

di Mario Bertini*

Caro Renzo,

Con un po' di ritardo prendo visione di un tuo articolo sulla Rivista di Psicologia Clinica¹, nel quale si trova un capitoletto dal titolo: *“La psicologia della salute in Italia”*. Inutile dire che sono rimasto sorpreso per il modo con cui si affronta, con critiche sbrigative, un tema di questa complessità. Replico di getto, mentre rimando per un maggior chiarimento del mio pensiero ad un articolo comparso di recente sulla Rivista di Psicologia della Salute². Mi auguro comunque che questi spunti critici siano utili per l'apertura di un confronto disteso e produttivo che vada aldilà delle etichette linguistiche, le quali, come in altri campi, servono più a rinforzare “pregiudizi di appartenenza” che a uno sviluppo genuino di idee.

La tua nota comincia così: *“Salute e benessere sono i termini ai quali viene sovente ancorata una recente visione della psicologia. E' importante notare come questi due termini, di chiara derivazione medica, siano fortemente, indissolubilmente ancorati all'individuo”* (qui e successivamente, la sottolineatura in grassetto è mia). E' curioso questo punto di vista: mi domando come sia possibile restringere l'ambito della psicologia della salute, a livello d'intervento su un singolo individuo, astratto dal contesto. Più avanti si trova una perentoria conferma: *“Si suol dire che la psicologia della salute comporta una nuova visione nell'ambito della psicologia e della prassi psicologica: non si occupa di correggere deficit, ma di promuovere benessere. Già, ma che vuol dire ‘salute’, se il termine è riferito alla dimensione psicologica di una singola persona?”* Sarebbe semplice controbattere: “Già, ma che vuol dire ‘promuovere le risorse e lo sviluppo’ all'interno del termine ‘clinica’, (dal greco klinos = letto) che indica chiaramente la posizione passiva di un paziente a cui il medico rimuove il deficit? Non è difficile capire che la posizione tua e del tuo gruppo all'interno della dizione psicologia clinica si troverebbe ancora più nei guai, quanto a derivazione medica e al riferimento al singolo individuo. Ma il problema non è semplicemente di tipo terminologico. E' sufficiente un piccolo accenno di carattere storico per capire che, al di là delle etichette, la psicologia clinica e la psicologia della salute si sono mosse entrambe sulla scia di un forte imprinting medico legato alla malattia.

Per quanto riguarda la psicologia clinica - almeno fino ad anni recenti - la sua caratterizzazione nella famosa trinità: “ricerca, diagnosi, terapia” (vedi il manuale di Korchin) rivela bene il livello di appiattimento al *setting* medico-psichiatrico dove fin dalle origini si è trovata ad operare. Non sarebbe difficile citare in quest'area una molteplicità di ricerche e d'interventi applicativi che, pur producendo risultati di sicuro interesse, sono prevalentemente orientati alla correzione dei deficit e quindi certamente da collocarsi - riportando la tua citazione di Salvatore - in quella linea *“epistemologica di matrice neopositivista, che concepisce le categorie del linguaggio scientifico come il precipitato di un processo controllato di organizzazione sistematica dei dati dell'esperienza”*. Ma la psicologia clinica ha fatto altri passi, e non mancano orientamenti nella direzione della promozione dello sviluppo, di cui la posizione tua e del tuo gruppo è certamente esemplare: *“Da più di un decennio, il mio gruppo di ricerca propone e pratica una psicologia clinica volta a promuovere sviluppo, non limitandosi a correggere deficit”*.

* Dipartimento di Psicologia, Università di Roma “Sapienza”. Fondatore della Scuola quadriennale di Specializzazione in “Psicologia della Salute”, Roma.

