

Terapia e cambiamenti nella rappresentazione di sé: una ricerca

Roberta Milanese¹

RIASSUNTO Scopo di questa ricerca è indagare se e come cambiano le auto rappresentazioni dei soggetti che intraprendono un trattamento psicoterapeutico di tipo strategico. A questo scopo sono stati somministrati due self-report a due gruppi di 10 persone prima dell'inizio della terapia e dopo la quinta (gruppo 2) e la decima seduta di terapia (Gruppo 1). In base ai particolari obiettivi perseguiti i risultati hanno evidenziato l'esistenza di mutamenti nelle rappresentazioni di sé tra il pre-test e il post-test in entrambi i gruppi. Come ipotizzato, però, tali cambiamenti appaiono nettamente maggiori per i soggetti del gruppo 1 (10' seduta) rispetto a quelli del gruppo 2 (5' seduta). Questo in relazione alla diversa fase in cui si trovano i due gruppi all'atto dei post-test. Per quanto concerne invece la qualità del cambiamento, si evidenzia come questo sia avvenuto sempre nella direzione di un "miglioramento" dell'immagine di sé, cioè di una tendenza a fornire una autorappresentazione meno sfavorevole e pessimistica.

I protocolli di terapia strategica sviluppati da Nardone e Watzlawick (1990,1991,2005), da Nardone (1991,1993,1999), da Nardone e Salvini (2004) si configurano come un'innovazione rispetto alla terapia familiare-sistemica e rappresentano un'evoluzione costruttivista in cui è presente il riflesso dell'ipnoterapia ericsoniana.

SUMMARY The aim of this research is to investigate whether and how self-representation of subjects undergoing a strategic type of psychotherapy changes. To this end, two groups of 10 subjects were given two self reports. The first was compiled before therapy was initiated, after the first session, (Group 2) and after the tenth (Group 1). On the basis of the specific objectives pursued by the brief strategic therapy during the various phases, it was hypothesized that the two groups would change in different ways.

The results have shown that in both groups there is a change in self-representation between pre-test and post-test. However, such changes were greater in the subjects belonging to Group 1 (10' session) with respect to those in Group 2 (5' session), thus lending weight to the hypothesis, and in relation to the different therapeutic phases of the two groups at the time of the post-test. With respect to the quality of the change, however, it was seen that there had always been an "improvement" in the subject's self-image, that is, a tendency in the subject to provide a less pessimistic and negative self-representation.

Parole chiave

Interazionismo, Terapia breve strategica, rappresentazione di sé

Key words

Interactionism, Brief Strategic Psychotherapy, self-representation

¹ Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Strategica di Milano.

1. La terapia strategica: alcuni cenni introduttivi

L'approccio strategico alla terapia affonda le sue radici in quella formulazione interazionale-sistemica che, intorno agli anni cinquanta, è scaturita dalla confluenza di scoperte innovative in varie discipline scientifiche: l'antropologia (con gli studi sulla comunicazione di Bateson), la cibernetica e la fisica (con le teorie di Ashby, von Foerster ed altri), lo studio dell'ipnosi clinica di Erickson. Questi approcci hanno introdotto ad una diversa teoria epistemologica sulla persistenza e il cambiamento dei problemi umani rispetto alle classiche concezioni psicologiche e psichiatriche, così come diverse sono la processualità dell'intervento e le procedure utilizzate rispetto alle classiche forme di psicoterapia.

I protocolli di terapia strategica sono stati sviluppati da Nardone e Watzlawick (Nardone e Watzlawick, 1990; Nardone, 1991; 1993, 1995a, 1995b), in particolare, si configurano come il connubio tra la terapia familiare-sistemica, nella sua evoluzione costruttivista, e l'ipnoterapia ericksoniana. Se infatti Gregory Bateson può esserne considerato il padre teorico, per quanto concerne l'epistemologia fondante le metodologie applicative, Milton Erickson rappresenta il maestro a cui rifarsi per le strategie di applicazione. Rispetto alla terapia familiare-sistemica questo modello presenta una maggiore focalizzazione sul problema presentato, su ciò che lo mantiene e su come modificare rapidamente la situazione, piuttosto che sull'interazione familiare e sulla riorganizzazione di tale sistema relazionale. A livello operativo si differenzia invece per il passaggio da una teoria generale sulla formazione dei problemi (Watzlawick, Weakland e Fisch, 1974) a formulazioni specifiche sul funzionamento delle patologie psicologiche e sulla loro soluzione in tempi brevi, vale a dire per la ricerca e messa a punto sistematica di protocolli specifici per specifici problemi. Tali protocolli, costituiti da una sequenza pianificata di procedure tecniche, presentano l'importante proprietà di adattarsi e correggersi sulla base dell'evolversi dell'intervento. In questo modo l'azione terapeutica è in grado di autocorreggersi nella sua interazione con il problema da risolvere. Adottando una prospettiva di "pragmatismo conoscitivo" (Salvini, 1988), perciò, l'approccio strategico non conferisce alcuno statuto ontologico al proprio modello teorico, occupandosi piuttosto dei modi più "funzionali" di conoscere ed agire, con lo scopo di aumentare ciò che von Glasersfeld (1981, p.18, tr.it.) ha definito "consapevolezza operativa". Questo modello si configura quindi come "strategico" proprio perché basa la logica della sua costruzione operativa sugli obiettivi da raggiungere, tramite la messa a punto di tattiche, tecniche e manovre ad hoc per la soluzione dei problemi che deve affrontare.

1.1. I presupposti epistemologici

La terapia strategica si richiama alla moderna epistemologia costruttivista e interazionista (Von Glasersfeld, 1981, 1994, Varela, 1980; Salvini, 1988, 2011; Varela, 1981; Watzlawick, 1976, 1981) in base a cui non esiste

un'unica "realtà" assoluta, ma tante realtà diverse a seconda del punto di osservazione che si assume e degli strumenti utilizzati per osservare. La "realtà", quindi, viene considerata il prodotto della prospettiva, degli strumenti conoscitivi e del linguaggio mediante i quali la percepiamo e la comunichiamo. Il soggetto diviene così un costruttore attivo e responsabile della propria realtà e del proprio mondo.

