

Le aspettative in terapia sistemico-dialogica

di Claudia Lini* e Paolo Bertrando*



Ricevuto il 29/09/20 e approvato il 08/11/20

Sommario

La valutazione delle aspettative relazionali è diventata un punto importante nella nostra attuale pratica terapeutica. Questo articolo analizza la definizione di aspettativa rispetto a concetti analoghi quali premesse, pregiudizi, speranze e desideri, e riconsidera la ricerca sociale e clinica in proposito. Propone poi una modalità di lavoro terapeutico sulle aspettative, che si svolge da un lato verificando le premesse, i pregiudizi e i desideri connessi alle attese che si presentano in seduta, dall'altro aiutando i pazienti a situarsi emotivamente rispetto alle proprie aspettative.

Parole chiave: aspettative, premesse, pregiudizi, terapia sistemica, terapia dialogica, dialogo terapeutico.

Abstract. *Expectations in systemic-dialogical therapy*

The evaluation of relational expectations is a key point in our present therapeutic practice. This article analyses the definition of expectation, com-

* Scuola di Psicoterapia Sistemico-Dialogica, Bergamo. Indirizzo per corrispondenza: Studio Il Dialogo, piazza S. Agostino 22, 20123 Milano. Email: lini.claudia4@gmail.com; pbertrando@gmail.com

Rivista di Psicoterapia Relazionale (ISSN 1825-5442, ISSN 1971-8454), 2020, 52

paring it to similar concepts, such as premises, prejudices, hopes and desires, and reviews the related research in social and clinical psychology. It also proposes a way of working therapeutically on expectations, on the one hand verifying the premises, prejudices, and desires connected to expectancies presented in therapeutic sessions, on the other helping clients to find their place and position their emotions in relation to their expectations.

Key words: *expectations, premises, prejudices, systemic therapy, dialogical therapy, therapeutic dialogue.*

Orientarsi nella vita quotidiana è impossibile senza crearsi aspettative. Il meccanismo dell'aspettativa è ineludibile: sempre ci attendiamo che le altre persone, le istituzioni, la natura stessa si comportino in modo prevedibile. Quando – come recentemente tutti noi abbiamo sperimentato – gli eventi della vita diventano imprevedibili e tradiscono le aspettative che consideriamo ragionevoli, restiamo delusi, spaventati, angosciati.

Nel più ristretto campo della terapia, la questione delle aspettative è diventata nel tempo sempre più importante per la nostra pratica clinica. In questo articolo vorremmo esplorare la questione. Partiremo dalla prima, fondamentale distinzione: che cos'è esattamente un'aspettativa?

Aspettative, desideri, pregiudizi, premesse

Nei dizionari, la definizione di aspettativa è in genere semplice: l'attesa di un evento previsto. Il suo campo semantico si sovrappone ampiamente a quello di desiderio e speranza, anche se con caratteristiche più moderate. L'aspettativa non ha la forza del desiderio né il potere consolatorio della speranza (Flaskas, 2007).

C'è anche un'altra differenza rilevante. A volte ci aspettiamo eventi che riteniamo probabili, ma desidereremmo che ne accadano altri, meno probabili, ma emotivamente caricati di desiderio. Potremmo chiamare le prime aspettative "razionali" o "realistiche", con una forma generale che può essere espressa come: "Di solito le cose vanno in questo modo, quindi mi aspetto che succederà anche questa

volta”; le seconde aspettative “desideranti” o “desiderate”, la cui forma generale è: “Io vorrei che questo accadesse, quindi m’immagino (spero) che succeda”. Houser (2005) definisce le prime come predittive, basate sulle regolarità degli eventi, le seconde come prescrittive, quindi fondate su ciò che vorremmo vedere realizzato.

In campo sistemico, i concetti più vicini a quello di aspettativa sono premesse, pregiudizi e ipotesi. Le premesse, come sono state interpretate dai terapeuti sistemici seguendo le idee di Gregory Bateson, sono concezioni o pratiche implicite, socialmente costruite, standardizzate dalla cultura, in gran parte inconscie. Ecco la definizione originale di Bateson, proposta all’interno della sua descrizione antropologica della cultura Iatmul in Nuova Guinea: «Quando una madre dà cibo al proprio bambino, possiamo vedere che in quest’atto culturale ci sono diversi assunti strutturali impliciti: che le madri alimentano i bambini; che i bambini sono dipendenti dalle madri; che le madri sono gentili (*kind*); che il taro è commestibile; ecc. ecc. Quando studiamo una cultura, troviamo subito che gli stessi assunti strutturali sono presenti in un gran numero dei suoi dettagli. (...) Così una premessa è *l’affermazione generalizzata di un particolare assunto o implicazione riconoscibile in una serie di dettagli del comportamento culturale*» (Bateson, 1936-1958, p. 24, corsivi dell’autore).

Una premessa è quindi un assunto base valido per tutta una cultura o eventualmente una subcultura. Ci sono premesse accettate dall’intera società, facilmente condivise da tutti o quasi tutti; e premesse specifiche di collettività molto più ristrette: una famiglia, un’équipe terapeutica, un gruppo sociale specifico, una scuola di terapia, e così via. Di queste fanno parte le «premesse familiari», concetto favorito dalla scuola di Milano, che il terapeuta può sfidare introducendo premesse diverse (Boscolo *et al.*, 1987, p. 125).

