

IL CORPO NON MENTE: IMPARIAMO AD ASCOLTARLO

Verena Elisa Gomiero*

Introduzione

Il corpo è lo sfondo di tutti gli eventi psichici. A questa concezione giungono i tentativi di cogliere il nesso soma-psiche, che la filosofia aveva separato nell'antichità col dualismo platonico, e nell'età moderna con la dicotomia cartesiana tra *res extensa* e *res cogitans*, e segnano l'inizio della emancipazione della psicologia dall'ambito filosofico, in cui era inclusa.

Intorno a questa problematica segnaliamo alcuni fondamentali contributi:

- In campo filosofico, per E. Husserl «occorre illustrare ed evitare gli errori seducenti in cui sono caduti Cartesio e i suoi successori» (1931 p. 6).
- La risposta fenomenologica che, anticipata da Brentano, ripresa da M. Heidegger, sviluppata da J. P. Sartre e concretamente articolata da M. Merleau-Ponty e da L. Binswanger, per la quale « la lacerazione dell'uomo in anima (*res cogitans*) e corpo (*res extensa*) è il cancro di ogni psicologia» (1946, p.22) e esclude la possibilità per la psicologia di porsi come scienza esatta, non essendo possibile oggettivare la soggettività, che è il riferimento specifico di questo ambito disciplinare.
- In campo psicologico per C. G. Jung « la distinzione fra anima e corpo è un'operazione artificiale»(1921, p.527).

Il Costruttivismo

Nella Teoria dei Costrutti Personali di G. A. Kelly, non viene utilizzata la distinzione dicotomica tra mente e corpo anzi, sono considerati come un insieme inscindibile. La psicologia dei costrutti personali (PCP) è un tentativo di parlare delle persone in un linguaggio unitario (Bannister e Fransella, 1971).

Si distingue dalle altre teorie perché pone al centro del suo sistema teorico i processi. Infatti il postulato fondamentale da cui parte dice: «I processi di una persona sono psicologicamente canalizzati dai modi in cui essa anticipa gli eventi». Kelly sostiene che, una persona è impegnata a capire la sua natura e la natura del mondo e a verificare quanto questa comprensione la guidi e le permetta di vedere nel futuro a breve e a lungo termine. Il modello di persona nella teoria dei costrutti è *lo scienziato*: vuol dire che abbiamo la nostra visione del mondo, la nostra teoria, le nostre aspettative di ciò che accadrà in determinate situazioni, le nostre ipotesi e che il nostro comportamento è un continuo esperimento con la vita.

La teoria di Kelly fa riferimento ad un sistema di costrutti personali composto di unità interrelate di discriminazione, i costrutti appunto. Quest'ultimi costituiscono l'unità elementare di discriminazione attraverso la quale si attua il processo di costruzione, e sono una dimensione di senso. I costrutti possono

* Psicologa Psicoterapeuta ICP (Institute of Constructivist Psychology) Padova

essere: «*esplicitamente formulati o implicitamente agiti, verbalmente espressi o totalmente inarticolati, intellettivamente ragionati o vegetativamente sentiti*».

Se l'uomo è una forma di movimento, in quale direzione si muove?

La persona sceglie per sé quell'alternativa che le permetterà una sempre maggiore capacità predittiva (Corollario della Scelta ¹). La possibilità di muoversi liberamente è legata alla capacità di anticipare gli eventi e di conseguenza alla sempre maggiore definizione ed estensione del sistema di costrutti, ossia quanto meglio e quanti più eventi si riescono ad anticipare.

Per la teoria dei costrutti personali, un "disturbo" è qualsiasi elaborazione personale di un costrutto che continua ad essere impiegata, pur essendo già stata chiaramente invalidata. E' come se il paziente, dal punto di vista psicologico, si fosse "inceppato". Il paziente non è in grado di condurre degli esperimenti alternativi, e per questo continua nella stessa forma di elaborazione dei costrutti. La malattia non è un'entità definibile secondo criteri esterni al sistema personale, ma corrisponde ad un disturbo nel processo di elaborazione del sistema stesso: alla difficoltà del sistema di costrutti personali di modificarsi in relazione alle modificazioni che percepisce nell'ambiente da esso stesso definito.