In quest'ottica anche i disturbi mentali diventano il prodotto delle particolari modalità tramite cui il soggetto percepisce la realtà e delle conseguenti modalità reattive e comportamentali che mette in atto. Dal momento che "ognuno costruisce la realtà che poi subisce" (Salvini, 1991, p.12), l'individuo può costruire una realtà alla quale poi reagisce in modo disfunzionale o "psicopatologico". Ai fini pragmatici della soluzione dei problemi, l'unica conoscenza realmente utile è dunque quella relativa a "come" essi persistono grazie a quella complessa rete di retroazioni percettive e reattive tra soggetto e la sua realtà personale e interpersonale (Nardone e Watzlawick, 1990). In un'ottica strategica quindi, ci si interessa a "come funziona" un dato problema e non a "perché esiste", passando così dall'analisi dei contenuti all'analisi dei processi, da una ricerca della "causa" ad una ricerca delle "soluzioni". Caratteristico di questo approccio è dunque il superamento delle classiche nosografie psichiatriche in favore di una visione costruttivista dei "disturbi mentali", in cui il costruito di "sistema percettivo-reattivo", definito come l'insieme delle tre relazioni interdipendenti fondamentali (la relazione tra il Sé ed il Sé, tra il Sé e gli altri, tra il Sé e il mondo) viene a sostituirsi alle tradizionali categorie psicopatologiche.

Alla luce di queste considerazioni, l'intervento strategico si propone di indurre dei cambiamenti nelle modalità con le quali le persone hanno costruito realtà private disfunzionali, cioè cambiamenti nell'organizzazione relazionale, cognitiva ed emotiva retrostante al loro disturbo. Questo modello di terapia, quindi, si configura come una forma di intervento breve² e focale, orientato da un lato verso l'estinzione del sintomo e la risoluzione del problema/i presentato dal paziente, dall'altro verso una ristrutturazione della percezione che questi ha di sé, degli altri e del mondo.

1.2 La processualità dell'intervento

La processualità della terapia breve strategica si basa sull'assunto che il cambiamento debba passare innanzitutto dalla fase dell'esperienza concreta e solo successivamente divenire bagaglio cognitivo, poiché è solo grazie ad esperienze realmente vissute che si strutturano nuovi apprendimenti. Per cambiare una situazione problematica, perciò, si deve prima di tutto cambiare "l'agire"³ del paziente e solo in un secondo momento il suo "pensare", vale a dire il suo punto di osservazione della

² Intendendo con "breve" un intervento con durata inferiore alle venti sedute.

³ Per "agire" si intende l'esperienza diretta di una situazione percettivo-reattiva alternativa da quella esperita sino ad ora dal soggetto (Nardone, 1991, p.71).

realtà. In primo luogo, quindi, il terapeuta cerca di produrre delle modifiche effettive nel comportamento sintomatico del paziente, delle vere e proprie "esperienze emozionali correttive", e solo in un secondo stadio passa alla ridefinizione a livello cognitivo di ciò che è avvenuto.

Schematicamente, possiamo affermare che tra la 1° e la 5° seduta il terapeuta si focalizza sulla rottura del sistema percettivo-reattivo rigido e disfunzionale del soggetto, tramite manovre in grado di produrre esperienze concrete di cambiamento. Nel perseguire questo obiettivo egli utilizza varie strategie finalizzate all'aggiramento della resistenza al cambiamento, utilizzando un linguaggio suggestivo e ingiuntivo, e non procede quindi ancora a significative ristrutturazioni cognitive⁴. È generalmente a partire dalla 5° seduta in poi che il terapeuta si propone come specifico obiettivo la "ridefinizione della percezione di sé, degli altri e del mondo" da parte del paziente, cioè la modificazione del suo sistema percettivo-reattivo (Nardone, 1991). Nonostante l'esperienza diretta rimanga il fondamentale veicolo di cambiamento, prendono più spazio, rispetto alla fase precedente, le ridefinizioni cognitive. In questo stadio del trattamento il linguaggio diviene sempre meno ingiuntivo e suggestivo, lasciando il posto a comunicazioni tese a fare acquisire al soggetto consapevolezza delle proprie capacità e della propria autonomia personale.

2. Obiettivi e ipotesi della ricerca

Dal momento che l'intervento strategico agisce in modo da modificare il sistema percettivo-reattivo del soggetto, ci si aspetta che sia in grado di produrre dei cambiamenti anche e soprattutto nella sua rappresentazione di sé⁵. Come afferma Salvini (1993) infatti, l'organizzazione percettivo-reattiva rigida e disfunzionale tipica del soggetto che richiede un aiuto psicologico è qualcosa che attiene a come questi agisce, pensa, immagina

⁴ Caratteristico di questo modello terapeutico è infatti il passaggio da un linguaggio "descrittivo-indicativo", tipico della spiegazione e della descrizione, ad un linguaggio "ingiuntivo-performativo" (Austin, 1962), tipico dell'influenzamento, che non descrive ma prescrive, nel senso che induce ad eseguire azioni ed esperire emozioni. Questa particolare forma suggestiva di comunicazione, definita "ipnoterapia senza trance" (Nardone e Watzlawick, 1990; Nardone, 1991; Nardone e Dorenella, 1995), unitamente all'uso di paradossi, di trappole comunicative e di prescrizioni comportamentali, produce processi persuasivi strategici in grado di indurre i pazienti a ristrutturare i propri schemi emotivi e comportamentali senza che essi si rendano conto di stare cambiando.

⁵ Il concetto di sé è stato definito anche a fini terapeutici come un insieme di categorie semantiche, autoperceptive e delle azioni che concorrono a formare l'idea situazionale che una persona ha di sé. Il concetto di sé non è indagabile nella sua globalità, ma emerge nelle "rappresentazioni di sé", cioè in elaborazioni cognitive relazionali che ne costituiscono la parte operativa, empiricamente prodotta, proiettata nell'assunzione di ruoli e di volti dell'identità (Salvini *et al.*, 1990, 2011).

la realtà a partire dal proprio punto di vista in cui è implicata la concezione di sé ed il sistema di relazioni di cui tale concezione è parte attiva. Questo appare in linea anche con i più recenti contributi nell'area degli studi sull'identità e la coscienza di sé, che configurano il concetto di sé come una componente fondamentale del processo conoscitivo individuale, in grado di influenzare pesantemente il che cosa e il come si percepisce, svolgendo così un importante ruolo di mediazione e regolazione delle principali funzioni intra ed interpersonali.

Alla luce di queste considerazioni, la ricerca si propone di esplorare se e come le autorappresentazioni di soggetti che intraprendono una terapia breve strategica si modificano nel corso della terapia stessa⁶.

