FELICITÀ E BENESSERE: UNA PROSPETTIVA BIO-PSICOSOCIALE*

Lucio Sibilia[1], *Stefania Borgo*[2]

Riassunto:
Da una breve rassegna delle ricerche sull'argomento felicità si evidenzia come questo costrutto sia concepito come un'esperienza "di picco" di benessere di tipo emotivo, sia del tipo cosiddetto "edonico", che del tipo cosiddetto "eudemonico". Vengono quindi esposti sinteticamente i risultati di un nostro programma di ricerca sulle autosservazioni emozionali, da cui emerge chiaramente come la differenza tra i due tipi di benessere rifletta ben distinte tipologie di eventi contestuali e rappresentazioni cognitive, e si esprima in distinti comportamenti e risposte somato-affettive. Crediamo che le complesse interazioni tra queste variabili bio-psicosociali aiuti a spiegare la varietà dei risultati empirici delle ricerche sulla felicità.
Parole chiave: felicità, benessere, emozioni positive, modello bio-psicosociale.

Summary:
A brief review of research studies on happiness, shows how this construct is conceived as a "peak" experience of emotional well-being, both of "hedonic" type and of so-called "eudemonic" type. The results of our research program on emotional self-observations are then briefly illustrated, which clearly show how the differences between the two types of well-being experiences reflect well distinct types of contextual events and cognitive representations, and expresses itself as distinct behaviors and somato-emotional responses. We believe that the complex interactions between these bio-psychosocial variables may help to explain the variety of empirical results of scientific research on happiness.
Key words: happiness, well-being, positive emotions, bio-psychosocial model.

Un nuovo modello culturale e nuovo interesse scientifico

Dalle ultime decadi del secolo scorso è emerso in vari ambiti disciplinari – anche lontani tra loro – un interesse molto forte per gli aspetti positivi e desiderabili dell'esperienza e del comportamento umano, nonché per le condizioni che li favoriscono e soprattutto per gli effetti che producono. Essi, infatti coprono una gamma assai vasta che spazia dal livello soggettivo a quello fisico, dal livello individuale a quello sociale. Dall'economia alla sociologia, dalla medicina alla psicologia, nuovi ambiti, costrutti e parametri di studio,

---

[1] Neuropsichiatra, già professore di Psichiatria e Psicologia Clinica, Sapienza, Università di Roma.
[2] Neuropsichiatra, già docente di Promozione della Salute e Psichiatria, Sapienza, Università di Roma.
* Questo articolo è tratto dalle relazioni di L. Sibilia tenute il 15 novembre 2008 sul tema *Le basi neurofisiologiche del benessere psicofisico*, in occasione della II Giornata Nazionale di Psicologia Positiva, presso l'Università D'Annunzio a Chieti, e 7, sul tema *Una prospettiva bio-psicosociale sul benessere*, nel Convegno tenutosi a Scanno nel giugno 2007 su *"Salute, benessere e qualità della vita"*.

denominati come «qualità di vita», «soddisfazione di vita» o come «felicità» o «benessere», hanno acquisito una dignità scientifica che non avevano mai avuto, anche se i concetti non erano totalmente nuovi nei rispettivi campi.

In economia, il modello di «*homo oeconomicus*» – che ha dominato a lungo questa disciplina – mirante solo a massimizzare razionalmente il proprio utile, ha iniziato a impallidire: le persone non sempre risultano scegliere ciò che razionalmente risulterebbe più utile per loro, ma spesso si basano su altri parametri, legati a valori più sociali e contestuali (Kahneman e Tverski, 2000). Gli indicatori classici di sviluppo economico, prima vincolati a parametri di produzione materiale, quale il famoso PIL, sono stati quindi messi in discussione, in direzione della ricerca di indicatori più significativi, ancorati alla soddisfazione e qualità della vita. In buona sostanza, indicatori riferiti alla *happiness*, cioè la felicità, ma anche contentezza.

In psicologia sociale, già Michael Argyle aveva studiato per primo le condizioni che conducono alla felicità (1988). Il suo *The Psychology of Happiness* (1987) è stato considerato un classico negli studi sulla felicità fin dalla I edizione. Oggi, una grande mole di studi empirici, come osserva Becchetti (2009),

> *ci consentono di stabilire, con una certa attendibilità, quali fattori contribuiscono significativamente (in maniera positiva o negativa) alla felicità individuale, al netto dell'effetto concomitante di tutte le altre variabili considerate.*

Ad esempio, è ormai acquisita tramite studi sperimentali, la nozione, forse anche intuitiva, che il benessere economico non assicura necessariamente la felicità, almeno al di sopra di un certo livello di reddito. Così come non risultano contribuire alla felicità individuale l'aspetto fisico, l'età o il genere. Invece, la personalità estroversa, il sostegno sociale, la condizione coniugale (essere sposati) vi contribuiscono significativamente (Satterfield, 2001).

Anche in psicologia, l'interesse scientifico per il benessere emotivo, nonché per i tratti e le qualità positive della persona, era già presente in molti studi precedenti. Tuttavia tali contributi erano indipendenti tra loro e tradizionalmente sono stati messi in ombra dall'interesse dominante tipico della psicologia clinica: l'indagine cioè verso la dis-funzione, quindi la patologia, la sofferenza psichica e la devianza.