All'interno di una prospettiva costruttivista non esistono malattie "psicosomatiche": esistono processi personali che possono essere costruiti (interpretati, compresi) da un punto di vista fisiologico o psicologico (o anche chimico, fisico, sociologico..).

Nella psicologia dei costrutti personali la terapia è un processo creativo, sia per il paziente che per il terapeuta. «La psicoterapia dovrebbe far sentire alla persona che sta tornando a vivere» (Kelly). Lo scopo è consentire alla persona di elaborare attivamente il proprio sistema di costrutti; sente, così, che si sta rimettendo in movimento, "*agisce aggressivamente*"².

La PCP riguarda l'esperienza umana tout court, e quindi ha a che vedere con il cambiamento umano. L'elaborazione dei costrutti non equivale a "pensare" né a "sentire" bensì a "*discriminare*". Esempio: il senso di disagio che accompagna un esperimento comportamentale malriuscito rappresenta l'elaborazione di un costrutto, né più né meno della celebrazione verbale della bellezza del cielo al tramonto.

Rappresenta il modo in cui abbiamo percepito, con un certo grado di consapevolezza, che certi eventi nella realtà che ci circonda tendono a ripetersi, e per questo si differenziano da altri eventi. Possiamo discriminare in modo istintivo (quindi a livello di consapevolezza non verbale) o in modo esplicito, a livello verbale. Nell'uno come nell'altro caso, abbiamo elaborato un costrutto (F. Fransella, P. Dalton).

¹ Corollario della Scelta: «una persona sceglie per sé quell'alternativa in un costrutto dicotomizzato per mezzo della quale anticipa la maggiore possibilità di elaborazione del suo sistema» (Kelly, 1955).

² Aggressività: è l'elaborazione attiva del campo percettivo (Kelly, 1955).

Secondo Kelly, esiste un modo alternativo di guardare al rapporto tra la mente e il corpo, o tra la dimensione cognitiva e quella emotiva: è quello che egli definisce in termini di “*livelli di consapevolezza*”. Si tratta pur sempre di costrutti, l’unica differenza sta nei diversi livelli di consapevolezza che, di volta in volta, ne possiamo avere. Al livello di consapevolezza più basso si collocano quelle costruzioni *preverbal*i che abbiamo elaborato prima ancora di parlare, e che ci portiamo tuttora con noi. Sono costrutti di cui non sempre, a ben vedere, siamo consapevoli: è come quando “sentiamo”, fisicamente, che non ci piace la persona a cui stiamo stringendo la mano, senza che sappiamo dire, lì per lì, il perché (F. Fransella, P. Dalton, pag.21).

Noi e il nostro corpo siamo una cosa sola. Esempio: se alteriamo il nostro equilibrio corporeo immettendo nel corpo dei liquidi nocivi, è probabile che vedremo, costruiremo e esploreremo le cose in modo diverso da come faremmo senza avere assunto tali liquidi. L’elaborazione di un costrutto, in altre parole, non avviene soltanto nella sfera mentale. Sia pure con livelli di consapevolezza diversi, ci troviamo ad elaborare costrutti, ossia ad attribuire senso al mondo che ci circonda, sia che facciamo dei calcoli a mente, o una meditazione, o un’acrobazia (Idem).

I costrutti vengono creati e modificati. G. Chiari (2002) afferma, che l’intero processo di sviluppo personale può essere visto come uno scambio continuo di gesti tra la persona e gli altri significativi: il bambino comunica alla madre il suo senso di fame prima attraverso i gemiti e solo successivamente utilizzando simboli verbali, la madre risponde alla sua domanda porgendogli il seno. A sua volta il bimbo comprende e risponde al gesto materno. La comunicazione, quindi avviene innanzitutto a un livello non verbale e passa attraverso il corpo: una conoscenza radicata nella nostra corporeità, *embodied*, ossia che si sviluppa e si esprime attraverso il corpo. La maggior parte delle discriminazioni create e utilizzate nell’infanzia non sono verbalizzabili (*preverbal*i). Esse potranno permanere nella vita adulta ed essere ancora difficilmente verbalizzabili, semmai esprimibili con quel linguaggio dei sogni, delle immagini e delle posizioni del corpo che si caratterizza, per una particolare lassità.