¹ Carli R. (2008) Il resoconto e la diagnosi. *Rivista di Psicologia Clinica* n.2

² Bertini, M. (2008) Dal “modello malattia” al “modello salute”: difficoltà del passaggio e insufficienza delle parole. *Psicologia della salute*, 3, 107-140

La psicologia della salute, per quanto di origine più recente, non è certo esente da forti influenze medico-psichiatriche. Formalmente, come noto, essa nasce negli Stati Uniti, alla fine degli anni '70, con questa definizione: "La psicologia della salute è l'insieme dei contributi specifici (scientifici, professionali, formativi) della disciplina psicologica, alla **promozione e mantenimento della salute**, alla prevenzione e trattamento della malattia e all'identificazione dei correlati eziologici, diagnostici della salute, della malattia e delle disfunzioni associate, e all'**analisi e miglioramento del sistema di cura della salute e di elaborazione delle politiche della salute**". Come si può notare, questa definizione, sebbene ponga al primo e all'ultimo posto la promozione della salute, comprende una varietà di posizioni che riflettono in larga parte l'influenza del modello medico-sanitario, orientato al versante della prevenzione e della terapia. Si tratta di posizioni importanti perché danno un contributo, a partire da conoscenze e applicazioni di tipo psicologico ad una domanda di natura sistemica oggi presente nel sociale. Le scuole di formazione in psicologia della salute tengono presenti tutti gli elementi contenuti nella definizione suddetta, così come credo si faccia, per altro verso, nell'ambito delle scuole di specializzazione in psicologia clinica. Tuttavia fin dagli inizi degli anni ottanta personalmente, come altri, non ho provato un particolare interesse alle iniziative della psicologia della salute che, per quanto arricchite nel modello biopsicosociale, appaiono perlopiù una semplice estensione della vecchia psicologia medica. Al contrario sono stato sempre più attratto dall'idea della salute come una realtà completamente nuova da esplorare, immaginando per la psicologia l'inizio di una fase nuova, in qualche modo impegnativa quanto quella dedicata dalla medicina, e in particolare dalla psichiatria, allo studio dello stato di malattia³. Parafrasando la tua affermazione potrei anch'io affermare che "da oltre un ventennio, *il mio gruppo di ricerca propone e pratica una psicologia della salute volta a promuovere sviluppo, non limitandosi a correggere deficit*".

A questo punto si potrebbe dire, semplificando, che il "gruppo Carli" e il "gruppo Bertini", pur all'interno di larghi contesti tradizionalmente più orientati alla correzione del deficit, tendono a privilegiare l'orientamento verso la promozione dello sviluppo individuale e sociale. Ma nel contesto di un'analisi critica rivolta ad un articolo di Miglioretti e Romano, aggiungi: "*Costringere la psicologia clinica entro la correzione del deficit, **pretendere che la psicologia della salute abbia quale mission caratterizzante quella di promuovere sviluppo, senza proporre alcun modello** atto a definire e organizzare concettualmente le due aree della professione psicologica, sembra davvero un'operazione curiosa, che ignora quella vasta e profonda conoscenza a cui è giunta la psicologia clinica attualmente*". Per quanto ho detto in precedenza, ed essendo consapevole che nell'area della psicologia clinica ci sono vari modelli che da tempo si muovono nella direzione opposta, vedi per l'appunto il modello da te sostenuto, capisco e sono quindi d'accordo che non è corretto affermare che la psicologia clinica debba essere relegata entro l'ambito della correzione dei difetti: del resto, non ho mai pensato e non si troverà in alcun mio scritto questa affermazione⁴. A mia volta mi domando tuttavia quale conoscenza si abbia del progresso in atto nella psicologia della salute per negarle un analogo diritto. Sono sinceramente sconcertato nel leggere le seguenti parole a proposito del concetto di salute: "*.....**Già, ma che vuol dire "salute"?** Significa che la persona non ha problemi? Che è felice? Che sta bene? Che è realizzata? Ci si può chiedere: è possibile utilizzare questo termine, al di fuori del contesto in cui la persona vive? E' possibile considerare il "benessere" quale dimensione disposizionale di un individuo? A ben riflettere scopriamo che, nella nostra cultura, questi termini assumono una valenza metaforica, applicati a un singolo come a un'organizzazione o a un'istituzione. **In quanto espressioni metaforiche, quindi allusive, non richiedono modelli e proposizioni teoriche a loro fondamento. Si tratta di allusioni evocative di emozioni rassicuranti; tanto quanto possono essere evocative di emozioni ansiose o***

³ Il titolo della relazione che presentai al 1° Congresso Italiano di Psicologia della Salute (Orvieto, 1993) così diceva: "Psicologia della salute o sviluppo salutare della psicologia?"