È soltanto con la nascita ufficiale della «psicologia positiva», per merito soprattutto di Martin E.P. Seligman, che tutta una serie di contributi scientifici sono stati unificati ed hanno trovato un ambito con identità autonoma. Come affermano Seligman and Csikszentmihalyi (2000) nell'introduzione del primo numero del millennio della rivista *American Psychologist*, la psicologia positiva in quanto *«scienza dell'esperienza soggettiva positiva, di tratti individuali positivi e delle istituzioni positive»* promette di *«migliorare la qualità della vita ed anche prevenire le varie patologie che insorgono quando la vita risulta futile e insignificante»*.

La psicologia positiva è quindi nata in contrapposizione alla psicologia clinica; tuttavia l'ha fecondata, fornendo indicazioni per strategie di intervento di profondo significato anche in psicoterapia, almeno nella prospettiva cognitivo-comportamentale (Colombo e Goldwurm, 2007), miranti a evidenziare ed utilizzare le risorse del paziente e le sue qualità positive (Pruneti, 2014).

Dagli anni '90 in poi gli studi di psicologia positiva (Sibilia, 2008) hanno fornito ampia documentazione che uno stato di equilibrio migliore, livelli di funzionamento più elevato, o caratteristiche personali anche più positive di quelle considerate "normali" sono obiettivi perseguibili e validi.

Salutogenesi, fattori protettivi, benessere

Nell'ambito medico, polarizzato sullo studio della malattia, l'interesse per la salute come valore positivo in sé era rimasto nell'implicito, come se la salute fosse uno stato ottimale e naturale di benessere fisico, che si (ri)stabilisse automaticamente e normalmente una volta sconfitta o superata la malattia. Già dal 1948 la O.M.S. aveva formulato la ben nota definizione di salute[1] che, sia pur con piccole varianti successive[2], è sempre stata imperniata sul concetto di benessere fisico, psicologico e sociale. Questa nuova definizione, tacciata con qualche buon motivo di utopismo, aveva il duplice merito di definire la salute in positivo e di indicarne come un determinante essenziale il benessere psicosociale (ed emotivo), precorrendo il cosiddetto modello bio-psicosociale (BPS) in medicina.

Nonostante ciò, nella seconda metà del XX secolo, la straordinaria esplosione della ricerca bio-medica ed i suoi successi – fondati sui grandi progressi delle scienze di base fisica e chimica – hanno messo in ombra i fattori promotori di salute e di resistenza alla malattia, il cui studio ha avuto uno sviluppo molto più lento. Per lungo tempo la definizione positiva di salute non ha ispirato ricerche di rilievo.

Soltanto verso dalla fine degli anni '60 iniziano ad essere riconosciuti ed apprezzati i fattori psicosociali di salute e malattia, quali ad esempio lo stress psicosociale – cui si aggiungono poi concetti positivi come la qualità della vita (QdV) o il sostegno sociale – come fattori degni di interesse scientifico in ambito medico.

---

[1] "Stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità". O.M.S. (http://www.who.int/en/)

[2] Ad es.: "Lo stato emotivo, mentale, fisico, sociale e spirituale di ben-essere che consente alle persone di raggiungere e mantenere il loro potenziale personale nella società".

Di fatto, nel secondo dopoguerra avevano già iniziato ad essere conosciuti e replicati gli studi di H. Selye sullo stress (1956), iniziati negli anni '30, da cui è emersa l'importanza ed il ruolo dei fattori immateriali nella genesi delle malattie, di pari importanza delle *noxae* tradizionali, di natura fisica, chimica e biologica. Da una ristretta nicchia di ricerca, il concetto di stress deborderà rapidamente verso il grande pubblico, con un successo mai visto in precedenza per un argomento medico.

Intanto, Roy Grinker, psichiatra di formazione psicoanalitica ma ammiratore ed amico di L. Von Bertalanffy, propone per primo il "modello bio-psico-sociale" (o BPS), ispirato alla Teoria Generale dei Sistemi (GST). Questo prosegue idealmente la ricerca di Adolf Meyer, presidente dell'*American Psychiatric Associatio*n e seguace di J. Dewey, che con la sua "psicobiologia" (1948) aveva aperto una breccia nel muro dell'ideologia psicanalitica, dominante nella psichiatria americana del tempo (Ghaemi, 2010). Con Grinker, inoltre, la ricerca di una singola eziologia viene sostituita dall'accettazione della multi-causalità. Tuttavia si attribuisce a G. Engel (1977), un internista, la formulazione più piena del modello BPS in medicina, grazie al famoso articolo che si considera il suo manifesto: "The need for a new medical model: a challenge for bio-medicine", pubblicato su *Science*. In questo articolo Engel delinea con radicalità i limiti della bio-medicina e critica il dogmatismo biologico.