Diverso il caso dei pregiudizi, teorizzati da Cecchin, Lane e Ray (1997). Siano essi individuali o familiari, sono più facilmente personali e idiosincratici, non condivisi come le premesse; sono facilmente consci, tanto che sono spesso espressi a parole, e ciascuno li usa da giustificazione per le proprie azioni.

«Quando parliamo di pregiudizi intendiamo ogni serie di fantasie, idee, verità accettate, presentimenti, preconcezioni, nozioni, ipotesi, modelli, teorie, sentimenti personali, stati d’animo e convinzioni nascoste: di fatto, ogni

pensiero preesistente che contribuisca, in un incontro con altri esseri umani, alla formazione del proprio punto di vista, delle proprie percezioni e delle proprie azioni. (...) Chiamarl[i] “premesse” sarebbe come riferirsi a idee già sottoposte al filtro del senso comune di ciò che viene considerato politicamente corretto» (Cecchin, Lane, Ray, 1997, p. 7).

Per fare un esempio, l'idea di “famiglia” è una premessa o un pregiudizio? Contiene premesse molto profonde, sociali e culturali; allo stesso tempo, può diventare un pregiudizio quando assume caratteri specifici per un dato individuo, una famiglia o un altro gruppo sociale più o meno organizzato. Forse è possibile dire che un pregiudizio è l'interpretazione individuale o familiare di una premessa.

Come abbiamo visto nel caso di desiderio e speranza, l'aspettativa ha qualcosa in comune sia con le premesse, sia con i pregiudizi. È un assunto che facilmente si dà per scontato, come una premessa, e può essere completamente inconscia. Può essere – e in genere è – molto personale, e comunque determinare il nostro comportamento, come un pregiudizio. Quel che ha di specifico è la dimensione temporale: l'aspettativa è l'atto di aspettarsi qualcosa, quindi di aspettare, perciò è rivolta sempre al futuro.

In questo senso è facile fare un'altra distinzione, tra aspettative e ipotesi. In particolare, se facciamo un'ipotesi verso il futuro, ci immaginiamo qualcosa che potrebbe succedere, ma non necessariamente ci aspettiamo che accada. L'ipotesi non è ancora un'aspettativa, ne costituisce piuttosto il fondamento. Inoltre, un'ipotesi in genere è pensata, esplicita e ben articolata, mentre l'aspettativa può avere fondamenti impliciti e ignoti anche a chi ce le ha: è impossibile non avere aspettative, ma è possibile essere inconsapevoli di averle.

Tipi di aspettativa

Quelle che abbiamo più sopra definito come “aspettative razionali” sono state ampiamente teorizzate, soprattutto in economia, dove hanno attratto l'attenzione fin dai tempi di John Maynard Keynes. John Muth (1961) ha proposto una teoria in cui gli individui sono considerati capaci di utilizzare tutte le informazioni disponibili in un dato sistema economico: la Teoria delle Aspettative Razionali. Sic-

come le informazioni sono in economia beni rari e quindi pregiati (e costosi), gli operatori economici ne ottimizzano l'uso attraverso aspettative proporzionate.

In altre parole, in economia tutti gli attori si pongono in una prospettiva perfettamente razionale e, in media, fanno sempre la scelta basata sulle aspettative più ragionevoli. Una posizione simile in terapia è quella proposta da Jay Haley (1963), in cui ciascun appartenente a un sistema umano persegue il proprio utile (per Haley il potere, cioè la possibilità di definire le relazioni) in modo sempre razionale.

Lasciando da parte gli economisti (e i terapeuti strategici), le aspettative che più ci interessano per la terapia sono quelle che abbiamo definito desideranti. Anche queste ultime possono essere distinte in aspettative generiche, che cioè riguardano il lavoro, la società, le tante situazioni possibili nella vita, e aspettative relazionali. La forma generale di queste ultime è: "Io mi aspetto (desidero) qualcosa da qualcun altro".

Sarebbe faticoso e destabilizzante vedere il comportamento altrui come soggetto a variazioni casuali. Per questo cerchiamo di anticiparne i possibili pattern: «È sostanzialmente impossibile concepire un partecipante che si accosti all'interazione sociale senza una qualche serie di aspettative, ipotesi o previsioni su come l'altro partecipante probabilmente si comporterà in diverse circostanze» (Jones, 1986, p. 43). Da questo punto di vista, un'aspettativa è un «pattern stabile di comportamento previsto» (Burgoon, 1993, p. 31).

Ci calibriamo rispetto agli altri secondo le aspettative che ci siamo fatti su di loro. Le aspettative sono cornici (Goffman, 1974) che danno forma e significato alle nostre interazioni. L'antropologo George Herbert Mead (1932) riteneva che il Sé si formasse (anche) attraverso un potente influsso degli altri significativi, che spesso prendeva la forma di aspettative reciproche. Da una parte, quindi, le aspettative che abbiamo verso gli altri influenzano noi stessi e gli altri, dall'altra le aspettative degli altri nei nostri confronti influenzano noi, la nostra percezione di noi stessi e le nostre scelte.