Un nuovo costrutto può essere creato partendo sia dal lato verbale che dalla sensazione corporea.

Spesso questo materiale resta “sommerso”, nel senso che non è facilmente accessibile alla coscienza: si può dire che sia ad un basso livello di consapevolezza. Qualcuno potrebbe parlare di “*inconscio*” ma Kelly, invece di considerarlo un luogo entro cui sono ricacciate una serie di esperienze sgradevoli o inaccettabili, che diventano poi fonte di disturbo per la nostra attività cosciente, ce lo propone come un territorio inesplorato, che può anzi offrirci significati che sono rimasti a lungo inaccessibili o che si traducevano in forme espressive non sempre chiaramente decifrabili. Può offrirci delle direzioni alternative senza che, per questo, dobbiamo a tutti i costi e tempestivamente proporci di renderle consapevoli. D. Bannister a tal proposito dice: «Se

vogliamo veder crescere i nostri fiori, non dovremmo continuamente tirarli fuori dal terreno per vedere come si stanno sviluppando le radici».

Questi costrutti, che operano fuori dall'ambito verbale, sono nuovi costrutti di cui la persona diviene consapevole inizialmente solo in forma di vaghe sensazioni e di comprensioni molto approssimative. Allo stato attuale essi possono essere sia costrutti del tutto *nuovi* sia costrutti che si sono formati prima che la persona fosse in grado di utilizzare etichette verbali, cioè costrutti molto vecchi che non sono mai stati etichettati verbalmente.

La persona prova forti sensazioni quando è più vitale ed attraversa un cambiamento particolare. In questi casi la PCP non parla di emozioni ma di *transizioni* per indicare quell'esperienza a cui andiamo incontro quando il processo di verifica del nostro sistema di costrutti ci pone di fronte alla possibilità di un cambiamento e sono: *ansia, minaccia, paura, colpa, ostilità e aggressività*. Non c'è una transizione giusta o sbagliata, ma ognuna va considerata sempre all'interno della struttura inter-personale, vale a dire delle possibilità di movimento che può offrire a una persona in un determinata situazione.

Il corpo è una preziosa fonte di informazioni, alle quali frequentemente si rinuncia, il corpo è qui, lo si può vedere e toccare, lo si può ascoltare, se ne possono percepire i movimenti interni ed esterni.

Cominciando con il corpo e le sue azioni il terapeuta può tracciare una nuova via, che trasforma il complesso sistema di orientamento delle risposte/domande in un laboratorio del far domande: in modo tale che sia possibile mettere in discussione domande che canalizzano le nostre azioni quotidiane.

Il processo terapeutico

Questa premessa teorica penso possa esser utile per tracciare il percorso che ho potuto fare con pazienti con "disturbi di somatizzazione", incontrati nel mio tirocinio di specializzazione in psicoterapia presso il Centro di Salute Mentale del 1° Servizio Psichiatrico di Padova. Il mio intento non era, certo, quello di "costringerli" a cambiare la loro costruzione di mente-corpo ma, quello che iniziassero a prestare attenzione a loro stessi da un altro punto di vista.

Partendo dal presupposto che: «Non si può non comunicare», 1° Assioma della Comunicazione secondo Watzlawick, (1971), anche il corpo ci comunica e comunica agli altri qualcosa. Partire dal corpo per permettere al paziente di percorrere e sperimentare una via alternativa, una narrazione nuova, questo è stato il filo rosso che ho seguito nei colloqui con i pazienti. Nel piccolo progetto che ho presentato ai responsabili della struttura, ho evidenziato gli obiettivi che mi ponevo:

- Raccogliere informazioni su come i pazienti vivono e comunicano il loro malessere;

- “Aiutare” il paziente a prestare attenzione ai messaggi che il corpo invia e come poterli “utilizzare”;
- Come vivono i pazienti l’uso di psicofarmaci, che spesso causa loro dei “vissuti particolari”, eventuali differenze/somiglianze tra pazienti di sesso femminile e maschile;
- Che tipo di linguaggio (costrutti) di usa in famiglia per parlare della “malattia”, che significato ha essere malato?
- Quali sono le tipologie di malattie “psicosomatiche” che si presentano nei pazienti?

