, υπάρχουν ορισμένες κλινικές ομάδες που αντιλαμβάνονται τα μη λεκτικά σήματα με μεγαλύτερη ευαισθησία από ό,τι ο υπόλοιπος πληθυσμός. Για παράδειγμα, οι Giannini και Sangdahl (1985, 1986) διαπίστωσαν αυξημένες ικανότητες αποκωδικοποίησης στους αλκοολικούς και στους άνδρες χρήστες κοκαΐνης. Άλλες έρευνες όμως δεν επιβεβαίωσαν αυτά τα αποτελέσματα (Rosenthal & Benowitz, 1986).

Τέλος, προβλήματα στη διαμόρφωση μιας καλής ψυχοσυναισθηματικής επαφής δημιουργούν και οι πολιτισμικές διαφορές μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου. Οι θεραπευτές που αναλαμβάνουν ασθενείς προερχόμενους από διαφορετικό πολιτισμικό πλαίσιο αντιμετωπίζουν σοβαρές δυσκολίες, οι οποίες οφείλονται στους διαφορετικούς κοινωνικά αποδεκτούς τρόπους έκφρασης των συναισθημάτων τους. Όσο πιο ουσιαστικές είναι οι διαφορές στις αξίες, στον τρόπο σκέψης και στον τρόπο διαβίωσης μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου, τόσο περισσότερο αυξάνονται οι πιθανότητες

να προκύψουν προβλήματα και εντάσεις στη σχέση τους. Τα προβλήματα πηγάζουν από το γεγονός ότι τα μη λεκτικά μηνύματα των ατόμων με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο συχνά παρερμηνεύονται και παρεξηγούνται. Για παράδειγμα, η οπτική και πολύ περισσότερο η απτική επαφή, που συνήθως ανοίγουν δρόμους επικοινωνίας σε άτομα προερχόμενα από κουλτούρες του δυτικού κόσμου, ερμηνεύονται ως αγένεια και έλλειψη σεβασμού από άλλες κουλτούρες, όπως η ισλαμική, ιδιαίτερα όταν προέρχονται από άτομα του αντίθετου φύλου. Επιπλέον, επειδή πολλά από τα μη λεκτικά μηνύματα εκφράζονται αυθόρμητα και ερμηνεύονται ασυνείδητα, μια λογική εξήγηση του φαινομένου δεν είναι δυνατή και δεν μπορεί να βοηθήσει στη λύση του προβλήματος. Έτσι συχνά οι θεραπευτές, παρότι γνωρίζουν τους λόγους δυσλειτουργίας της θεραπευτικής σχέσης, δεν μπορούν να κάνουν τίποτα για να τη βελτιώσουν (Ekman & Friesen, 1969). Η λύση στις περιπτώσεις έντονων διαφορών του πολιτισμικού υποβάθρου θεραπευτή και θεραπευόμενου είναι η προσπάθεια του πρώτου να γνωρίσει τον τρόπο έκφρασης του δεύτερου και να επιχειρήσει να τον προσεγγίσει. Αυτή η προσπάθεια είναι ιδιαίτερα δύσκολη, διότι μεγάλο μέρος της μη λεκτικής επικοινωνίας εκδηλώνεται αυθόρμητα και δεν ελέγχεται από τη συνείδηση.