Ma è stato soprattutto a seguito degli studi di epidemiologia sociale di A. Antonovsky (1979), che si evidenzia come molti fattori psicosociali siano essenziali nel recuperare e nel mantenere lo stato salute, nonostante la miriade dei fattori di rischio e le minacce per la salute che la ricerca bio-medica era andata cumulando. È Antonovsky che forse conduce la più lucida e convincente critica al paradigma bio-medico tradizionale di ricerca, volto esclusivamente alla conoscenza della genesi delle malattie e disfunzioni e ai relativi trattamenti. Chiama «patogenetico» tale modello e lo contrasta con un paradigma alternativo che propone di chiamare «salutogenetico»: questo consentirà di mettere al centro dell'interesse dei ricercatori proprio la salute in quanto obiettivo esplicito, e pertanto si concentra non solo sui fattori (protettivi) che la preservano o aiutano a recuperarla, ma anche su quelli che possono potenziarla. La salutogenesi "in azione" si propone di individuare, studiare e promuovere i fattori di salute: condizioni e risorse individuali, del gruppo sociale e ambientali.

Ecco che qualità della vita, indipendenza funzionale, benessere, diventano ambiti – per molti studiosi – di pari importanza, se non maggiore, di mortalità, morbilità, o disabilità e dei loro fattori di rischio. Ad esempio, lo stesso Antonovsky (1984) teorizza e dimostra come un fattore importante di salute psicofisica sia il «Senso di coerenza» (*Sense of Coherence*), definito come la

tendenza (cognitiva) a credere che il mondo in generale sia ragionevolmente prevedibile, gestibile e significativo. M.F. Carver e C.S. Scheier (1985) propongono e studiano il costrutto dell'"ottimismo"; S.C. Kobasa (1979) si concentra sul costrutto di "resilienza" (*hardiness*); Matheny e coll. studiano invece le risorse di *coping* verso gli agenti ed eventi stressanti (1987).

Steven Hobfoll (1989) mette a fondamento dell'azione umana l'aspirazione universale dell'uomo a conservare ed accrescere le sue risorse, proponendo così non solo una teoria generale della motivazione, ma anche dello stress. In questo contesto, lo stress viene ridefinito come l'esperienza di minaccia alla conservazione delle proprie risorse o della perdita delle risorse stesse. I concetti di risorse e di "Conservazione delle risorse" (*Conservation of Resources* o COR) diventano quindi il perno di una teorizzazione alternativa (*COR Theory*) a quella tradizionale sullo stress.

I coniugi Sarason (1987) già dagli anni '80 mettono in evidenza e studiano il fattore "sostegno sociale", come un determinante fondamentale del benessere. Nel 1999 uscirà su *Circulation* (Rozanski et al.), la più importante rivista di cardiologia, una ampia rassegna dei fattori psicosociali di rischio e protettivi per la cardiopatia coronarica: il sostegno sociale, nelle sue varie forme, si conferma come il principale fattore protettivo dalle ricadute della malattia coronarica.

La QdV, infine, è diventata una dimensione importante della ricerca non solo in medicina e nell'assistenza sanitaria, ma anche in scienze del comportamentali come la psicologia della salute. Preso atto che la semplice scomparsa dei sintomi clinici a seguito di una terapia non coincideva con un recupero completo della salute e dell'adattamento psicosociale del paziente, la QdV è diventata un elemento rilevante anche per le decisioni di natura clinica, entrando nel calcolo del rapporto costi/benefici di un'ampia varietà di trattamenti (Sibilia, 1995).

Semantica della felicità e del benessere

Da quanto sopra esposto, si può evidenziare che termini quali «qualità di vita», «soddisfazione di vita», «felicità» e «benessere» definiscano aree semantiche ampiamente sovrapposte, con qualche significato caratteristico di ognuna.

Nonostante che per la Treccani, "la felicità designa uno dei gradi più alti di benessere e di soddisfazione" (2014), la semantica della felicità e del benessere non sembra avere una singola parola che la esprima completamente; piuttosto, sembra suddivisa, almeno nella lingua inglese, in quattro quadranti (v. **Fig.1**):

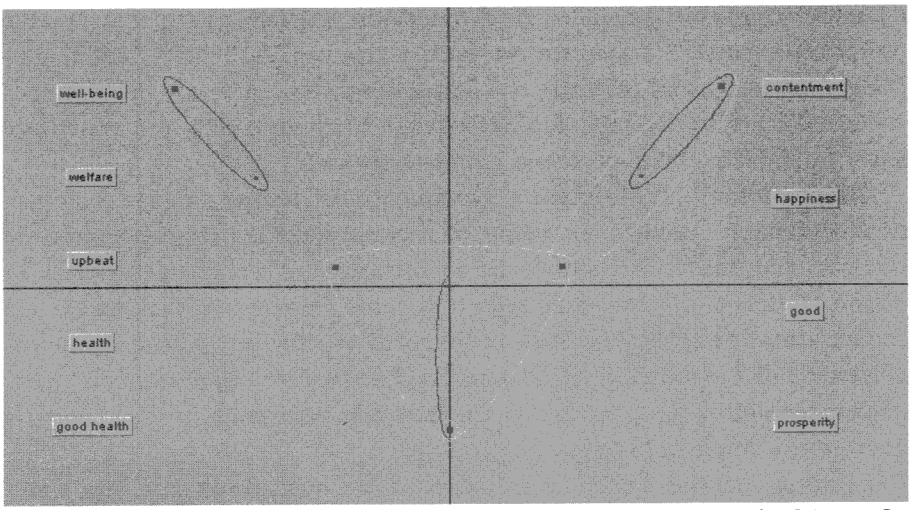

Fig.1 – *Mappa semantica del termine* well-being, *da: Atlante semantico,* Institut des Sciences Cognitives, CNRS[3].