Per poter affrontare queste aree sono stati utilizzati:

- Colloquio psicologico.
- Disegno dello schema corporeo del paziente (il paziente doveva evidenziare quali malattie, disturbi problemi in generale aveva avuto), se necessario anche quello dei familiari. Questo permette al terapeuta di avere informazioni su come il paziente e il suo sistema familiare costruiscono la sofferenza, che significato le attribuiscono.
- Focusing o focalizzazione: serve per comprendere come una vaga “emozione”, emersa da una sensazione corporea e quindi traslata in espressione verbale, possa inserirsi nella struttura personale globale del paziente. Il focusing insegna ad ascoltare se stessi nel momento presente, volgendo l’attenzione al proprio corpo e al proprio mondo interiore. Il metodo è strutturato in sei passi ma, trattandosi di un processo basato sull’esperienza soggettiva attribuisce una grande importanza alla ricerca di un approccio personale alla pratica. La percezione può essere descritta da simboli (parole, frasi, immagini) ed esplorata mediante domande che hanno l’obiettivo di far emergere le risposte dal profondo.
- Laddering: procedura che consiste in una modalità di elicitazione dei costrutti per cui la persona è in grado di mostrare l’integrazione gerarchica del suo sistema di costrutti. Ad ogni costrutto elicitato, viene chiesto, alla persona, da quale polo di quel costrutto preferirebbe essere descritta. Se, per esempio dice che preferirebbe essere una persona *magra* anziché *grassa*, le viene chiesto *perché* è preferibile per lei essere magra e si continua così. Il prodotto finale sarà qualche costrutto superordinato (costrutto che ne comprende un altro come uno degli elementi del suo contesto), che ha a che fare con la filosofia di vita della persona. Allo stesso modo la conversazione scalare può essere diretta verso il basso, verso i costrutti più subordinati (costrutto che è compreso come elemento nel contesto di un altro). Esempio possiamo chiedere come vede una persona grassa, la persona potrebbe dirci che la vede stanca e allora potremmo chiederle da cosa lo capisce e lei potrebbe risponderci che non fa nessun tipo di attività fisica ecc.

Esempi pratici emersi nel corso dei colloqui. Per rispettare la privacy dei pazienti userò nomi di fantasia.

Tabella n°1

- Mauro, alla richiesta di disegnare lo schema corporeo rimase un po' perplesso. Nel colloquio successivo arrivò con il disegno fatto e tutti i tipi di malattie che aveva avuto e aveva, e disse: «finalmente posso parlare del mio malessere fisico con qualcuno, mi è stato utile scrivere». La sua costruzione, emersa nel corso degli incontri, era: «sono debole fisicamente, non riesco a lavorare, non valgo, perciò non sono un buon padre di famiglia» Temeva di perdere la fiducia dei figli e della moglie, perché si costruiva come debole. Questa era l'immagine che i genitori gli avevano sempre rimandato, validata anche dal fatto di avere una sorella con forte disabilità (fisica e mentale).

- Piero parlando del suo corpo disse che gli serviva per lavorare, sin da quando era piccolo lui era sempre stato abituato a lavorare, non si era mai fermato, non aveva mai sentito la fatica. Quando iniziò a sentirla si spaventò molto perché non sapeva gestirla, ma soprattutto la sua costruzione di "bravo lavoratore" iniziò a vacillare. Il lavoro era l'unica modalità di mettersi in relazione con gli altri compresa la sua famiglia, aveva passato nel corso degli anni la maggior parte del tempo a fare mille lavori e non aveva mai trascorso una giornata intera con i 3 figli e la moglie.