A questo fine è stato utilizzato un disegno di ricerca di tipo test / retest.

I soggetti, divisi in due gruppi, sono stati sottoposti a pre-test prima dell'inizio della terapia e a post-test, rispettivamente, dopo la 10° (Gruppo 1) e dopo la 5° seduta di terapia (Gruppo 2). Facendo riferimento allo schema che regola la processualità della terapia breve strategica (cfr. 1.2.) sono state previste differenti modalità di cambiamento nelle rappresentazioni di sé dei soggetti dei due gruppi. Questo, in relazione alla diversa fase terapeutica entro cui essi vengono a trovarsi all'atto del post-test. Si ritiene infatti che a livello della 5° seduta di terapia (Gruppo 2) non siano ancora intervenute ristrutturazioni cognitive tali da permettere al soggetto di modificare consapevolmente il proprio concetto di sé; al contrario si ritiene che a livello della 10° seduta (Gruppo 1) tali cambiamenti siano avvenuti, consapevolmente interiorizzati e quindi rilevabili dal post-test. Si ipotizza quindi:

- che i soggetti del gruppo 1 (retest alla 10° seduta) mostrino cambiamenti significativi nelle rappresentazioni di sé tra il pre-test e il post-test maggiori rispetto a quelli del gruppo 2 (retest alla 5° seduta).
- che i cambiamenti riscontrati nel post-test mostrino la tendenza da parte dei soggetti ad autorappresentarsi in maniera meno negativa e pessimistica rispetto a quanto emerso nel pre-test.

3. Metodo

- I soggetti. La ricerca è stata condotta su 20 soggetti che si sono rivolti al Centro di Terapia Strategica di Arezzo, nel periodo compreso tra l'aprile e il settembre 1995, per sottoporsi ad un trattamento psicoterapico. I soggetti, 10 maschi e 10 femmine, hanno un'età media di 34 anni (età minima:24, età massima:50) e presentano tutti una tipologia di disturbo di tipo nevrotico.
- Gli strumenti. La rappresentazione di sé, in quanto costruito mentale attraverso cui l'individuo si autodefinisce, è accessibile tramite le

⁶ La ricerca si focalizza sul cambiamento della rappresentazione di sé quale indicatore "oggettivo" degli effetti del trattamento piuttosto che sulla "efficacia" della terapia. Parlare di efficacia, infatti, richiederebbe di tener conto di una complessa molteplicità di variabili.

espressioni e le categorie linguistiche del soggetto relativamente a ciò che ritiene di essere (Salvini et al., 1986). Sono state perciò utilizzate due tecniche di Self-report⁷: l'Adjective Check List (ACL)⁸ di Gough (Gough, Heilbrun e Fioravanti, 1965) e il "Chi sono io?", nella versione proposta da Rodriguez Tomé e Bariaud (1979).⁹ La scelta degli strumenti è stata dettata dalla volontà di affiancare ad una tecnica autodescrittiva più formalizzata (l'ACL), che costringe il soggetto a descriversi attraverso una lista preordinata di aggettivi, una tecnica non strutturata (il "Chi sono io?") che, pur presentando maggiori difficoltà sul piano dell'elaborazione dei dati, ha il vantaggio di lasciare l'individuo completamente libero di dare di sé qualsiasi definizione, traendola da quel campo cognitivo-relazionale che sente con maggiore intensità. Si desidera inoltre sottolineare come la lettura dei risultati sia stata fatta sempre ponendo l'accento sulle modalità tramite cui la persona si autodefinisce, essendo interessati non all'individuazione di presunti cambiamenti nelle "caratteristiche di personalità" dell'individuo, quanto piuttosto a modificazioni nel suo modo di rappresentare e descrivere se stesso.

4. Elaborazione dei dati e risultati

4.1. L'Adjective Check List

In base alla loro rilevanza psicologica per la tipologia di soggetti su cui è condotta la ricerca sono state scelte 25 delle 37 scale che compongono

⁷ Il problema della validità delle *tecniche* autodescrittive è stato esaminato da diversi autori, tra cui Rodriguez Tomé e Bariaud (1979), Palmonari *tu al.* (1979), Wicklund e Gollwitzer (1983). Mischel (1981), dopo una rassegna su questo tema, conclude che i dati ottenuti tramite l'utilizzo di *Self-report* risultano essere non solo altrettanto validi ma anche migliori di quelli ottenuti con altri metodi più sofisticati di misurazione indiretta. Bergin e Lambert (1978), inoltre, sottolineano come l'ACL, in particolare, sembri possedere una buona capacità di accertare il cambiamento, risultando a questo fine più sensibile di altri strumenti.

⁸ L'ACL è un elenco di 300 aggettivi che possono essere utilizzati per descrivere se stessi, gli altri, oggetti inanimati, località, concetti astratti e varie proiezioni del sé. Sebbene l'ACL sia stato originariamente sviluppato per essere utilizzato nelle descrizioni di altri, la principale modalità di applicazione che si è venuta a configurare nel corso degli anni è quella dell'autodescrizione. I risultati vengono espressi con riferimento a 37 scale (nelle versione iniziale erano 24), alcune sviluppate empiricamente, altre derivate in modo razionale.

⁹ Questi autori propongono un adattamento appena modificato della tecnica di Kuhn e McPartland (1954), derivata a sua volta dal test "Who are you ?" di Bugental e Zelen (1950) (cit. da Rodriguez Tomé e Bariaud, 1979, p.61). La consegna data ai soggetti è la seguente: "In questa pagina trovi 20 linee numerate. Scrivi, per favore, 20 risposte diverse alla domanda "Chi sono io'?" ; metti una risposta per riga e rispondi come se stessi le risposte a te stesso, non a qualcun altro. Scrivi le risposte nell'ordine in cui ti si presentano; non preoccuparti di seguire un filo logico o di stabilire un ordine di importanza. Rispondi il più velocemente possibile".

l'ACL. Per verificare l'esistenza di differenze significative tra il pre-test e il post-test nelle singole scale dell'ACL si è utilizzato il t di Student per campioni dipendenti. Per quanto concerne il gruppo 1 questa analisi ha permesso di rilevare differenze significative in 13 scale; relativamente al gruppo 2 al contrario, si assiste ad un cambiamento significativo in solo 2 scale (vedi Tab.1).