⁴ Se negli anni passati fu richiesto a te e a Rosa Maria Paniccia di fare docenza presso la Scuola di Specializzazione in psicologia della salute, è stato proprio per il riconoscimento della vostra significativa apertura al modello della promozione delle risorse.

perturbanti, espressioni collegate alla psicopatologia". E' veramente difficile accettare l'idea che le parole "salute-benessere" siano espressioni metaforiche, quindi allusive, che non richiedono modelli e proposizioni teoriche a loro fondamento. Per la verità queste frasi sembrano farci tornare indietro di sessanta anni, quando ancora si definiva la salute come semplice "assenza" o "evocazione" di malattia".

Per un pubblico meno aggiornato rispetto al tema, mi permetto di fare qualche accenno al concetto di "salute", partendo dalla classica e storica definizione della salute come "uno **stato di ben-essere**, fisico, psichico e sociale" (WHO,1948), alla quale tutte le discipline dell'arco biopsicosociale fanno riferimento, dai rispettivi angoli di competenza. Uno sguardo alla letteratura ci dice che la psicologia si pone probabilmente all'avanguardia rispetto ad altre scienze nel proiettarsi verso il "modello salute"⁵; di sicuro rispetto alla medicina, dove il concetto di promozione della salute o è trascurato o è spesso confuso con il concetto di prevenzione, che si colloca ovviamente all'interno del "modello malattia". In che modo gli psicologi hanno affrontato questo compito? Schematicamente possiamo rilevare due linee generali di tendenza: "il benessere soggettivo" e il "ben-essere psicologico". Da una parte cioè si possono includere gli studi mirati alla valutazione soggettiva del benessere (da Bradburn a Diener, allo stesso Kahneman⁶) e, dall'altra, gli studi orientati ad individuare le dimensioni "vitali" di quello che si può definire il ben-essere psicologico. In questo ambito, di gran lunga più rilevante per la psicologia della salute, i riferimenti sono ovviamente molteplici ma mi limito a citare la posizione esemplare di Carol Ryff⁷. Per altro verso potrei riferirmi a tutto il movimento della "*Positive Psychology*" che, pur con le riserve su cui non mi soffermo, oltre ad innumerevoli articoli, libri, manuali, ha dato vita a nuove Riviste e numerose organizzazioni associative in tutto il mondo. E neppure mi sembra il caso di segnalare, nel cambiamento di paradigma in atto, la varietà e la complessità degli scenari che si aprono nella ricerca degli assunti teorici, dei modelli e delle tecniche applicative coerenti con la promozione delle risorse, di cui tu stesso sei un protagonista autorevole. In questa direzione, da non sottovalutare inoltre il coinvolgimento delle neuroscienze che, solo da poco tempo, hanno cominciato a pubblicare articoli su riviste prestigiose, come *Science of Nature*, intorno alle dimensioni positive di salute. Perfino gli economisti, come è noto, s'interrogano e spesso si sostituiscono agli psicologi sul tema del benessere. Come non vedere quindi che si sta passando da un paradigma articolato di conoscenze orientate alla malattia come mal-essere, verso un paradigma altrettanto articolato di conoscenze orientate alla salute come ben-essere?

Pertanto sembra necessario, per gli psicologi porre le basi - e ci vorranno anni e l'umiltà necessaria per riconoscere le incertezze e le ambiguità degli inizi - per realizzare il passaggio dall'approccio categoriale della diagnostica psichiatrica (vedi DSM), all'approccio dimensionale della linea del ben-essere; dall'approccio patogenetico a quello salutogenetico; dalle metodologie terapeutiche a quelle "promotive" e, più in generale, dall'uso di metodologie quantitative alla ricerca di metodologie più orientate alla qualità.

Solo per dare un esempio di queste difficoltà, basta pensare al passaggio dalla patogenesi alla salutogenesi. Come dice Antonovsky⁸ - il fautore della salutogenesi - il punto di partenza sollecita ad andare oltre un assioma paradigmatico condiviso dai proponenti della medicina curativa e della medicina preventiva. Alla base dell'orientamento patogenetico diffuso nel pensiero medico occidentale, si pone il concetto dell'organismo umano come un sistema splendido, un'organizzazione meccanica che prima o poi viene attaccata da fattori patogeni e quindi danneggiata in modo acuto o cronico o fatale. La teoria multifattoriale e il

⁵ La dizione "*health model*" vs. "*illness model*" ricorre sempre più frequentemente in letteratura: per semplicità la uso spesso anch'io, per quanto non del tutto esplicativa.