- Un esempio di Laddering di Angela :

Laddering Up: Costrutto Metterci impegno/Nullità (la paziente si costruisce come una nullità)

Nullità → Essere spregevole, anche dalla società è vista così
Perché non si impegna

→ Si adagia troppo sul tram-tram → Apatica
Non da senso alla vita, non partecipa.

Laddering Down: Costrutto Argento vivo/Apatica (la paziente costruisce le altre donne come argento vivo)

Argento vivo → Mille iniziative, mille idee, «voglia» → Ama la vita
Modo di

Fare → Cerca di migliorarsi, ci mettono passione → Mai stanche
Dicono

«Facciamo » → Polivalente in tutto, amano il fare.

- Un esempio di Focusing emerso nel lavoro terapeutico con Silvia:

«Non riesco a sentire, non riesco a parlare di cosa sento, non riesco a descrivere niente, sento questo nodo alla gola che mi fa ostruzione». Nel colloquio successivo la paziente inizia a descrivere questo nodo alla gola: rotondo, nero con delle sfumature rosse, verdi, celesti come quando si fanno le scintigrafie. Dice che non aveva mai pensato al suo male fisico in questi termini.

La metodologia utilizzata non consiste in test, con risposta giusto/sbagliato, ma in strumenti che permettono al paziente e al terapeuta di poter fare un percorso insieme come due co-sperimentatori.

Il numero minimo di colloqui stabilito era 10, con alcuni pazienti è stato possibile farne di più. Questo sia per disponibilità loro, sia perché la mia esperienza di tirocinio prevedeva un termine.

La prima cosa che ho osservato nel lavorare con i pazienti è quanto sia ben radicata la distinzione dicotomica tra mente e corpo. Le persone sono “abitate” a differenziare tra ciò che è corporeo e ciò che è mentale. Quasi tutti i pazienti mi dicevano: «ah si tratta della mia testa ma il corpo sta bene o viceversa».

Uno dei primi passi è stato chiedere loro di disegnare il proprio schema corporeo e di evidenziare le malattie che avevano avuto (di qualsiasi tipo). La reazione alla mia richiesta è stata per lo più di sorpresa e perplessità. Quasi tutti hanno fatto fatica a portare a termine il compito. Qualcuno ha rifiutato e ha scritto solo le malattie, dicendo che non sapeva disegnare. E' stato proposto anche un passo successivo, ossia fare anche lo schema dei familiari, con le relative malattie, ma quasi tutti si sono rifiutati, l'argomento è stato comunque affrontato nei colloqui. Questo per lavorare anche sul sistema familiare del paziente.

Le malattie, o i disagi, che hanno trovato espressione attraverso la corporeità, nei pazienti con i quali ho lavorato, sono stati principalmente: cefalea, stanchezza fisica, pruriti alle mani e ai piedi, difficoltà respiratorie, gastrite, psoriasi, obesità.

Come viene “costruita” la malattia?

Spesso come segno di debolezza, un'etichetta che ti condanna, soprattutto negli uomini. Un uomo debole non vale, e nelle relazioni con gli altri tale costruzione porta ad instaurare relazioni di dipendenza³ e non “di ruolo”. La differenza sta nel fatto che la *relazione di ruolo* richiede che una persona non costruisca solo il comportamento dell'altro, ma tenti di costruire il modo in cui l'altra persona sta *esperendo il proprio mondo*⁴. Questo non vuol dire che

³ Relazione di dipendenza: costruito che lega un bisogno ad una persona o ad un oggetto. E' la distribuzione delle dipendenze di una persona in una rete sociale a definire la dimensione *dipendenza non dispersa/dipendenza dispersa*. La maturità di una persona consiste, come Kelly (1955) sottolinea, nel «vedere le linee dimensionali della sua dipendenza estendersi attraverso gli altri»

⁴ Il Corollario della Socialità che prende in considerazione le relazioni interpersonali dice: «*nella misura in cui una persona costruisce i processi di costruzione di un'altra, può giocare un ruolo in un processo*

comprendendo l'altro noi saremo automaticamente d'accordo con lui, potremmo anche decidere di opporci a ciò che vediamo nell'altro, ma questa opposizione è basata su ciò che chiamiamo relazione di ruolo.