Particolarmente significativa in entrambi i gruppi è la netta diminuzione del numero di aggettivi sfavorevoli contrassegnati nel post-test rispetto al pre-test. Se si analizzano i singoli protocolli infatti, si nota come nella prima somministrazione i soggetti abbiano fornito un numero di aggettivi sfavorevoli tale da determinare, in alcuni casi, un abbassamento dell'indice di validità del test¹⁰.

La diminuzione di tali aggettivi all'atto della seconda somministrazione è così notevole che tutti i protocolli compilati nel post-test presentano invece una buona validità. Nel post-test quindi, i soggetti tendono in linea generale a descrivere se stessi utilizzando un numero notevolmente inferiore di aggettivi connotati negativamente, e questo è particolarmente significativo per il gruppo 1 ($p < .001$). Altro tratto comune ai due gruppi è la diminuzione nel numero totale di aggettivi contrassegnati¹¹. Questo cambiamento potrebbe essere imputato alla volontà dei soggetti al momento del pre-test di fornire un'immagine di sé il più possibile completa ed esaustiva, aspetto non più presente all'atto del post-test.

Ad esclusione di queste due scale è comunque il solo gruppo 1, come ipotizzato, a mostrare significativi cambiamenti nelle autorappresentazioni relativamente ad altre 11 scale.

In generale le modificazioni vanno tutte nella direzione di una minore connotazione negativa delle rappresentazioni di sé, sia per quanto concerne il proprio senso di valore personale che per quanto riguarda i rapporti interpersonali. Si veda ad esempio il cambiamento nella scala "Bisogno di umiliarsi" ($p < .05$), caratterizzato dalla diminuzione delle autodescrizioni che esprimono un senso di sottomissione ed inferiorità nei confronti degli altri e da un aumento di quelle che indicano una certa sicurezza di sé. Un cambiamento in questa direzione è attestato anche dal significativo innalzarsi dei punteggi delle scale "Adattamento personale" ($p < .0-1$) e "Alta stima di sé" ($p < .05$). Ciò indica come i soggetti abbiano modificato la propria rappresentazione di sé nella direzione di autodescrizioni che esprimono un atteggiamento più positivo verso la vita, una maggior efficacia nei rapporti interpersonali e la percezione di una

¹⁰ L'indice di validità dell'ACL si ricava in base alla formula: $2 \text{ Com} + \text{MIs}$ (Potenziale per il conio) - Unfav, I punteggi ai di sopra di 50 sono indici di buona validità del protocollo, tra 30 e 50 indicano la possibile presenza di errori, tra 10 e 30 un protocollo dubbio, al di sotto di 10 la non validità del protocollo.

¹¹ Una tendenza analoga si riscontra anche nella diminuzione delle autodescrizioni fornite al "Chi sono io?" da entrambi i gruppi. Gli enunciati infatti passano da 445 nel pre-test (con una media di 22,25 per soggetto) a 413 nel post-test (con una media di 20,65 per soggetto).

maggiore costanza nel portare a termine le attività intraprese. Quest'ultimo aspetto si rileva anche dall'innalzarsi dei punteggi della scala "Bisogno di perseverare nello sforzo" ($p < .05$). Un significativo aumento presentano anche le "Risposte comuni" ($p < .05$), evidenziando come nel post-test i soggetti del gruppo 1 tendano a descriversi in maniera meno originale e bizzarra rispetto a quanto fatto nel pre-test. Ciò può essere interpretato come indicativo di una sorta di "reintegrazione" di questi individui nell'ambito della "normalità" per quanto attiene le loro autorappresentazioni. Da questo punto di vista tale cambiamento potrebbe indicare un loro miglior adattamento soprattutto per quanto concerne le relazioni interpersonali. Questa tendenza non si risolverebbe però in uno stereotipato conformismo, poiché i soggetti tendono a descriversi anche tramite un maggiore numero di aggettivi indicanti ampiezza di interessi, ideazione fluida e creatività in generale, come si può rilevare dall'aumento significativo dei punteggi della scala "Personalità creativa" ($p < .05$). Particolarmente significativo è il netto cambiamento nella scala "Bisogno di ricevere soccorso o aiuto" ($p < .01$) nella direzione di una diminuzione delle autorappresentazioni legate a forti vissuti di incapacità nell'affrontare le situazioni di crisi e alla tendenza ad appoggiarsi agli altri richiedendone l'aiuto. I soggetti del gruppo 1 tendono quindi a rappresentarsi come più indipendenti e più sicuri delle proprie capacità nell'affrontare e risolvere i problemi rispetto a quanto espresso nel pre-test.

Si evidenziano infine dei cambiamenti in 4 delle 5 scale dell'Analisi Transazionale. Per quanto concerne la scala "Genitore Critico", che comprende aggettivi relativi alla tendenza ad assumere un atteggiamento di critica e contrapposizione nei riguardi degli altri e a perseguire esclusivamente i propri interessi, i soggetti tendono a descriversi come meno egoisti, più tolleranti, attenti e sensibili alle esigenze altrui. Significato analogo assume l'innalzarsi dei punteggi della scala "Genitore protettivo", composto da aggettivi che indicano lealtà, disponibilità ad aiutare e capire gli altri. Nella direzione di un aumento delle autorappresentazioni che attestano autonomia, efficienza, indipendenza e capacità di far fronte ai problemi, vanno infine letti i cambiamenti nelle scale "Adulto" e "Fanciullo sottomesso".

4.2. Il "Chi sono io ?"

Le definizioni di sé sono state sottoposte alle seguenti operazioni:

- Analisi del contenuto tematico. Seguendo il modello di analisi di Rodriguez Tomé e Bariaud (1979) ogni autodescrizione è stata suddivisa in enunciati elementari in base ai nuclei di significato in essa contenuti. Sono stati così isolati 858 enunciati elementari, con una media di 21,45 affermazioni per soggetto. Basandosi sulle regole di esaustività, omogeneità, esclusività (Giovannini et al., 1979) tali enunciati sono stati quindi raggruppati in 27 categorie (23 dimensioni autodescrittive comuni, 2 solo per il pre-test e 2 solo per il post-test) (Tab. 2). Nel decidere in quale categoria inserire ogni enunciato si è tenuto conto sia dell'uso

predominante nel linguaggio corrente dei termini che lo compongono, sia del contesto fornito dal protocollo del soggetto. Di seguito è riportato un elenco delle categorie con alcuni esempi chiarificatori.

Dimensioni autodescrittive

L'affermazione della propria identità e originalità:

1. Valorizzazione di sé

una donna, una madre, una figlia, una maestra, sono unico, sono io, un artista, una lavoratrice, un amante...