⁶ Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (eds) (1999). *Well-being. The Foundations of Hedonic Psychology*. Russel Sage.

⁷ Ryff, C.D., (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological wellbeing. *J. of Personality and Social Psychology*. 57, (6), 1069-81.

Ryff, C.D., Singer, B., (1998) The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*. 9, (1) 1-28.

⁸ Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, Vol.11, N° 1, pp.11-18. Oxford Univ. Press.

modello biopsicosociale non mettono in dubbio questo assioma e nemmeno la tematica degli stili di vita. Purtroppo anche i proponenti della promozione della salute, almeno implicitamente, condividono questo assioma, cadendo spesso nella fondamentale debolezza del paradigma correntemente dominante che segue dal suddetto assioma: la classificazione dicotomica che distingue le persone che soccombono temporaneamente, permanentemente o fatalmente a qualche forma di malattia elencata nel DSM, dalla categoria residuale delle persone che sono dichiarate sane. Antonowsky ci offre un'interessante metafora paragonando la situazione dei malati a dei nuotatori che arrancano in un fiume. La metafora parte dal cosiddetto errore del "downstream focus", cioè dalla devozione del sistema di cura della malattia a salvare i nuotatori nella corrente di un fiume, e continua con la considerazione della fondamentale debolezza del paradigma dominante: la classificazione delle persone in quelle che sono incorse temporaneamente, permanentemente o fatalmente in qualche malattia (indicata nel DSM), e la categoria residua (presumibilmente una grande maggioranza, almeno nella popolazione occidentale), di quelli che stanno sulla riva. La medicina curativa, per ritornare alla metafora, si dedica ai nuotatori che affogano nella corrente; la medicina preventiva, a quelli in pericolo di essere spinti nel fiume. Se invece si parte dall'assunto che il sistema umano (come tutti i sistemi viventi) è intrinsecamente guasto, soggetto ad un processo entropico inevitabile e ad una morte finale inevitabile, quello che segue è una serie di idee che possono fornire una base teorica particolarmente congeniale ai proponenti della promozione della salute consentendole un'esistenza autonoma – sebbene indubbiamente in partnership con la medicina curativa e preventiva. E conclude: "Se, in realtà, per il fatto di essere un sistema vivente, ognuno di noi è nel fiume, e nessuno sulla riva, ne segue che una classificazione dicotomica è inappropriata. Un modello del "continuum", che considera ognuno di noi, in un dato momento nel tempo, in una qualche posizione lungo il continuum sano/malato, rispecchia, io credo, una concezione più potente e più accurata della realtà; una concezione che apre la via ad una teoria forte della promozione della salute. Per rimanere nella metafora: siamo tutti, sempre, nel fiume pericoloso della vita. Il problema è: quanto è pericoloso il fiume? Come sappiamo nuotare?". In linea con questa visione salutogenetica occorrerebbe lavorare in profondità per superare il concetto di normalità e di devianza verso il concetto di **normatività**, cioè competenza ad istituire nuove norme, ampiamente presente nel pensiero di Canguilhem⁹ e centrale nella visione del modello salute; l'uso indifferenziato della parola "normale", ci trattiene ancora all'interno di un mondo epistemologico che non appartiene ai proponenti della promozione della salute come stato di ben-essere. Per ovvi motivi di sintesi, tralascio d'intrattenermi in altre riflessioni su temi fondamentali come, per esempio, il passaggio dalla "psicoterapia", alla "psico-promozione"¹⁰.

Da questi pochi accenni si capisce quanto lavoro si prospetta nella linea di una nuova ottica che sul piano scientifico e culturale va affrontata a tutti i livelli, dalla ricerca alle applicazioni, ivi compreso quello importantissimo della formazione. Si tratta di coltivare in profondità un terreno epistemologico che consenta a tanti studiosi la libertà creativa di proporre modelli diversi ma tutti coerenti con l'ottica di partenza: ampio spazio per la creatività degli scienziati del ben-essere!