Aspettative verso gli altri

I genitori di Chiara devono decidere se far sopprimere il loro cane malato. Chiara, amante degli animali, pensa di conoscere bene le questioni veterinarie, ma i genitori non l'hanno considerata nella decisione, facendo – dice lei – soffrire il cane inutilmente. Ne segue una discussione violenta. Chiara va a letto angosciata per la questione, ma non prova a richiamare i genitori, cui parlerà solo il giorno dopo.

Il suo stato d'animo è legato al fatto che si aspettava che i genitori di una figlia adulta (ha 35 anni) l'avrebbero considerata un'interlocutrice attendibile. La delusione, qui, è dovuta a un'aspettativa (adulta) violata. Ma c'è dell'altro, qualcosa di più antico: Chiara si è sentita spesso trascurata nell'infanzia, costruendoci sopra una narrazione di abbandono. Nel momento in cui l'aspettativa adulta non è stata confermata, è entrata in gioco l'aspettativa infantile, di essere lasciata da sola, che la porta a non verificare nemmeno più quello che effettivamente sta succedendo. Alla fine scopre che i genitori non avevano fatto sopprimere il cane, e attendevano una sua telefonata una volta sbollita l'ira.

Le aspettative che ci creiamo verso gli altri hanno a che fare con quella che Möllering (2005) definisce “la dualità fiducia/controllo”: la possibilità di fidarsi di un altro, accompagnata da un qualche grado di controllo sul suo operato, ci permette di avere aspettative positive verso di lui – tenendo presente che la stessa fiducia è di per sé una forma di aspettativa (Möllering, 2001). La dualità significa che la fiducia dev'essere garantita (verificata?) da un livello di costrizione dell'altro dato dal controllo. Meno abbiamo fiducia, più le nostre aspettative dipenderanno dal controllo. Locke (2005) ha osservato che ciascuno di noi si aspetta dagli altri reazioni simili a quelle che noi stessi avremmo, che a loro volta ci suggeriscono piani di azione. Per esempio, le persone attive e assertive tendono ad aspettarsi dagli altri critica e disprezzo, e si preparano quindi a reagire con rabbia verso le presunte aggressioni.

Judee Burgoon (2015) ha creato una teoria della violazione delle aspettative (*Expectancy Violation Theory*). Quando ciò che effettivamente accade risulta molto diverso da ciò che ci attendevamo, si ha una violazione delle aspettative. Secondo Burgoon, una tale viola-

zione può essere vissuta come positiva o negativa: la violazione negativa (i genitori che in modo imprevisto non coinvolgono Chiara) è ovviamente vissuta peggio di una conformità alle aspettative; ma una positiva (che si sarebbe verificata se l'avessero coinvolta più del previsto o le avessero completamente delegato il benessere del cane) porta di solito a risultati migliori della semplice conformità.

Aspettative degli altri

Clio, studentessa universitaria venticinquenne, sostiene di soffrire tantissimo le aspettative enormi che tutti hanno su di lei. Che a sua volta le ingigantisce, le trasforma in pensieri ossessivi che la paralizzano e le impediscono di fare qualunque cosa: avere relazioni soddisfacenti con gli amici e il fidanzato, dare tranquillamente esami, dedicarsi alla preparazione della tesi di laurea.

Il terapeuta osserva che Clio in effetti ha aspettative opposte su sé stessa: si aspetta di non essere in grado di far le cose. È come se in lei si combattessero costantemente queste due aspettative, quelle che sente negli altri, che le creano una grande ansia da prestazione, e le sue, di essere incapace di fare alcunché. Nel dialogo terapeutico si ragiona su come lei abbia passato la vita a portare il peso di queste aspettative colossali, e su come forse non avessero molto a che fare con quelle reali degli altri – subiva i fantasmi delle aspettative altrui.

Riuscire a trasformare le proprie aspettative su di sé in aspettative realistiche, non più influenzate da quei fantasmi, diventa per lei un punto importante di miglioramento.

Kemper (1966) ha osservato, in uno studio sperimentale, che le aspettative delle persone più prossime influenzano il concetto di sé nell'età adulta, ma soprattutto in senso negativo: i suoi soggetti spesso sentivano di non essere all'altezza delle aspettative altrui.

Come Clio bene illustra, anche l'immagine che abbiamo di noi stessi influenza il gioco fra le nostre aspettative verso gli altri e le aspettative degli altri verso di noi. Cerasa (1974) ha intervistato un gruppo di migranti italiani negli Stati Uniti che tornavano in patria, scoprendo che le loro aspettative per la nuova vita nel paese d'origine dipendevano dalla loro e altrui percezione di successo. I migranti che in USA sentivano di aver fallito, si aspettavano e desi-

deravano ritrovare le vecchie conoscenze e abitudini, reintegrandosi così facilmente nella vita di paese; quelli che invece pensavano di aver avuto successo, si aspettavano di cambiare la struttura dei propri paesi portandoci novità, e restavano delusi a trovare fortissime resistenze strutturali al cambiamento: le aspettative di chi era rimasto a casa erano diversissime dalle loro.