2. Interessi vari

amante della musica, amante della natura, adoro leggere, amo cantare...

3. Riferimenti fisico-estetici

attraente, carina, grassoccia, una persona fisicamente nella media...

4. Immagini metaforiche / Essere (categoria esistenziale)

sono un gabbiano, sono il vento, sono una colonna, sono un essere che esiste...

5. Autosvalutazione, Insicurezza / Insoddisfazione di sé e della propria situazione
mi sento inutile, sono insicuro, perennemente deluso, ho un divario tra ciò che sono e ciò che vorrei essere, sono insoddisfatta della vita che conduco, sono una persona che sta bruciando l'esistenza...

6. Bisogno di aiuto (solo pre-test)

uno che ha bisogno di aiuto, credo di essere una persona che necessita di un aiuto...

7. Percezione di cambiamento negativo (solo pre-test)

ero una persona allegra, adesso mi sento sempre tesa, sono diventata un'insicura, ero una persona vitale, non riesco più a studiare...

8. Percezione di cambiamento positivo (solo post-test)

ho cominciato a temere molto meno la paura, sono più in pace con me, ho ripreso a programmare ed attuare, sono una persona più equilibrata di prima, ho ripreso a godere di situazioni familiari, ho smesso di preoccuparmi di tutto ciò che accade, ora sono una persona contenta, sto recuperando vivibilità...

9. Disponibilità al cambiamento / Atteggiamento positivo verso il futuro

ho un desiderio sincero di superare le mie difficoltà e disturbi, sono una persona che vuole migliorarsi, sono una persona che vuole affrontare la vita con forza e coraggio, uno con una gran voglia di vivere, una persona che si proietta costruttivamente verso il futuro, ho intenzione di effettuare scelte importanti...

10. Desiderio di cambiamento nei rapporti interpersonali (solo post-test) sono uno che vorrebbe mettere su famiglia, sono desideroso di recuperare il rapporto con mia figlia, ho voglia di riprendere i contatti con le persone...

11. Sofferenza / Disagio psicologico

sono in crisi, una persona piena di frustrazioni, una persona con moltissime ferite, sono una persona con sensi di colpa, somatizzo tantissimo, sono uno che vorrebbe suicidarsi ma non ci riesce...

12. Uso di categorie nosografiche

sono un fobico-ossessivo, sono ipocondriaca, sono un depresso, sono bloccato da fobie, sono ansioso, rasento il delirio di onnipotenza, sono un matto...

13. Dipendenza dagli altri

dipendente affettivamente, sono sempre alla ricerca della conferma altrui, non riesco a staccarmi dalla mia famiglia, ho bisogno di supporto affettivo...

14. Socievolezza

sono molto amichevole, sono socievole, simpatico, amo stare con gli altri...

15. Disponibilità verso gli altri

mi sento un'amica, altruista, una persona che ascolta gli altri, generosa...

16. Timidezza / Tendenza al ripiegamento su di sé

un timido. non troppo disponibile ad aprirmi con gli altri, diffidente, sono ripiegata su me stessa, sono sempre sulla difensiva...

17. Paura / Nervosismo / Irrequietezza

timoroso, pauroso, inquieto, nervoso, teso, sono spesso angosciata, qualsiasi cambiamento mi pone in agitazione, sono notevolmente soggetto ad innervosirmi...

18. Indecisione / Volubilità

volubile, indeciso, di umore variabile, incerto, incostante, altalenante...

19. Inconcludenza / Apatia / Inattività

una persona che non finisce nulla, non mi lascio trascinare da niente, apatica, demotivata, è impossibile coinvolgermi, inconcludente...

20. Testardaggine / Tenacia / Meticolosità

cocciuta, meticolosa, perfezionista, ordinata, testarda, costante...

21. Pretenziosità

una persona esigente con se stessa, pretenzioso verso il prossimo, esigente...

22. Suscettibilità / Impulsività / Aggressività

aggressivo, litigioso, impulsivo, facilmente irritabile, molto suscettibile...

23. Qualità intellettuali

intelligente, ingegnoso, riflessiva, coerente, ragionevole, di talento...

24. Qualità personali positive

dolce, leale, fedele, onesto, sincero, spontanea, buono, amabile, ottimista, sono una persona sensibile...

25. Difetti intellettuali

di scarsa memoria, deconcentrato, sono irrazionale, distratto, sono rigida...

26. Qualità personali negative

bugiarda, immaturo, infantile, egoista, pessimista, un po' avido, intollerante...

27. Sentimentalismo / Idealismo / Fantasticherie

sognatore, sogno troppo, fantastico moltissimo su tutto, sono un sentimentale...

Procedimenti statistici

• Il t-test. Per verificare l'esistenza di differenze quantitative significative tra il pre- e il post-test nelle autodescrizioni dei soggetti è stato calcolato il t-test per campioni dipendenti relativamente a tutte le categorie individuate. Si evidenziano così cambiamenti significativi in dieci categorie per il gruppo 1 (retest alla 10° seduta) e in una sola categoria per il gruppo 2 (retest alla 5° seduta) (vedi Tab-3). Questi cambiamenti appaiono perfettamente in linea con quanto emerso dall'analisi dell'ACL.

Dall'analisi dei risultati del gruppo 1 emerge in primo luogo una netta diminuzione delle autodescrizioni con forte connotazione denigratoria e pessimistica, come attestato dai cambiamenti nelle categorie Autosvalutazione / Insicurezza / Insoddisfazione di sé e/o della propria situazione (Cat. 5), Percezione di cambiamento negativo (Cat. 7), Uso di categorie nosografiche (Cat. 12), Inconcludenza / Apatia / Inattività (Cat. 19), Suscettibilità / Impulsività / Aggressività (Cat. 22) e Qualità personali negative (Cat. 26). Di particolare interesse appare il cambiamento nella Cat. 12 (Uso di categorie nosografiche). Il non rappresentare più se stessi mediante stereotipate etichette nosografiche risulta infatti fondamentale nel permettere alla persona di superare una visione di sé irrigidita e immutabile ed aprirsi così alla possibilità di cambiamento. Significativi cambiamenti risultano anche in riferimento alla qualità dei rapporti interpersonali, così come attestato dalla diminuzione delle autorappresentazioni relative alla Dipendenza

dagli altri (Cat. 13) e alla Timidezza / Tendenza al ripiegamento su di sé (Cat. 16). Nel post-test, i soggetti del gruppo 1 tendono quindi a descrivere se stessi come più autonomi, meno dipendenti dagli altri, meno riservati e con minori difficoltà nei rapporti sociali.