Dall'alto a sinistra in senso orario, troviamo: a) il benessere sia come "stare bene" che come "sentirsi bene", di buon umore; b) la contentezza, la soddisfazione e la felicità (in alto a destra); c) la prosperità o ricchezza di beni (sotto a destra); d) la buona salute (sotto a sinistra). Mentre i due quadranti superiori sembrano riguardare soprattutto le dimensioni soggettive, i due inferiori riguardano l'uno la dimensione fisica (salute) e l'altro le risorse materiali.

È quindi necessario ripensare il concetto di felicità, inserendolo in un quadro concettuale più ampio, di cui fanno parte altri elementi come il benessere fisico e sociale, la buona salute, la prosperità, il buon umore, l'allegria e la soddisfazione.

Concezioni del benessere

Tuttavia, al di là delle definizioni semantiche, la ricerca ha sviluppato ormai numerosi strumenti di misura, così che possiamo dire oggi di avere definizioni operative per ognuno dei seguenti costrutti.

- *Qualità della vita* ("*quality of life*": Frisch, Cornell, Villanueva, & Retzlaff, 1992),
- *Soddisfazione di vita* (Majani e Callegari, 1998),
- *Benessere psicologico* ("*psychological well-being*", PWB: Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995),

[3] Vedi: http://dico.isc.cnrs.fr/dico/en

- *Benessere soggettivo* ("*subjective wellbeing*", SWB: Diener, 2000),
- *Contentezza* ("*happiness*": Lyubomirsky & Lepper, 1999; Myers, 2000),
- *Benessere edonico* ("*hedonic well-being*": Diener, 2000),
- *Benessere eudemonico* ("*eudaimonic well-being*"; Ryan & Deci, 2001).

Per benessere edonico Diener (2000) indica la soddisfazione di vita, definita da frequenti emozioni piacevoli, e rare spiacevoli. Il benessere eudemonico indica, invece, il grado in cui il soggetto realizza se stesso in sintonia con gli altri (Ryff, 1989). La parola deriva dal greco ευδαιμονια, da eudaimon ("fortunato"), composto da eu- ("buono") e daimon ("demone, genio"), ovvero "posseduto dal buon genio". Eudemonico è l'atteggiamento che indica la felicità come scopo ultimo della vita e dell'esistenza umana.

Le nostre ricerche

Nella precedente rassegna abbiamo cercato di riassumere i significati (definizioni) che sono stati dati alla felicità nella principali linee di ricerca. Ci chiediamo, tuttavia, se questi riescano a rappresentare appieno il vissuto di felicità dal momento che fanno riferimento semplicemente a descrizioni verbali. Alla prospettiva analitica, indispensabile, possiamo unire quella esperienziale, che vi aggiunge l'aspetto soggettivo.

La felicità si associa ad uno stato emotivo positivo, che probabilmente comprende le due emozioni di base, gioia e piacere, in un mix soggettivo legato alla storia personale, e quindi alle esperienze di vita e ai ricordi che esse hanno lasciato. Tuttavia, per il valore universale che caratterizza le emozioni di base (Ekman, 1992), riteniamo possibile fare considerazioni di carattere generale.

Utilizzando le nostre ricerche sul vissuto emozionale (Borgo, 2008a), cercheremo di evidenziare le caratteristiche delle emozioni positive e il loro contributo alla definizione del significato della felicità.

Brevemente, il metodo prevede la raccolta di schede auto-osservative contestuali all'episodio emozionale, in cui vengono auto-registrati dal soggetto (prima, durante e dopo l'attivazione) 5 distinti tipi di contenuti, che chiameremo "variabili": antecedenti, sensazioni somatiche, comportamenti, immagini e dialogo interno. Per la descrizione completa del metodo di studio del vissuto soggettivo rimandiamo ad un precedente articolo su questa rivista (Borgo, 2008a).

Nella ricerca a cui facciamo riferimento sono stati raccolti più di mille protocolli auto-osservativi pertinenti a 7 emozioni di base (ansia-paura, rabbia,

rifiuto-disgusto, tristezza, sofferenza-dolore, gioia e piacere). Riassumiamo qui i principali risultati con particolare riferimento alle emozioni positive.

Se consideriamo la prima variabile studiata, le *situazioni* (**Fig. 2**), troviamo che suscitano le emozioni positive di base (gioia e piacere, in tratteggio): l'attività, la socialità, la soddisfazione, la rinascita, la sensorialità positiva e il rilassamento.