Le aspettative nella clinica

Tutto quanto detto sulle aspettative nella vita di ogni giorno si può applicare alla clinica. Come, per Watzlawick, Beavin e Jackson (1967), è impossibile non comunicare, così per noi è impossibile non avere aspettative. Ne hanno i pazienti, tante e diverse, e questo si sa; ne hanno anche i terapeuti, anche se queste ultime sono meno note e considerate.

Aspettative dei pazienti

Le aspettative del paziente influenzano in modo determinante il corso della terapia. È un luogo comune dai tempi di Hans Eysenck (1952) e Jerome Frank (1968): la maggioranza delle persone cerca una terapia perché è demoralizzata, e un'aspettativa positiva, accompagnata da fiducia e speranza, è uno dei primi requisiti per il successo terapeutico. È stato Michael Lambert (1992) il primo a proporre un'ipotetica pesatura percentuale dei fattori di cambiamento in terapia, indipendentemente dal modello. Mettendo da parte il 40% complessivo che imputa a fattori extraterapeutici, quali le caratteristiche personali dei pazienti o gli ambienti da cui provengono, ne ascrive un 30% ai fattori comuni o aspecifici delle terapie (relazione terapeutica, genuinità, empatia, ecc.), e un misero 15% alle tecniche specifiche di ciascun modello. Se tutti questi fattori sono stati ampiamente citati dalla letteratura successiva, molto meno considerato è il restante 15%, attribuito proprio alle aspettative dei pazienti verso la terapia, che quindi sarebbero altrettanto importanti del modello terapeutico utilizzato.

Queste antiche considerazioni hanno ricevuto ripetute, per quanto non esaltanti, conferme anche da studi empirici. Constantino e colla-

boratori (2011) hanno condotto una meta-analisi di 46 studi indipendenti, trovando una correlazione debole, ma comunque significativa, tra aspettative verso la terapia e risultati della medesima, fatto questo confermato anche da una serie di review (Greenberg *et al.*, 2006; Constantino *et al.*, 2012; Duncan *et al.*, 2010). In breve: le aspettative dei pazienti sono parte necessaria della terapia. La relazione fra aspettative, desideri, speranza e fiducia entra in gioco in modo non diverso da quanto abbiamo osservato rispetto a familiari e amici, con lo stesso corredo di problemi nel caso queste aspettative siano deluse: come terapeuti, non saremo mai troppo attenti a comprendere le aspettative dei nostri pazienti, e anche a chiarire quanto e come siamo o non siamo in grado di soddisfarle.

Aspettative del terapeuta

Il gioco delle aspettative è un gioco proibito (e perverso) dello stesso terapeuta. Più il terapeuta è esperto, più si crea ipotesi standard su ciascuna tipologia di pazienti. In questo modo, i pazienti diventano meno imprevedibili: se vediamo un problema, ci aspettiamo un preciso insieme di comportamenti a esso collegati. Si crea così una gamma più o meno ristretta di ipotesi possibili, che diventano una gerarchia di aspettative, ordinate in base alla probabilità, dalla più probabile fino alla più bizzarra. È quasi inevitabile che, in assenza di smentite, il terapeuta tenda a scegliere l'aspettativa per lui più probabile, che in genere sarà anche la più familiare.

Il meccanismo ricorda da vicino quanto accade a chi operi entro un sistema normativo, per esempio quello della diagnostica medica: se un paziente tossisce, il medico valuta se la tosse è secca oppure umida, poi valuta se c'è febbre o meno, poi eventualmente richiede una radiografia del torace in modo da restringere progressivamente il campo delle possibilità. In ogni caso, fin dall'inizio il medico si aspetterà un problema all'apparato respiratorio, poi ai polmoni, e così via. La differenza con la psicoterapia è che la medicina si appoggia a un vasto corpus di nozioni accettate (eziologia, patogenesi, anatomia patologica), mentre in psicoterapia non esiste uno standard unico, per cui ogni terapeuta si fonda in parte sui propri riferimenti teorici favoriti, in parte – molto maggiore – sulla propria esperienza.

Sia come sia, quando le ipotesi terapeutiche diventano ricorrenti, prendono la forma di aspettative. Se applichiamo una cornice psichiatrica o psicoanalitica, ci aspetteremo che un paziente diagnosticato con un disturbo ossessivo-compulsivo mostri non solo i relativi sintomi, ma anche un profilo di personalità simile al “carattere ossessivo” descritto originariamente da Wilhelm Reich (1933). Nella classica terapia familiare, ci si attendeva che alla presenza di un certo sintomo corrispondesse una precisa configurazione relazionale. Per esempio, in caso di anoressia ci si poteva aspettare, a seconda dell’orientamento teorico, una famiglia invischiata in cui le gerarchie familiari si dimostravano inefficaci (Minuchin *et al.*, 1978), oppure una famiglia con alleanze sotterranee e nascoste accompagnate da difficoltà a elaborare le emozioni (Selvini Palazzoli, 1981). Oggi le tipologie familiari si sono fatte più sofisticate e intersezionali, prendendo in considerazione variabili come i pattern di attaccamento e i disturbi di personalità (Selvini Palazzoli *et al.*, 1998). I risultati, in termini di creazione di aspettative, restano assai simili.