Dopo quello che ho cercato d'illustrare in modo necessariamente molto sintetico, confesso che non riesco proprio a capire la tua affermazione che la psicologia della salute non avrebbe un modello di sviluppo. E se io domandassi qual è il modello di sviluppo della psicologia clinica? Non sembrerebbe una domanda un po' strana? Penso che all'interno della psicologia clinica, sia per quanto riguarda l'orientamento verso il deficit, sia per quanto riguarda l'orientamento verso le risorse, si possano riconoscere una molteplicità di modelli teorici e applicativi, in cui differenti scuole di pensiero possono trovare un legittimo spazio di approfondimento. Il concetto di sviluppo è trasversale ad una molteplicità di orientamenti, da quello psicodinamico della psicoanalisi a quello del costruttivismo, alla varietà di modelli nel filone della psicologia umanistica e così via. Sempre a proposito di sviluppo, mi è difficile

⁹ Canguilhem, G. (1998). *Il normale e il patologico*. Torino: Einaudi (Titolo originale: *Le normal et le pathologique*, 1966. Paris, Press Universitaires de France).

¹⁰ Qualcuno vuol suggerire un neologismo più appropriato?....

capire questa frase: *“Tempo fa, con il mio gruppo di ricerca, ho proposto lo sviluppo quale obiettivo dell'intervento psicologico clinico, in alternativa all'intervento che corregge deficit. La nozione di sviluppo differisce profondamente da quella di salute. Lo sviluppo è strettamente connesso al contesto in cui si propone e si persegue”*. Che senso ha affermare che la nozione di sviluppo differisce dalla nozione di salute? Sarebbe come dire: *“la nozione di sviluppo differisce profondamente da quella di... 'clinica'”*. La nozione di sviluppo è una condizione *sine qua non* per chiunque intenda promuovere la salute, cioè le risorse, o il benessere individuale e sociale, ed è assolutamente centrale nella scuola di psicologia della salute cui appartengo, anche se non lo è nella maggioranza di chi si muove all'interno della psicologia della salute, sia sul piano nazionale sia sul piano internazionale. Negli anni di formazione in questa scuola, gli studenti condividono l'obiettivo di maturare un cambiamento di paradigma ampiamente in atto nella psicologia contemporanea che prevede l'esplorazione a tutto campo del modello salute e conseguentemente, il passaggio dalla terapia del deficit alla promozione dello sviluppo individuale e sociale: un cambiamento che non vedo per quale motivo dovrebbe riguardare il solo individuo. Gli studenti apprendono contestualmente che il concetto di promozione di sviluppo sia a livello individuale, sia a livello organizzativo o istituzionale, implica coerentemente tener conto di alcuni principi fondamentali: dinamico-evolutivo, sistemico e co-costruttivo. L'impegno condiviso dei docenti e degli studenti è di saper rispettare questi principi qualunque sia il modello di sviluppo liberamente adottato. (E' anche presente nella nostra scuola l'impegno, certamente non facile, a istituire un processo di formazione da cui traspaia chiaramente un metamessaggio coerente con i principi di promozione dello sviluppo che sono oggetto della stessa professionalità). Siamo quindi d'accordo quando si dice che: *“lo sviluppo è una nozione che prevede una teoria psicologica della relazione e modelli di analisi, sperimentalmente fondati, della relazione tra individuo e contesto. Lo sviluppo di una relazione si può osservare, misurare, resocontare; è possibile un intervento psicologico clinico per la sua implementazione”*. Mi auguro tuttavia che nel panorama della psicologia non ci sia un solo modello di sviluppo e, soprattutto, che non prenda piede l'idea bizzarra che la psicologia della salute si occupa dell'individuo fuori dalla relazione e dal contesto e quindi debba occuparsi solo di correggere deficit.

Vogliamo rivolgere insieme uno sguardo al futuro guardando oltre le ambiguità nominalistiche? La dizione "psicologia clinica" deve scomparire così come la dizione "psicologia della salute" dovrebbe assumere una connotazione diversa. Purtroppo, sia l'una sia l'altra è probabile che rimarranno a lungo anche per la forza d'inerzia del linguaggio¹¹ che veicola forti resistenze ancorate al "modello malattia". Immaginiamo la loro scomparsa e cerchiamo di ragionare sulla scienza psicologica attraversata dai due orientamenti in discussione. Per entrambi gli orientamenti si deve naturalmente riconoscere un'ampia e differenziata gamma di modelli coerenti nel passaggio dal piano generale della teoria e metodo al piano della prassi applicativa. Tuttavia è facile riconoscere che i modelli orientati alla promozione del ben-essere devono essere sorretti da un'ottica diversa da quella che sorregge i vari modelli orientati alla rimozione del mal-essere, con tutta la difficoltà di sbarazzarsi dalla solidità pervasiva di quest'ultimi.