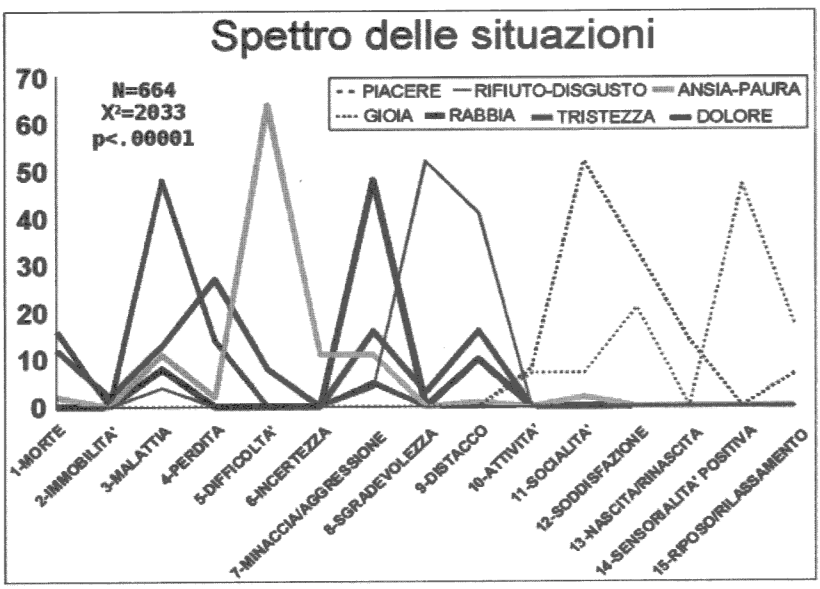

Fig. 2 – *Distribuzione delle emozioni nelle 15 categorie situazionali (in ascisse gli antecedenti raggruppati per categorie e in ordinate la numerosità degli eventi osservati).* Da: Borgo, 2008a.

Possiamo subito notare la differenza tra le due: la gioia appare attiva e sociale, mentre il piacere è tendenzialmente statico e individuale. Ma l'aspetto forse più interessante è la mancanza di sovrapposizione tra le situazioni che evocano emozioni positive e quelle che evocano emozioni negative.

Passando alla seconda variabile, le *sensazioni* somatiche (Borgo, 2008a; 2008c), possiamo avere una idea di cosa sente chi sta vivendo una emozione positiva (**Fig. 3**): interesse, allegria, eccitazione, leggerezza, sensazioni termiche positive, rilassamento, pienezza, piacere, dolcezza. Anche qui notiamo come solo le emozioni positive siano in grado di suscitare queste sensazioni, che ognuno di noi ha provato nei momenti felici.

Anche per la terza variabile, i *comportamenti* messi in atto durante l'episodio emozionale (Borgo, 2006; 2008b), possiamo notare la specificità delle emozioni positive (**Fig. 4**), che portano a: ricevere stimoli positivi, incontri positivi, avvicinamento, contatto fisico, essere festosi, assumere cibo o bevan-

de, assumere sostanze, fantasticare, rilassarsi. Attività che nel nostra esperienza attribuiamo tipicamente ai momenti felici, anche se alcune di esse, per il loro potere consolatorio (contatto fisico, assunzione di cibo e sostanze psicoattive), appaiono nei momenti negativi e soprattutto di dolore (Borgo, 2011).

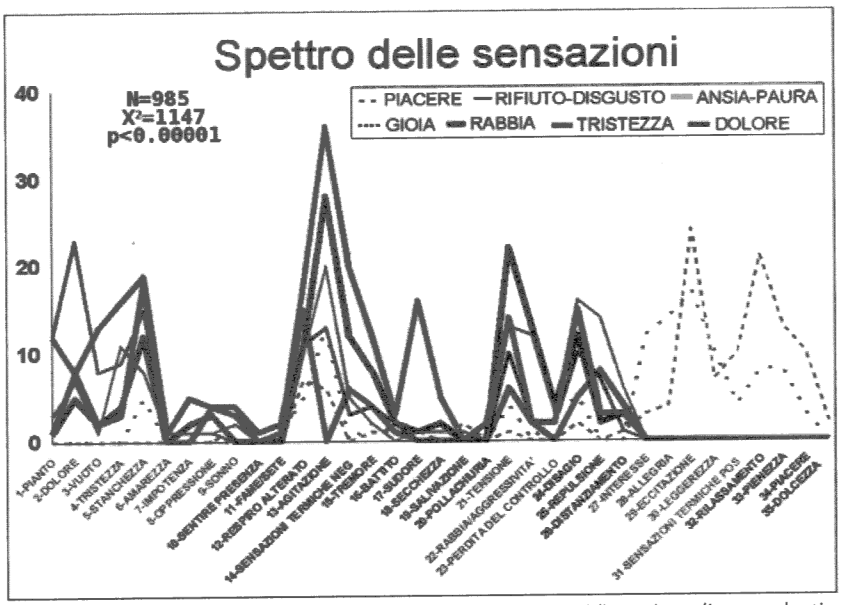

Fig. 3 – *Distribuzione delle emozioni nelle 35 categorie di sensazioni (in ascisse gli antecedenti raggruppati per categorie e in ordinate la numerosità degli eventi osservati).* Da: Borgo, 2008a.