Il che non significa che i terapeuti che – come noi – adottano un modello meno normativo siano meno propensi a crearsi aspettative. Tutt’altro: in questo caso le aspettative saranno forgiate soprattutto dall’esperienza, oltre che dalle varie teorie psicopatologiche cui, volenti o nolenti, siamo tutti esposti, con in più il rischio di ritenersi capaci di non avere alcuna aspettativa.

Le aspettative in chiave sistemico-dialogica

Come nascono le aspettative? Da quali bisogni emergono? Le osservazioni e teorie che abbiamo elencato più sopra ci dicono che potremmo anche descrivere l’aspettativa come un modo di gestire l’imprevedibilità, e l’ansia che vi si collega. Ci creiamo, in questo modo, una sorta di euristica dell’imprevedibilità: immaginiamo una gamma di situazioni possibili, poi ne scegliamo una. A quel punto “sappiamo” (crediamo di sapere) che cosa il futuro ci riserva, e questo, almeno apparentemente, ci facilita. Allo stesso tempo, però, un’aspettativa genera anche un senso di necessità: nel momento in cui ci aspettiamo qualcosa, ci disponiamo come se quel qualcosa dovesse accadere. Se non accade, è un problema. Come disse un nostro

paziente riferendosi al suo partner, “le aspettative preparano la delusione”. Il nostro paziente ne concludeva che la condizione ideale – che lui stesso pensava di realizzare – fosse non avere aspettative. Ma è impossibile non avere aspettative. Il meccanismo che le produce è sempre all’opera.

Quanto siamo, però, consapevoli che noi stessi concepiamo le nostre aspettative (quindi siamo responsabili di esse), e quanto pensiamo invece che le nostre aspettative siano “là fuori”, come se fossero parte dell’ambiente (oggettive, quindi indipendenti da noi)?

Quello che abbiamo osservato in tanti nostri pazienti – ma a volte anche in noi stessi come terapeuti – si colloca sul secondo lato di questo dilemma. L’aspettativa diventa la realtà, proprio perché è la possibilità per noi più conveniente. Quando applichiamo simili aspettative alle persone, quando concepiamo aspettative relazionali prescrittive, rischiamo costantemente di cadere in quello che Bateson chiamerebbe un errore epistemologico: confondere le (nostre) aspettative con l’altro. In questo senso, è vero che la delusione è figlia delle aspettative. Siamo disillusi quando l’altro – gli altri, il mondo – ci mette di fronte a una realtà diversa da quella attesa, come nel caso di Chiara.

Allo stesso tempo, noi rischiamo anche di essere la delusione delle aspettative altrui, oppure di piegarci alle aspettative di un altro per non deluderlo, come accadeva a Clio. In tutti i casi di aspettative relazionali, a ben vedere, l’aspettativa non è il desiderio, ma è l’attesa che qualcuno realizzi il mio desiderio. Se non lo fa, restiamo delusi. Ma riflettiamo su quella delusione: se siamo delusi dagli altri, dipende dagli altri che agiscono in modo sbagliato, o non piuttosto dalle aspettative che noi ci siamo fatti su di loro?

Proviamo allora a leggere le aspettative alla luce della teoria del posizionamento (*Positioning Theory*, vedi Harré, Moghaddam, 2003). Un’aspettativa relazionale necessariamente posiziona l’altro come colui che dovrebbe realizzare l’aspettativa, o semplicemente come chi non può che disporsi nel modo previsto dall’aspettativa; lo stesso accade a noi, che siamo posizionati dalle aspettative degli altri, come abbiamo visto nelle citate ricerche di psicologia sociale. Spesso non riusciamo a capire i contesti perché non riusciamo a leggere (situare) le nostre aspettative, che ci hanno portato a preferire una lettura invece che un’altra, e a farcene responsabili. La lettura che prefe-

riamo è quella che ci permette, in forma fantastica, di realizzare un desiderio.

Si tratta allora di situarci rispetto all'aspettativa (Lini, Bertrando, 2018). Situarci significa essere consapevoli delle posizioni che assumiamo e insieme delle emozioni che proviamo in quella posizione. Se ci situiamo, possiamo acquisire una maggiore coscienza delle aspettative che ci siamo costruiti, e paragonarla con visioni alternative di noi e degli altri. Questo processo, in terapia, coinvolge prima di tutto il terapeuta, che deve imparare a distinguere i pazienti dalle aspettative che si è fatto su di loro. A quel punto potrà aiutare i pazienti stessi a riconoscere le loro aspettative come tali, comprendere le emozioni che suscitano, siano esse realizzate o deluse, quindi di assumersene la responsabilità. Proveremo a illustrare meglio il processo per mezzo della microanalisi di una situazione clinica.

Microanalisi delle aspettative: il padre di Delia e il suo manoscritto

Delia è una donna di 35 anni, con un buon lavoro, una relazione stabile e un figlio. Gli altri la vedono come una persona soddisfatta e fiduciosa in sé. Nonostante questo, si rivolge a un terapeuta per affrontare alcune imminenti, impegnative decisioni sul proprio futuro.

Nel corso della terapia, emergono alcune importanti questioni che riguardano la sua famiglia di origine: Delia sente che i suoi genitori – una coppia che descrive fortissima, ma fin troppo centrata sul proprio indissolubile legame – sono sempre stati attenti soprattutto alle necessità del padre, per molti anni afflitto da un'apparente depressione subclinica, che ha sempre attratto tutte le attenzioni materne.