Il cambiamento nelle rappresentazioni di sé dei soggetti del gruppo 1, d'altra parte, non consiste semplicemente in una diminuzione delle affermazioni con connotazione negativa, presentando anche un significativo aumento il numero degli enunciati positivi. Ci si riferisce in particolare alle categorie Disponibilità al cambiamento / Atteggiamento positivo verso il futuro (Cat. 9), Percezione di cambiamento positivo (Cat. 8) e Desiderio di cambiamento nei rapporti interpersonali (Cat. 10) in cui la persona esprime la capacità di rappresentare se stessa e la propria situazione in maniera positiva e ottimistica, progettando attivamente il proprio futuro, esprimendo la soddisfazione per un avvenuta trasformazione o la consapevolezza di essere in grado di cambiare per stare meglio. Alla luce di questi avvenuti o potenziali mutamenti, la persona può di nuovo interessarsi ai rapporti interpersonali, molte volte passati in secondo piano o compromessi a causa dei propri disturbi. Particolarmente significativa risulta la Cat. 8 (Percezione di cambiamento positivo) in cui i soggetti stessi dichiarano la consapevolezza di un avvenuto cambiamento positivo nel proprio modo di essere e di vedere le cose. Questo in riferimento soprattutto all'abbandono di sintomi psicologici o comportamenti indesiderabili e ad una ritrovata autonomia e capacità di gestire la propria vita e le proprie relazioni affettive. Il cambiamento nella Cat. 9 (Disponibilità al cambiamento / Atteggiamento positivo verso futuro), inoltre, evidenzia un progetto del Sé, inteso come proiezione futura della propria identità, che ricalca un'immagine di speranza e ottimismo. Questa ritrovata capacità di immaginare e progettare se stessi nel futuro appare fondamentale: i Sé possibili, infatti, non rappresentano solo potenziale per il cambiamento, ma ne influenzano pesantemente la natura e la direzione (Markus e Nurius, 1986). Questo appare valido anche per il gruppo 2, il cui unico cambiamento significativo è rappresentato proprio dall'aumento delle affermazioni della Cat. 9. Si può quindi ipotizzare che anche i soggetti di questo gruppo siano indirizzati verso ulteriori cambiamenti nelle autorappresentazioni, come è peraltro suggerito dalla presenza di cambiamenti tendenzialmente significativi nella Cat. 22 (Suscettibilità/ Impulsività / Aggressività) e nella Cat. 27 (Sentimentalismo / Idealismo / Fantasticherie).

- *Cluster Analysis.* Per analizzare ulteriormente la direzione del cambiamento è stata condotta una cluster analysis che ha permesso di evidenziare i diversi raggruppamenti di correlazioni tra le autodescrizioni dei soggetti all'atto delle due somministrazioni. In questa analisi i soggetti sono stati considerati nel loro insieme.
 - Nel pre-test si evidenziano due grossi raggruppamenti principali. Il primo raggruppamento include 15 categorie che tendono ad organizzarsi in 3 cluster distinti, ognuno con peculiarità proprie: il primo raggruppa definizioni con valenza negativa (Cat. 27, 22, 18, 26), il secondo positiva (Cat. 2, 3, 1, 15, 9), il terzo appare invece meno omogeneo (Cat. 23, 14, 24, 20, 25, 4). Il secondo grosso raggruppamento comprende le rimanenti 10 categorie e risulta caratterizzato esclusivamente da autodefinizioni negative. Esso include a sua volta due sotto-raggruppamenti distinti ma complementari: il primo individua quelle dimensioni autodefinitorie strettamente collegate alla presenza di disturbi e sintomi psicologici (Cat. 11, 12, 7); il secondo associa a delle dimensioni di autosvalutazione e disagio personale (Cat. 5, 21, 17, 19, 6) dei riferimenti a problemi nelle relazioni con gli altri (Cat. 16, 13). Questo cluster appare particolarmente significativo nell'evidenziare le peculiarità delle autodescrizioni dei soggetti nel pre-test, caratterizzate da totale

autosvalutazione e insoddisfazione unite a dimensioni di sofferenza e disagio psicologico.

- Nel post-test possiamo rilevare tre cluster principali. I primi due cluster appaiono piuttosto eterogenei, non presentando una netta differenziazione fra le autodescrizioni con valenza positiva e quelle con valenza negativa. Particolarmente significativo risulta invece il terzo cluster, comprendente 4 categorie: Percezione di cambiamento positivo (Cat. 8), Disponibilità al cambiamento / Atteggiamento positivo verso il futuro (Cat. 9), Desiderio di cambiamento nei rapporti interpersonali (Cat. 10) e Socievolezza (Cat. 14). Tale raggruppamento permette di cogliere a pieno quegli aspetti di cambiamento, di apertura verso il futuro e rinnovato interesse per i rapporti interpersonali che caratterizzano le autodescrizioni dei soggetti nel post-test¹².

5. Conclusioni

I risultati emersi sia dall'ACL che dal "Chi sono io?" hanno evidenziato l'esistenza di cambiamenti nel modo di rappresentare se stessi tra il pre- e il post-test in entrambi i gruppi. Nel gruppo 1 però, come ipotizzato, tali cambiamenti sono nettamente maggiori rispetto a quelli del gruppo 2. Questa differenza appare comprensibile se si considera come i due gruppi, all'atto del post-test, si trovino di fatto in due diversi stadi del trattamento.

Soggetti del gruppo 2, essendo sottoposti a retest subito dopo la 5° seduta, si trovano ancora in uno stadio del trattamento in cui lo scopo primario del terapeuta è determinare una rottura nel rigido sistema percettivo-reattivo del paziente mediante esperienze concrete di cambiamento. Appare quindi logico che questi non presentino significative modificazioni nel proprio concetto di sé, anche se alcuni lievi cambiamenti iniziali sono già presenti. I soggetti del gruppo 1, trovandosi alla 10° seduta, sono invece in una fase del trattamento il cui obiettivo è proprio la ridefinizione del sistema percettivo-reattivo. Agendo in modo da modificare il punto di osservazione della realtà del soggetto, l'intervento strategico in questo stadio modifica inevitabilmente quegli schemi cognitivi ed emotivi che organizzano non solo i modelli di relazione del paziente al suo disturbo, ma anche la sua autorappresentazione.