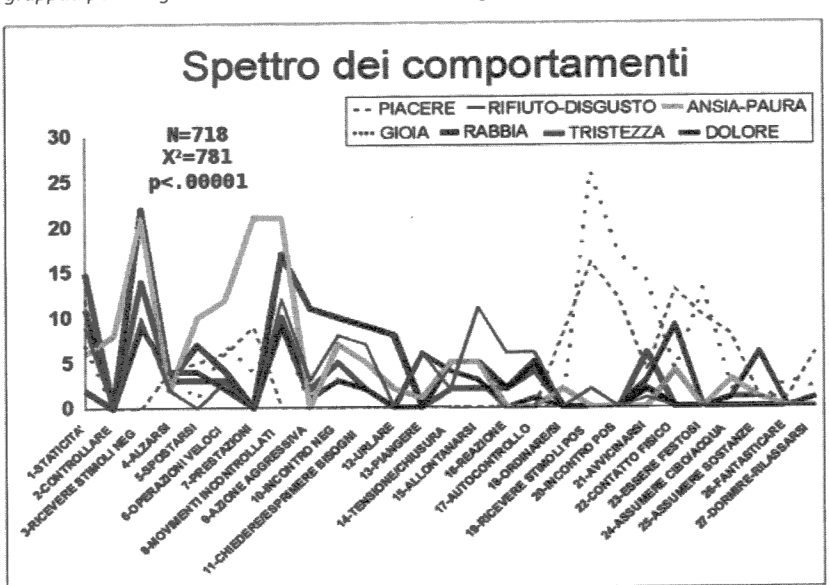

Fig. 4 – *Distribuzione delle emozioni nelle 27 categorie comportamentali (in ascisse gli antecedenti raggruppati per categorie e in ordinate la numerosità degli eventi osservati).* Da: Borgo, 2008a.

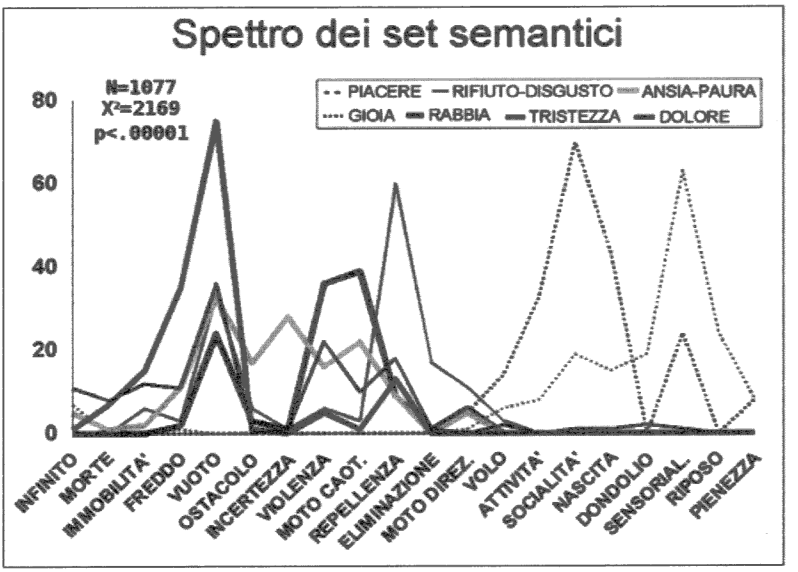

Fig. 5 – *Distribuzione delle emozioni nei 20 set semantici (in ascisse gli antecedenti raggruppati per categorie e in ordinate la numerosità degli eventi osservati).* Da: Borgo, 2008a.

La quarta variabile, le *immagini mentali*, raggruppate in categorie denominate "set semantici" (Borgo, 1997, Sibilia e Borgo 2000), ben evidenziano (**Fig.** 5) cosa immagina la mente felice: scene di volo, attività, socialità, nascita, dondolio, sensorialità, riposo, pienezza. E anche nell'immaginazione la gioia si differenzia dal piacere connotandosi come più attiva e più sociale. Ma il dato più evidente è la completa mancanza di sovrapposizione tra le emozioni positive e negative. La mente felice non concede spazio alle immagini negative?

Non commentiamo la quinta variabile, i *dialoghi interni*, in quanto data l'elevatissima variabilità individuale in termini di lunghezza, contenuto e stile non è risultato possibile identificare caratteristiche formali chiaramente categorizzabili. Ciò conferma, d'altronde, come le emozioni siano più strettamente legate alle immagini mentali che alle rappresentazioni verbali[4].

Conclusioni

Anzitutto notiamo come lo studio sia centrato sulle emozioni di base, che per loro natura sono transitorie. Ciò è in sintonia con le diffuse concezioni correnti sulla felicità che, presentandosi come una "esperienza di picco", non

[4] Per ulteriori approfondimenti sulla gioia e sul piacere rimandiamo a precedenti pubblicazioni (Borgo, 2010; Filippi e Borgo, 2011).