In questo panorama, accade un giorno che il padre di Delia decida di scrivere una sorta di narrazione autobiografica, un libro che mostri la sua vita e racconti la sua storia. Ne manda allora un abbozzo alla figlia. Delia, a leggerlo, resta gravemente delusa: si aspettava che il libro parlasse di lei, forse di esserne uno dei personaggi principali, e invece non è nemmeno citata. Il padre parla dei propri incontri, dei tanti estranei che ha conosciuto, delle sue vicissitudini di lavoro e di viaggio, oltre che, naturalmente, dell'amatissima moglie. Delia è sorpresa: lo sguardo del padre, scopre, proprio non era puntato su di lei.

Emerge in Delia un grande irrisolto intergenerazionale. Quando ne parla in terapia, si rende conto di aver sempre cercato un riconoscimento da parte del padre, che invece si è costantemente posto al centro del proprio mondo, chiedendo a tutti conferma – anche a lei. Anche questa volta, sembra che abbia inviato il suo manoscritto non per offrire qualcosa alla figlia, ma per chiederle un giudizio stilistico sul proprio lavoro. Vuole sapere se è un libro ben scritto, se è proponibile ad altri, eventualmente pubblicabile, e così via.

A questo punto, il terapeuta prova a indagare il gioco delle aspettative. Andiamo anche noi a vedere quali siano state le premesse, i pregiudizi, i desideri e le aspettative che emergono in questo frammento di una seduta.

Innanzitutto, c'è un'importante premessa culturale: per i genitori, soprattutto in Italia, la cosa più importante devono essere i figli. È una premessa che ha il valore di una forte prescrizione di comportamento, che posiziona chiunque all'interno della cultura, a meno di non essere messa apertamente in discussione – come Delia non ha mai fatto.

L'interpretazione di Delia genera in lei un pregiudizio: se un genitore (suo padre) deve parlare della propria vita, si focalizzerà sempre sui figli (su di lei). Da questo emerge, inevitabile, l'aspettativa che Delia si crea nei confronti del padre: "Lui sicuramente parlerà di me, perché deve essere sempre stato interessato soprattutto a me". Dietro a questa aspettativa, naturalmente, c'è un desiderio che Delia vuole sia soddisfatto: "Mostrami che mi vuoi bene!".

Delia è caduta in un tipico errore epistemologico da figlia: dal giorno in cui suo padre è diventato padre, lei si immagina che viva l'intera sua vita prima di tutto ed essenzialmente come padre. Che il padre sia anche un uomo con la propria vita, che non sempre contempla la presenza di Delia, sembra per lei difficile da accettare – anche se, nel momento in cui il terapeuta le propone questa visuale, non può che essere d'accordo. C'è una discrepanza fra i suoi desideri inconfessati e i suoi ragionamenti, e la discrepanza è stata messa in evidenza da un fatto inaspettato: ricevere dal padre un manoscritto. La situazione di sorpresa in cui Delia si è trovata ha messo a nudo un'aspettativa che di solito rimaneva nascosta e sotterranea. Come per Chiara, l'aspettativa delusa porta allo scoperto sentimenti risentiti a un'età e a una configurazione relazionale molto più antichi, che determinano aspettative salde quanto inconfessabili.

Nel dialogo terapeutico, emerge come Delia, rispetto al padre, si situi in modo incongruente alla sua età e al grado di evoluzione delle sue relazioni. Se avesse otto anni, certo si aspetterebbe che il padre la mettesse al centro della propria vita, ma l'aspettativa sarebbe più che giustificata per quel livello di maturazione della relazione. Il problema nasce perché, da figlia adulta, è rimasta emotivamente bloccata a quel livello di relazione, senza riuscire a farla evolvere verso un rapporto fra due adulti.

Nel momento in cui Delia riesce a riflettere sulle proprie aspettative, può realizzare e accettare che il padre voleva essere riconosciuto per i suoi meriti artistici e letterari, e non fare un dono a lei. Non è contenta né soddisfatta, ma riesce, sia pure a fatica, ad accettarlo. Suo padre non sarà mai quello che lei ha sempre desiderato.

Durante il loro dialogo, Delia e il terapeuta fanno anche qualche ipotesi sulle aspettative del padre: quest'ultimo si aspetta che la figlia valuti il suo lavoro in modo spassionato e professionale, mettendola quindi in una posizione "superiore". Se vogliamo descrivere il processo secondo un altro genere di criterio, qui il padre sembra genitorializzare la figlia: si aspetta da lei un tipo di valutazione che, secondo le premesse culturali comunemente accettate, spetterebbe piuttosto a un genitore (Barnett e Parker, 1998). Questo mette Delia in una situazione particolarmente difficile. Terapeuta e paziente si chiedono se un processo del genere sia avvenuto in passato, e abbia qualcosa a che fare con le sue difficoltà. Il piccolo episodio ha messo in moto una nuova fase della terapia.