Restando nell'ambito della dipendenza, invece, è evidente che si possa dipendere anche da un farmaco. Il paziente non sperimenta, ma si affida totalmente ad altro: al farmaco. Si delega al farmaco e a chi lo prescrive una guarigione, il paziente rimane passivo e aspetta che qualcuno risolva il suo problema.

Anche per i pazienti, incontrati nella mia esperienza al CSM, i farmaci avevano la loro importanza: qualcuno li considerava un valido aiuto, un sostegno per stare meglio, qualcun'altro li rifiutava perché li associava alla malattia mentale e la persona non si considerava tale. C'era chi inizialmente li aveva trovati utili, ma poi preferiva un lavoro psicologico per affrontare i problemi. Chi invece considerava entrambi indispensabili. Insomma ognuno ha attribuito un significato al farmaco in base alla propria costruzione di malattia.

Conclusioni

Il lavoro svolto è stato interessante, mi ha permesso di fare esperienza come psicoterapeuta, seppur in formazione: sono entrata in relazione con diversi modi di considerare e vivere la sofferenza. Ho sperimentato che ogni paziente è prima di tutto una persona e compito del terapeuta è provare ad accettarla e comprenderla, cosa non facile ma indispensabile per poter lavorare *con* qualcuno e non *su* qualcuno. Mi hanno toccato in modo particolare le parole di una paziente mi disse: «la ringrazio perché lei mi considera una persona». Dimensione ormai desueta per lei, il suo ruolo era un altro, ai suoi occhi e agli occhi degli altri.

Come è possibile restituire il senso delle “proprie possibilità” a chi l'ha perso?

Il paziente dovrebbe esser coinvolto in prima persona nella relazione terapeutica e non essere un semplice spettatore. Chiedere cosa ne pensa, come vede una particolare situazione, è uno stimolo fondamentale, se fatto nel rispetto dei tempi del paziente, che altrimenti si sentirebbe minacciato. Utile è anche lavorare attraverso “*l'anticipazione*”, che ci permette di fare ipotesi utili, per muoverci, per avere una parte attiva nella vita di tutti i giorni, per metterci in relazione con gli altri, per esplorare e sperimentare.

Una buona domanda vale più di un'ottima risposta perché permette alle persone di mettere in discussione le proprie costruzioni e così riconsiderare, rivedere, ricostruire. Il *comportamento* del terapeuta è il mezzo più importante per fare domande e non una semplice attività verbale o intellettuale. Dal punto di vista della psicologia dei costrutti personali il comportamento deve essere utilizzato per scopi investigativi. Attraverso il comportamento le persone arrivano a conoscere se stesse. Comportandosi in un certo modo succederà probabilmente qualcosa che la persona utilizzerà come informazione, ed essa sarà in grado, solo allora di comprendersi realmente. Utilizzare il

sociale che coinvolge l'altra persona» (Kelly, 1955)

comportamento come una sonda o chiave per aprirsi un passaggio verso nuove informazioni. Spesso un costrutto viene espresso attraverso il comportamento, acquista, cioè, un'espressione attraverso il corpo; è un altro modo di vedere la corporeità di un costrutto (Epting, 1984). Il comportamento fa parte del processo di sperimentazione, anziché esserne il prodotto finale.