Cammino da compiere tanto, e tanto spazio per tutti gli psicologi sia quelli più inclini alla ricerca sia quelli più orientati all'esercizio della professionalità.

L'ampiezza e la complessità del cammino da compiere si può intravedere anche sulla base di un'ulteriore considerazione. Scoprire la dimensione 'positiva' del ben-essere non significa l'abbandono della dimensione 'negativa' del mal-essere, ma obbliga a superare la tradizionale visione del continuum bipolare, secondo la quale mal-essere e ben-essere sono dimensioni alternative, verso una visione bivariata nella quale le due dimensioni sono coinvolte in un processo dinamico di interdipendenza. Il passaggio da una visione bipolare ad una visione bivariata ci obbliga a riconoscere, in qualche modo, la relativa co-presenza di queste due dimensioni. Passaggio difficile, sia sul piano concettuale (perché, in certo senso, prevede la copresenza degli opposti: malessere-benessere, morbilità-vitalità) ma anche sul piano del vissuto personale, perché ci invita a riconoscere ed accettare che la sofferenza, la

¹¹ Al riguardo rimando al mio articolo citato nella nota 1.

malattia, la morte, fanno parte della vita. L'affermazione della salute, non può significare negazione della malattia. Da qui si prospetta la necessità di affrontare il problema dell'integrazione fra le due dimensioni, problema tanto più complesso quando si considera la malattia/mal-essere non più come deviazione dalla norma ma nella diversa accezione che richiama il senso del rapporto fra essere vivente e ambiente. Il concetto del continuum bivariato non deve essere confuso con il tradizionale continuum bipolare e richiede una parola espressiva in grado di rappresentarlo. In teoria la parola più appropriata potrebbe essere proprio la "salute": una parola non più intesa come assenza di malattia e nemmeno come uno stato separato, ma come espressione di un processo dinamico d'integrazione tra mal-essere e ben-essere. L'implicazione di questa affermazione è rilevante in quanto comporterebbe la modificazione della classica definizione della salute da "stato" a "processo" (Mi sono quasi pentito di quest'ultima considerazione, che richiederebbe ben altro spazio di argomentazione...).

In conclusione, riconoscendo che la propensione verso le dinamiche dello sviluppo si trovano trasversalmente in tutte le aree della psicologia, e riconoscendo altresì la grande difficoltà di affacciarsi a questo versante con la piena consapevolezza del cambiamento necessario, sarebbe auspicabile un rispettoso ascolto reciproco fra tutti quelli impegnati nella svolta paradigmatica, piuttosto che la chiusura polemica all'interno di recinti difficili da smantellare. Muoversi nella direzione della scienza della salute, equivale ad una sfida che ha richiesto alla scienza della malattia oltre tre secoli di storia per ottenere i risultati di cui oggi tutti beneficiamo.

Bibliografia

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, Vol.11, 1, pp.11-18.

Bertini, M. (1993). "Psicologia della salute o sviluppo salutare della psicologia?" Relazione al 1° Congresso Italiano di Psicologia della Salute (Orvieto, 15, 16, 17 Ottobre1993).

Bertini, M. (2008). Dal "modello malattia" al "modello salute": difficoltà del passaggio e insufficienza delle parole. *Psicologia della salute*, 3, 107-140.

Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*, Paris: Press Universitaires de France (trad. it.: Il normale e il patologico. Torino: Einaudi, 1998).

Carli, R. (2008). Il resoconto e la diagnosi. [Electronic Version], *Rivista di psicologia Clinica*, 2 (nuova serie). Retrieved from: www.rivistadipsicologiaclinica.it.

Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (eds) (1999). *Well-being. The Foundations of Hedonic Psychology*. Russel Sage.

Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological wellbeing. *J. of Personality and Social Psychology*. 57, (6), 1069-81.

Ryff, C.D., & Singer, B., (1998) The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*. 9, (1) 1-28.