Quanto al terapeuta, il suo lavoro è stato facilitato dal non attendersi nulla di diverso da Delia: in una terapia individuale è facile aspettarsi che si rivelino vissuti regressivi e i pazienti reagiscano in modo non appropriato alla loro età anagrafica. Il terapeuta si chiede che cosa sarebbe successo se si fosse fatto attrarre troppo da Delia a confermare la sua immagine matura e competente.

Clinica delle aspettative

Nel caso di Delia è stato importante, per il terapeuta, aiutare la sua paziente a porsi una serie di domande. Non sono state necessariamente domande che il terapeuta le ha fatto (anche se qualcuna gliela

ha fatta), ma piuttosto domande che l'ha incoraggiata a fare a sé stessa: "Da dove viene questo desiderio? Posso andare oltre, superarlo, non aspettarmi che sia soddisfatto? Posso cercare qualcos'altro oltre a questo riconoscimento che tanto bramo? Posso fare la pace con quello che non ho avuto e non avrò mai? Posso accettare che in compenso ho avuto tanto altro, incontri, amici, partner, lavori, un figlio...?". Le domande l'hanno condotta poi a darsi anche risposte, sia pure provvisorie: "Se posso accettare tutto questo, posso anche accettare mio padre, e aspettarmi da lui quello che mi può dare. E a questo punto posso anche dirgli 'bravo', che è quello che vuole sentirsi dire, riesco a dargli quell'attenzione che mi richiede. Che non è la mia reazione spontanea, è sicuramente filtrata dalla riflessione, ma allo stesso tempo non è una posizione falsa, e permette alla relazione di diventare più comoda".

In questo processo, è stato importante a sua volta per il terapeuta porre a sé stesso un'altra serie di domande, meno specifiche e più generali, legate alle tante dimensioni delle aspettative. Il terapeuta le usa per creare domande da fare direttamente alla sua paziente, che tengano in conto il caso particolare e le sue caratteristiche: "Qual è l'aspettativa? Qual è la premessa di partenza? Qual è il pregiudizio che la paziente si è creata? Qual è il desiderio sottostante? A chi si chiede di soddisfarlo? Come ci si può, a questo punto, distaccare dall'aspettativa, concettualizzando il fatto che l'aspettativa è un prodotto di chi se la crea e quindi, come un'ipotesi, è solo una delle tante possibili?".

Per orientarsi, il terapeuta può concentrarsi sulla distinzione fra bisogno e desiderio (Lini, 2014). Inizialmente, Delia sente il bisogno di un riconoscimento. Questo significa che l'altro la deve assolutamente soddisfare: un bisogno non può restare senza risposta. Di nuovo, nell'infanzia questo è giustificato, e il bisogno di riconoscimento è davvero un bisogno, com'è probabilmente stato per Delia nel suo passato. Nell'adulto, però, quello di essere riconosciuto non è un bisogno, ma un desiderio. Il desiderio, a differenza del bisogno, può essere decostruito. Per Marx, come per Basaglia, che non a caso era marxista, non è possibile una teoria del desiderio, perché il desiderio è facilmente indotto, quindi falso o appartenente alla falsa coscienza, all'ideologia (Heller, 1974). Dopo tutto, gran parte del lavoro della pubblicità, oggi così pervasiva, consiste dapprima nel creare desideri,

e poi trasformarli in bisogni che dovranno a ogni costo essere soddisfatti.

Leggere l'aspettativa nella cornice del desiderio – quindi come qualcosa di sempre rivedibile e rivalutabile – permette di governare le emozioni che l'accompagnano, invece di subire l'emotività. Nella delusione di Delia erano contenute numerose emozioni: rabbia, solitudine, paura dell'abbandono, tristezza, scoraggiamento. Emozioni simili, e altre altrettanto forti, emergono spesso in caso di aspettative relazionali deluse. La persona che le prova le sente in tutta la loro forza, ma quasi sempre fatica a situarvisi, riferendole alle proprie aspettative.

Si tratta allora, per il terapeuta, di interrogare le emozioni che emergono in seduta e connetterle al posizionamento dei pazienti, in modo da restituire loro un senso e, insieme a esso, la possibilità di governarle (Bertrando, 2014). Nel momento in cui è possibile vedere il groviglio emotivo che accompagna un'aspettativa desiderante delusa, la si può rivalutare da fuori, quindi non se ne è più vittima.

Si passa dall'emotività all'emozione quando si è in grado di assumersi la responsabilità delle proprie aspettative (Lini, Bertrando, in corso di stampa). Si può allora costruire una storia alternativa (White, 1992), in cui la persona è responsabile delle proprie aspettative, ma allo stesso tempo può padroneggiarle: diventa protagonista attivo (eroe) della storia, attraverso l'ermeneutica delle aspettative – e quindi del desiderio.