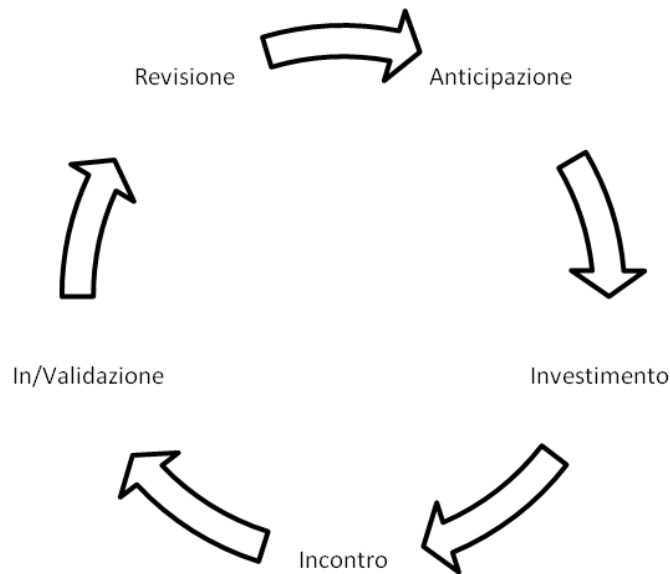
Connessa all'approccio costruttivista al comportamento è l'idea che la persona esplori e si schiuda al cambiamento del sistema, attraverso l'azione, questa azione è un'indagine. Il paziente deve percepire di potercela fare, deve poter rimettersi in gioco, rimettersi in movimento, tornare ad anticipare gli eventi, cosa che prima non riusciva più a fare. La psicoterapia può servire a questo. I pazienti spesso si costruiscono in modo passivo: «tu sei l'esperto guariscimi, dimmi cosa devo fare, trova la soluzione per me». Forse è anche l'Istituzione stessa che rimanda questa costruzione, favorisce una certa dimensione di dipendenza e non stimola un atteggiamento attivo-propositivo.

Anche con i miei pazienti ho sperimentato questo atteggiamento: «non sono abituati a farsi domande ma vogliono subito risposte». Da un certo punto di vista è anche comprensibile, perché chiedono al terapeuta di poter stare meglio nel più breve tempo possibile: però spesso senza chiedersi come siano arrivati a star male, quale sia stato il percorso fatto. Si vorrebbe eliminare il sintomo, ma senza fermarsi sul resto.

La psicologia dei costrutti personali considera la terapia come quella relazione tra due persone che consente a una delle due (definita cliente) di utilizzare attivamente l'abilità e la conoscenza dell'altra (definita terapeuta) per poter gestire la sua vita in maniera più efficace e creativa. Lo scopo di questa terapia è *insieme* la comprensione e l'azione efficace.

Tabella n° 2

Ciclo dell'esperienza: questo grafico ci permette di evidenziare il movimento che il paziente dovrebbe fare, in particolare nella sua esperienza di terapia e in generale nella sua esperienza di vita.



Bibliografia

Bannister D. (1985), La teoria dei costrutti personali e l'inconscio, in *La psicologia dei costrutti personali*, a cura di F. Mancini e A. Semerari, Franco Angeli, Milano.

Bannister D., Fransella F. (1971), *Inquiring man. The psychology of personal construct*. Penguin Books, Middlesex (trad. It. L'uomo ricercatore. Introduzione alla psicologia dei costrutti personali. Martinelli Firenze, 1986).

Binswanger L. (1946), L'indirizzo antropoanalitico in psichiatria, in *Il caso Ellen West e altri saggi*, Bompiani, Milano, 1973.

Chiari G. (2002), *Il vincolo e la possibilità*. Feltrinelli, Milano.

Epting F. R. (1984), *Personal Construct Counseling and Psychotherapy*. J. Wiley & Sons Ltd. (Trad. It. 1990 *Psicoterapia dei Costrutti Personali* a cura di G. Chiari e M. L. Nuzzo, Psycho, G. Martinelli- Firenze).

Fransella F., Dalton P. (2007), *Il Counseling dei Costrutti Personali*. Teoria e pratica. Erickson.

Galimberti U. (1992), *Dizionario di Psicologia*, UTET, Torino.

Husserl E. (1931), *Meditazioni cartesiane*, Bompiani, Milano, 1960.

Jung C. G. (1921), *Opere*, Boringhieri, Torino, 1969 vol VI.

Kelly G. A. (1955), *The psychology of personal construct*, vol I e II, Norton New York (2 nd ed. Routledge, London 1991).

Kenny V. (2004), Si risponde alle domande di embodiment con l'embodiment delle domande, in *Le dimensioni del movimento, la costruzione inter-personale dell'azione*, S. Cipolletta, Guerini Studio.

Watzlawick P., Beavin J. H., Jackson Don D. (1971), *La pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio Roma.