è duratura. Tuttavia, altre definizioni di felicità – e ancora di più di benessere – mettono l'accento sulla frequenza di tali esperienze nella vita quotidiana, sia in termini di frequenza assoluta che in rapporto alle esperienze di contenuto emotivo negativo.

Ci si può chiedere: cosa stabilizza l'esperienza di benessere emotivo e/o aumenta le *chances* di momenti felici? Crediamo che, sul piano dell'esperienza emotiva, debbano essere considerate le emozioni cosiddette "valutative", che dipendono più strettamente da convinzioni personali, quindi da variabili cognitive (speranza, ottimismo, soddisfazione). Le valutazioni personali rilevanti, tuttavia, non vengono esaminate nel nostro studio, che mira a esaminare singoli episodi.

In secondo luogo notiamo come gli eventi esterni di vita positivi (ovvero le "situazioni") possano contribuire sostanzialmente al benessere/felicità, mostrandosi strettamente associati alla gioia e al piacere. Questo, che può sembrare un risultato abbastanza ovvio e intuitivo, implica però che nello studio delle dimensioni del benessere (felicità, qualità e soddisfazione di vita, etc.) non ci si possa limitare esclusivamente alla percezione soggettiva degli eventi e delle condizioni oggettive del contesto di vita, come vorrebbe un punto di vista cognitivista "puro". L'effetto delle esperienze di vita positive è tale che su di esso è basato un trattamento della depressione, la cosiddetta "attivazione comportamentale", la cui efficacia risulta pari a quella dei trattamenti più noti di stampo cognitivo (Cuijpers, 2007).

In terzo luogo bisogna osservare come condizioni chiaramente percepibili (come ad esempio la malattia) siano più influenti sulle risposte emotive di condizioni più astratte (come ad esempio salute) che non si esprimono in particolari "eventi". Questa osservazione può aiutare a spiegare il dato empirico che la condizione di benessere materiale, in termini ad es. di reddito, non sia molto correlata alla felicità: una volta raggiunto un certo grado stabile di reddito, l'individuo si "abitua" ad esso, mentre laddove partiva da un reddito basso o inesistente, qualunque incremento rappresentava un "evento". Ed è anche coerente con il dato rilevato negli interventi preventivi e promozionali che la salute, come valore astratto, non è un elemento fortemente motivante.

In quarto luogo, crediamo di poter affermare che il nostro studio confermi la necessità di distinguere tra il benessere edonico e il benessere eudemonico. Tale differenza può essere ricondotta a quella esistente tra le due emozioni di base: piacere e gioia. Infatti, mentre il piacere si associa a sensazioni e condizioni sensoriali, quali dolcezza, dondolio, pienezza, riposo, rilassamento, o sensazioni termiche, la gioia invece si associa a sensazioni e condizioni di natura chiaramente sociale. Dai nostri dati emerge chiaramente come non solo le condizioni e gli eventi che suscitano gioia siano di natura sia sociale (situazioni interpersonali) che auto-valutativa (soddisfazione), ma anche come le im-

magini mentali e le componenti somato-affettive siano diverse, caratterizzate da eccitamento, allegria, leggerezza.

Queste caratteristiche della gioia ci sembra immediato accostarle all'"eudemonia", l'insieme delle virtù che Aristotele assegnava alla natura umana, in quanto distinta da quella animale. Questo costrutto, più correlato allo sviluppo e alla crescita del carattere, è diventato un ambito di ricerca importante sulle differenze individuali, soprattutto per la diffusione delle Scale di Ryff del Benessere Psicologico (*Ryff Scales of Psychological Well-being*). Sei sono le scale che lo compongono: autonomia, crescita personale, auto-accettazione, scopi esistenziali, senso di padronanza dell'ambiente, e relazioni positive con gli altri.

La felicità, quindi, non si realizza soltanto con esperienze di benessere edonico, ma con lo sviluppo del potenziale personale, in termini di capacità e competenze personali e sociali, in direzione dell'integrazione con il contesto sociale della persona.

Considerazioni finali

Non pretendiamo di avere esaurito nello spazio di quest'articolo le risultanze delle ricerche sulla tematica del benessere e della felicità. Crediamo però di aver illustrato quanto sia fruttuoso adottare anche in questo campo una prospettiva bio-psicosociale, che assuma in un quadro unitario le interazioni tra i comportamenti e le variabili somato-affettive, cognitive e contestuali, che definiscono lo studio della persona.

Bibliografia

Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping: New perspectives on mental and physical well-being.* San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1984). A call for a new question – Salutogenesis – And a proposed answer – The sense of coherence. *Journal of Preventive Psychiatry*, 2, 1–13.

Argyle M. (1987). *The Psychology of Happiness.* York, UK: Methuen. [Trad. it.: Psicologia della felicità, Cortina, Milano, 1988].

Argyle M. & Martin M. (1991) The psychological causes of Happiness. In: *Subjective well-being, an interdisciplinary perspective,* a cura di Strack F., Argyle M. & Schwarz, N. 1. ed. - Oxford u.a.: Pergamon Press.