Bibliografia

- Barnett B., Parker G. (1998), The Parentified Child: Early Competence or Childhood Deprivation?. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 3: 146-155. Doi: 10.1111/1475-3588.00234
- Bateson G. (1936/1958). *Naven*, 2nd ed. Stanford University Press, Stanford (tr. it. *Naven. Un rituale di travestimento in Nuova Guinea*. Torino: Einaudi, 1988).
- Bertrando P. (2014). *Il terapeuta e le emozioni. Un modello sistemico-dialogico*. Milano: Raffaello Cortina.
- Burgoon J.K. (1993). Interpersonal Expectations, Expectancy Violations, and Emotional Communication. *Journal of Language and Social Psychology*, 12: 30-48. Doi: 10.1177/0261927X93121003.
- Burgoon J.K. (2015). Expectancy Violations Theory. In: Berger C.R., Roloff M.E., Wilson S.R., Dillard J.P., Caughlin J., Solomon D. (eds.), *The International*

- Encyclopedia of Interpersonal Communication*. Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons, Inc.
- Cecchin G., Lane G., Ray W.L. (1997). *Verità e pregiudizi*. Milano: Raffaello Cortina.
- Cerase F.P. (1974). Expectations and Reality: A Case Study of Return Migration from the United States to Southern Italy. *The International Migration Review*, 8(2): 245-262.
- Constantino M.J., Arnkoff D.B., Glass C.R., Ametrano R.M., Smith J.Z. (2011). Expectations. *Journal of Clinical Psychology*, 67: 184-192. Doi: 10.1002/jclp.20754.
- Constantino M.J., Ametrano R.M., Greenberg R.P. (2012). Clinician Interventions and Participant Characteristics that Foster Adaptive Patient Expectations for Psychotherapy and Psychotherapeutic Change. *Psychotherapy*, 49(4): 557-569. Doi: 10.1037/a0029440.
- Duncan B.L., Miller S.D., Wampold B.E., Hubble M.A. (a cura di) (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Eysenck H.J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16: 319-327.
- Flaskas C. (2007). Holding hope and hopelessness: therapeutic engagements with the balance of hope. *Journal of Family Therapy*, 29: 186-202. Doi: 10.1111/j.1467-6427.2007.00381.x.
- Frank J.D. (1968). The influence of patients' and therapists' expectations on the outcome of psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology*, 41: 349-356.
- Greenberg R.P., Constantino M.J., Bruce N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review*, 26: 657-678. Doi:10.1016/j.cpr.2005.03.002.
- Haley J. (1963). *Strategies of Psychotherapy*. New York, Grune and Stratton. (tr. it. *Le strategie della psicoterapia*. Sansoni, Firenze, 1974).
- Harré R., Moghaddam F. (2003). Introduction: the self and others in traditional psychology and in positioning theory. In: Harré, R., Moghaddam, F. (Eds.) *The Self and Others. Positioning Individuals and Groups in Personal, Political, and Cultural Contexts*. London: Praeger, pp. 1-11.
- Heller A. (1974). *Bedeutung und Funktion des Begriffs Bedürfnis im Denken von Karl Marx*. (tr. it. *La teoria dei bisogni in Marx*. Milano: Feltrinelli, 1974).
- Houser M.L. (2005). Are We Violating Their Expectations? Instructor Communication Expectations of Traditional and Non Traditional Students. *Communication Quarterly*, 53(2): 213-228. Doi: 10.1080/01463370500090332.
- Jones E.E. (1986). Interpersonal behavior: the effects of expectancies. *Science*, 234: 41-46.
- Kemper T.D. (1966). Self-Conceptions and the Expectations of Significant Others. *The Sociological Quarterly*, 7(3): 323-343.
- Lambert M.J. (1992). Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapists. In: Norcross J.C., Goldfried M.R. (eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (1st ed.). New York: Basic Books. pp. 94-129.

- Lini C. (2014). Bisogno e desiderio nel processo terapeutico. *Terapia Familiare*, 104: 23-45.
- Lini C., Bertrando P. (2018). Situarsi: posizionamento ed emozioni in terapia sistemica. *Terapia Familiare*, 117: 9-28. Doi: 10.3280/TF2018-117002.
- Lini C., Bertrando P. (in corso di stampa). Responsabilità di posizionamento in terapia sistemico-dialogica. Manoscritto sottoposto per la pubblicazione, *Terapia Familiare*.
- Locke K.D. (2005). Interpersonal problems and interpersonal expectations in everyday life. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(7): 915-931. Doi: 10.1521/jscp.2005.24.7.915.
- Mead G.H. (1932). *Mind, Self and Society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Möllering G. (2005). The Trust/Control Duality: An Integrative Perspective on Positive Expectations of Others. *International Sociology*, 20: 283-305. Doi: 10.1177/0268580905055478.
- Möllering G. (2001). The Nature of Trust: From Georg Simmel to a Theory of Expectation, Interpretation and Suspension, *Sociology*, 35(2): 403-20. Doi: 10.1177/S0038038501000190.
- Muth J.F. (1961). Rational Expectations and the Theory of Price Movements. *Econometrica*, 29: 315-335.
- Reich W. (1933). *Charakteranalyse* (tr. it. Belfiore F., Wolf A., *Analisi del carattere*, Milano: SugarCo, 1973).
- Selvini Palazzoli M. (1981). *L'anoressia mentale. Nuova edizione riveduta e ampliata*. Milano: Feltrinelli.
- Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D. (1967). *Pragmatic of Human Communication*. New York: W.W. Norton & Co. (Tr. it. *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio 1971).
- Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Sorrentino A.M., Selvini M. (1998). *Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare*. Milano: Raffaello Cortina.
- White M. (1992). *La terapia come narrazione*. Roma: Astrolabio.