L'entità del cambiamento del gruppo 1 rilevato dall'ACL (13 scale), inoltre, appare ancora più significativo se confrontato con quello emerso da studi analoghi (Di Giusto e Azzarita, 1983a, 1983b) in cui il cambiamento riscontrato dopo 4 anni di trattamento psicoanalitico è risultato limitarsi unicamente a 3 scale.

¹² La maggiore eterogeneità e difficile interpretabilità dell'organizzazione dei cluster rilevata nel post-test, se si esclude il terzo cluster, è probabilmente imputabile al fatto che questa analisi è stata effettuata sulle autodefinizioni di tutti i soggetti presi nel loro insieme. Se infatti a livello di pre-test si suppone che le autodescrizioni fornite dai membri dei due gruppi siano tendenzialmente analoghe, questo non appare più vero nel post-test, che ci mostra da un lato un gruppo che ha modificato significativamente la propria autorappresentazione e, dall'altro, un gruppo che non ha mostrato invece cambiamenti particolarmente rilevanti.

Per quanto concerne la qualità del cambiamento, è stato appurato come questo sia avvenuto sempre nella direzione di un "miglioramento" dell'immagine di sé, cioè di una tendenza a fornire una rappresentazione di sé meno sfavorevole e negativa. Questo appare valido per entrambi i gruppi, come evidenziato in particolare dall'analisi dei cluster, ma risulta essere particolarmente evidente nel gruppo 1, in cui si assiste al passaggio da autorappresentazioni connotate prevalentemente da sentimenti di scarsa autostima, inadeguatezza e sofferenza nel pre-test ad autodescrizioni più positive e orientate verso il futuro nel post-test.

Si evidenzia quindi come la terapia breve strategica non influenzi la rappresentazione di sé in maniera aspecifica, indirizzando piuttosto il soggetto verso autorappresentazioni più positive, favorevoli e meno pessimistiche.

Si vuole infine sottolineare che, sebbene il cambiamento sia risultato decisamente significativo soltanto per i soggetti del gruppo 1, esso appare comunque in luce anche per quelli del gruppo 2. Questo suggerisce che anche per loro sia in atto, seppure ancora nella fase iniziale, un processo di cambiamento nella direzione di una visione di sé più favorevole e proiettata costruttivamente verso il futuro.

Tabella 1

Scale dell'Adjective Check List		t-test	
		Gruppo 1	Gruppo 2
N°Ckd	N° totale aggettivi contrassegnati	3.79**	2.44*
Fav	Aggettivi favorevoli	- 0.63	0.39
Unfav	Aggettivi sfavorevoli	5.79***	2.41*
Com	Risposte comuni	- 2.39*	- 1.44
Ach	Bisogno di successo	- 0.78	0.59
End	Bisogno di perseverare nello sforzo	- 2.37*	- 0.63
Orti	Bisogno di ordine	- 0.82	1.13
Int	Bisogno di comprendere gli altri	(1.12)	- 0.21
Aff	Bisogno di associarsi agli altri	- 1.21	0.78
Aut	Bisogno di autonomia	1.69	0.56
Agg	Bisogno di aggressione	1.56	0.35
Cha	Bisogno di cambiamento	1.82	0.59
Sue	Bisogno di ricevere soccorso o aiuto	4.03**	1.63
Atm	Bisogno di umiliarsi	2.30*	0.91
Crs	Disposizione a migliorarsi	1.05	1.28
S-Cn	Autocontrollo	- 1.66	(1.20)
S-Cfd	Fiducia in se stesso	- 0.95	- (1.72)
P-Adj	Adattamento personale	- 4.14**	- 0.72
Iss	Alta stima di sé	- 3.12*	- 0.36
Cps	Personalità creativa	- 2.64*	- 0.93
CP	Genitore critico	2.52*	1.19
NP	Genitore protettivo	- 2.38*	- 1.73
A	Adulto	- 2.39*	- 1.74
FC	Fanciullo istintivo	- 1.46	- 0.31
AC	Fanciullo sottomesso	2.59*	0.42

Tabella 2

Categorie Autodescrittive	t-test	
	Gruppo 1	Gruppo 2
1. Affermazione della propria identità e originalità / Valorizzazione di sé	- 0.14	- 0.60
2. Interessi vari	1.96	(1.01)
3. Riferimenti fisico-estetici	1.15	0.43
4. Immagini metaforiche / Essere (categoria esistenziale)	- 0.80	- 1.15
5. Autosvalutazione / Insicurezza / Insoddisfazione di sé e/o della propria situazione	5.21**	1.34
6. Bisogno di aiuto	1.50	1.50
7. Percezione di cambiamento negativo	3.00*	1.35
8. Percezione di cambiamento positivo	- 2.48*	- 1.20
9. Disponibilità al cambiamento / Atteggiamento positivo verso il futuro	- 2.35*	- 2.71*
10. Desiderio di cambiamento nei rapporti interpersonali	- 2.54*	- 1.41
11. Sofferenza / Disagio psicologico	0.27	1.56
12. Uso di categorie nosografiche	3.55**	1.77
13. Dipendenza dagli altri	3.21*	0.00
14. Socievolezza	- (1.32)	0.82
15. Disponibilità verso gli altri	0.56	- 1.34
16. Timidezza / Tendenza al ripiegamento su di sé	2.57*	0.32
17. Paura / Nervosismo / Irrequietezza	0.61	1.35
18. Indecisione / Volubilità	1.15	- 1.15
19. Inconcludenza / Apatia / Inattività	2.24*	0.00
20. Testardaggine / Tenacia / Meticolosità	1.31	- 0.32
21. Pretenziosità	0.43	- 0.43
22. Suscettibilità / Impulsività / Aggressività	2.71*	2.23*
23. Qualità intellettuali	- (1.84)	0.00
24. Qualità personali positive	0.22	- (1.51)
25. Difetti intellettuali	- 0.90	0.00
26. Qualità personali negative	2.75*	- 1.18
27. Sentimentalismo / Idealismo / Fantasticherie	0.56	2.24*