Becchetti L. (2009). *Oltre l'homo oeconomicus. Felicità, responsabilità, economia delle relazioni.* Roma: Città Nuova Ed.

Borgo S. (1997). Mental images and cognitive sets in emotional states. *Psicoterapia cognitiva*,1, 3, 2-3, 25-26.

Borgo S. (2006). Strategie comportamentali nella autoregolazione emozionale. *Psychomed*, 1, 1-3, 11-15.

Borgo S. (2008a). Il vissuto emozionale: un nuovo metodo di studio (Feelings: a new method of study), *Idee in psicoterapia*, 1, 2, 51-66

Borgo S. (2008b). Emotional self-regulation and dysfunctional coping styles. *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*, 14, 2, 23-24

Borgo S. (2008c). Quanto è "cognitiva" la regolazione emozionale? *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, XIV Congresso Nazionale SITCC, 218.

Borgo S. (2010). Il piacere ed il corpo, *Idee in psicoterapia*, 3, 1, 103-118Borgo S. (2011) Il tormento e l'estasi. In: *Psicoterapie e Neuroscienze*, Petrini P., Zucconi A. (a cura di). Roma: Ed. Alpes.

Scheier M.F., Carver C.S. (1985). Optimism, coping and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychol*; 4: 219-47.

Colombo F. e Goldwurm G.F. (2007) Psicologia positiva e psicoterapia. *Psicologia della salute*, 2007, N.10, (117-126).

Cuijpers P., van Straten A., Warmerdam L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27: 318 – 326.

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, Vol 55(1), Jan, 34-43.

Ekman P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion*, 6, 169-200.

Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196:129–136.

Filippi L., Borgo S. (2011) Il Piacere tra mente e corpo, *Il Pendolo*, XIII, 8-17.

Ghaemi S.N. (2010). *The Rise and Fall of the Biopsychosocial Model: Reconciling Art and Science*. Baltimora: The Johns Hopkins University Press.

Goldwurm G.F, Baruffi M., Colombo F. (2004) *Qualità della vita e benessere psicologico: aspetti comportamentali e cognitivi del vivere felici*. Milano: McGraw-Hill Italia.

Grinker R. R. (1980) On an integrated medical model of psychiatry: Medical model–behavioral model. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, Vol 5(4), Dec, 240-242.

Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist, 44*, 513-524.

Kahneman, D. & Tverski A. (2000). *Choices, Values and Frames*, Cambridge, Cambridge University Press.

Kobasa S.C. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *J Pers Soc Psychol*; 37: 1-11.

Lyubomirsky S. & Lepper H. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46:137-155.

Majani G., Callegari S. (1998). *Sat-p/Satisfaction profile. Soddisfazione soggettiva e qualità della vita*. Trento: Erickson Ed.

Matheny K.B., Curlette W.L., Aycock D.W., Pugh J.L. & Taylor H.F. (1987). *The Coping Resources Inventory for Stress*. Atlanta, GA: Health Prisms.

Pruneti C.A. (2014). Positive Psychology as a forerunner of the most relevant models in Psychopathology and Psychotherapy. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, Vol. 20 (1):53-62.

Rozanski, A., Blumenthal, J.A., Kaplan, J. (1999). Impact of Psychological Factors on the Pathogenesis of Cardiovascular Disease and Implications for Therapy. *Circulation*, 99:2192-2217.

Ruini C., Ottolini F., Rafanelli C., Ryff C.D., Fava G. A. (2003). La validazione italiana delle Psychological Well-being Scales (PWB). *Rivista di psichiatria*, 38, 3: 117-130.

Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J. Pers. & Soc. Psychol.*, 57, 1069–1081.

Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N., & Pierce, G. R. (1987). A brief measure of social support: practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4(4), 497-510.

Satterfield J. M. (2001). Happiness, excellence, and optimal human functioning. *West. J. Med.*, 173:26-29.

Seligman M.E.P. and Csikszentmihalyi M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.

Selye H. (1956). *The stress of life*. New York, NY, US: McGraw-Hill.

Sibilia L. (1995). La Qualità della vita. Editoriale. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, vol. 1 (3): 3-4.

Sibilia L. (2004). Presentazione: Qualità della vita nella ricerca e nella società, in: Goldwurm G.F., Baruffi M. & Colombo F. *Qualità della vita e benessere psicologico: aspetti comportamentali e cognitivi del vivere felici.* Milano: McGraw-Hill Italia.

Sibilia L. (2008). Le basi neurofisiologiche del benessere psicofisico. Conferenza su invito alla *II Giornata Nazionale di Psicologia Positiva* (Chieti, 15 novembre 2008), manoscritto non pubblicato.

Sibilia L. e Borgo S. (2000). Analisi tramite reti neurali del rapporto tra immagini ed emozioni. *Quaderni di psicoterapia cognitiva*, suppl. 6, marzo, p. 134.

Sitografia

http://www.treccani.it/vocabolario/ricerca/felicità/Sinonimi_e_Contrari/ (consultato nel nov. 2014)

http://dico.isc.cnrs.fr/dico/en (consultato nel nov. 2014)

http://www.who.int/en/ (consultato nel nov. 2014)