Riferimenti bibliografici

- Anderberg M.R. (1973), *Cluster analysis for applications*, Academic Press, New York.
- Arcuri L. (1988), "Rappresentazione di Sé ed elaborazione dell'informazione sociale" in C.V. Caprara, (a cura di), *Personalità e rappresentazione sociale*, Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Austin I.L. (1962), *How to Do Things with Words*, Harvard University Press, Cambridge; (tr.it., *Come fare cose con le parole*, Marini, Genova, 1987).
- Bergin A.E., Lambert M.J. (1978), "The evaluation of therapeutic outcomes", in S.L. Garfield, A.E. Bergin, (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analysis*, Wiley, New York, (l'ed. 1971).
- Del Miglio C. (1989), *Ecologia del Sé*, Boringhieri, Torino.
- Di Giusto M., Azzarita F. (1983a), "La possibilità di prevedere l'andamento e il risultato di un trattamento psicoterapico attraverso strumenti psicodiagnostici", *Archo Psicol. Neurol. Psichiat.*, 44, pp.545-555.
- Di Giusto M., Azzarita F. (1983b), "Valutazione psicometrica del risultato di una psicoterapia di gruppo di tipo analitico". *Archo Psicol. Neurol. Psichiat.*, 44, pp.556-570.
- Everist B. (1974), *Cluster analysis*, Heinemann Educational Books Ltd, London.
- Fasola C. (2006) *Le identità*, Utet, Torino.
- Foerster H. von (1973), "On Constructing a Reality", in P. Watzlawick (ed.), op. cit.; (tr.it., "Costruire una realtà", 1988).
- Foerster H. von (1987). *Sistemi che osservano*, Astrolabio, Roma.
- Giovannini D., Palmonari A., Speltini G., Bariaud F., Rodriguez Tomé H. (1979), "Aspetti comparativi dello studio della struttura dell'identità in adolescenti", in D. Giovannini (a cura di), *Identità personale. Teoria e ricerca*, Zanichelli, Bologna.
- Glaserfeld E. von (1980), "An introduction to radical constructivism", in P. Watzlawick (ed.), op. cit. (tr.it., "Introduzione al costruttivismo radicale", 1980).
- Glaserfeld E. von.(1994), "La costruzione della conoscenza", *Scienze dell'Interazione*, vol. 1 (1), pp.5-13.
- Gough H.G., Heilbrun J.R., Fioravanti M. (1965), *ACL Adjective Check List, Consulting Psychologist Press*, Palo Alto, Cal; (tr.it., *ACL Adjective Check List, Organizzazioni Speciali*, Firenze, 1992, 1 ed. 1980).
- Markus H., Nurius P. (1986), "Possible Selves", *American Psychologist*, 41, pp.954-969.
- Materana H.R., Varela F.J. (1980), *Autopoiesis and cognition. The realization of the living*, Reidel Pub. Co., Dordrecht, Holland; (tr.it., *Autopoiesi e cognizione*, Marsilio, Venezia, 1985).
- Mischel W. (1981), *Introduction to Personality*, Rinehart and Winston, Holt, New York; (tr.it., *Lo studio della personalità*, Il Mulino, Bologna, 1986).
- Nardone O. (1991), *Suggestione Ristrutturazione Cambiamento. L'approccio strategico e costruttivista alla psicoterapia breve*, Giuffrè, Milano.
- Nardone G. (1993). *Paura, panico, fobie*, Ponte alle Grazie, Firenze.
- Nardone G., Domenella R.G. (1995), "Processi di persuasione e psicoterapia", *Scienze dell'interazione*, vol 2 (1), pp.67-79.
- Nardone G., Watzlawick P. (1990), *L'arte del cambiamento: manuale di terapia strategica e ipnoterapia senza trance*. Ponte alle Grazie. Firenze.
- Nardone G. Watzlawick P., (2005) *Brief Strategic Therapy*, Jason Aronson, Lanham.
- Nardone G. Salvini A., (2004) *Il dialogo strategico*, Ponte delle Grazie, Milano.

- Nardone G., Verbiti T. Milanese R. (1999) *Le prigioni del cibo. La terapia in tempi brevi*, Ponte delle Grazie, Milano.
- Palmonari A., Carugati F., Ricci Bitti P., Sarchielli G. (1979), *Identità imperfette*, Il Mulino, Bologna. Rodriguez Tomé H., Bariaud F. (1979), "La struttura dell'identità: ricerca su popolazioni di adolescenti francesi", in D. Giovannini (a cura di), *Identità personale. Teoria e ricerca*, Zanichelli, Bologna.
- Salvini A. (1988), "*Pluralismo teorico e pragmatismo conoscitivo: assunti metateorici in psicologia della personalità*" in E. Fiora, I. Pedrabissi, A. Salvini, *Pluralismo teorico e pragmatismo conoscitivo in psicologia della personalità*. Giuffrè, Milano.
- Salvini A. (1991). "*La paura è sempre e semplicemente un'unica emozione?*", *Rivista di scienze sessuologiche*, 4 (1), pp.9-16.
- Salvini A. (1993), "Introduzione" a G. Nardone. *Paura, panico, fobie*, Ponte alle Grazie, Firenze.
- Salvini A., Rabassi M., Vidotto G. (1996), "*Rappresentazione del Sé e devianza secondaria in un programma terapeutico di gruppo*", *Psicologia Italiana*, 8, pp.17-27.
- Salvini A., Vetrano M.L., Vidotto G. (1990), "*Tipizzazione dell'identità e rappresentazione di sé. Una ricerca empirica*", *Bollettino di Psicologia Applicata*, 193-194, pp.37-49.
- Salvini A., Dondoni M. (eds) (2011) *Psicologia Clinica dell'interazione e Psicoterapia*, Giunti, Firenze.
- Varela F.J. (1981), "*Il circolo creativo: abbozzo di una storia naturale della circolarità*", in P. Watzlawick, (ed.), op.cit.
- Watzlawick P. (1976), *How real is reni?*, Random House, New York; (tr.it. *La realtà della realtà: confusione, disinformazione. comunicazione*, Astrolabio, Roma, (1976).
- Watzlawick P. (1981), (ed.), *Die elfundene Wirklichkeit*, Piper und Co.Verlag, Munchen; (tr.it., *La realtà inventata*, Feltrinelli, Milano, 1988).
- Watzlawick P., Wackland J.H., Fisch R. (1974), *Change: principles of itmoblent formation and problem .solution*, Norton, New York; (tr.it., *Change: la formazione e la soluzione dei problemi*, Astrolabio, Roma, 1974).
- Wicklund R., Gollwitzer P. (1983), "*A motivational l'acini' in self report validity*", in J. Suls, A.G. Greenwald (eds.), *Psychological perspectives on the self*, vol. 2, Erlbaum, Hillsdale, Ni.