

Mobbing e patologie autoimmuni

Mobbing and autoimmune diseases

V. PERA
B. ORBITELLO
M. COMI
M. CORSARO
P.L. ROCCO

Clinica Psichiatrica PUGD,
Università di Udine

Key words

Mobbing • Autoimmune diseases

Correspondence: Dr. Valentina Pera,
Clinica Psichiatrica Policlinico
Universitario, piazzale S. Maria della
Misericordia 15, 33100 Udine,
Italy
E-mail: vale_pera@hotmail.com

Summary

Introduction

In Italy, only recently, has the particular phenomenon, called mobbing been observed in our work places; despite its frequency and long-term research and foreign studies, it has not received great attention by psychologists and specialists in the organisation of work.

This syndrome is one of the working risk factors, involving organizational and psychological aspects.

Discussion

The word mobbing derives from the ethological vocabulary and indicates attack by a group of people on the weakest member.

The mobber aims to discredit and to isolate the victim, who is forced to make mistakes. For these reasons, the subject who suffers from mobbing, runs the risk of dismissal and his-her interpersonal relationships are damaged.

Occupational stress may be responsible for psychosomatic and mental disorders. The development of mobbing behaviour depends on the continuity of conflicts within the work place.

Generally, the victim of mobbing is isolated from the group and this situation increases the inner suffering, that can determine the development of a mental psychopathology.

Psychodynamic research that investigates the relationship between body and mind presents two areas of great interest: the area of emotional regulation and the area of differentiation of self and others.

Patients suffering from autoimmune diseases present high levels of emotional activation in the absence of a specific stimulus.

They maintain this state of activation as if they were always in a condition of chronic stress.

The mind seems not to recognise the stressor situation as a specific stimulus and it reacts in a generalised way.

This process is similar to the autoimmune response, that is not able to distinguish the self from not self.

Mobbing represents, because of its frequency and continuous hostility, one of the most important causes of chronic stress. It produces damage to psychic and physical health. Some studies have advanced the hypothesis that psychosocial stress can increase individual liability to diseases, such as tumours, infections and autoimmune diseases.

Case report

The case analysed concerns a patient suffering from an autoimmune hypophysitis which spread to target organs.

The working environment is characterized by hostility.

In this situation, the patient has neglected her interests and hobbies; she expresses feelings of sadness and the tendency to cry.

The patient is affected by anxiety, tiredness, mistrust, difficulty in concentrating and articular pains.

Worsening of the autoimmune disease occurred with increase of inflammatory indicators, fever, hypotension, weight increase, tiredness and connectivitis.

A correlation has been identified between stressors and the immune system, thus the relational matrix can be considered as a factor involved in the development of autoimmune diseases.

Conclusion

It is important to establish the way in which a specific mental organization induces the development of an autoimmune disease.

Introduzione

Il termine *mobbing*, in inglese “assalto/attacco”, definisce un concetto mutuato dall’etologia e designa un’aggressione da parte del branco contro l’elemento più debole al fine di cacciarlo. All’inizio degli anni ’90 è stato utilizzato dallo psicologo svedese Heinz Leymann per indicare la violenza psicologica esercitata sul posto di lavoro attraverso attacchi ripetuti da parte di colleghi nell’ambito professionale ¹.

In Italia, il fenomeno del *mobbing* è di relativo recente interesse. Nonostante fosse frequente e diffuso, il problema è stato ignorato per molto tempo dagli psicologi del lavoro e da coloro che nelle aziende hanno funzioni di controllo sulla qualità del lavoro e sul benessere dei dipendenti.

Secondo Mannheim ², potrebbero essere almeno un milione i lavoratori italiani oggetto di *mobbing*; sembrerebbe inoltre che nel nostro paese i lavoratori esposti alle vessazioni lo siano per più tempo che nelle altre nazioni.

L’azione del *mobber* è dunque tesa a screditare, isolare e squalificare la vittima spingendola all’errore. Per tali ragioni il mobbizzato è costretto in una posizione senza difesa ed esposto ad un rischio potenziale di licenziamento; i suoi rapporti lavorativi vanno peggiorando e subisce l’isolamento e l’emarginazione. L’alta frequenza e la persistenza del comportamento ostile producono, quindi, uno stato di sofferenza psichica, che influenza pesantemente tutte le aree di funzionamento psico-sociale. In particolari soggetti predisposti allo sviluppo di sintomi psicosomatici, si può sviluppare uno stato di sofferenza fisica.

Tra le conseguenze di tale condizione è stata evidenziata la cosiddetta PTSD (*Post Traumatic Stress Disorder*), una sindrome caratterizzata da sofferenza psicologica, insonnia, ansietà e, nei casi più gravi, amnesia psicogena, allucinazioni ed episodi dissociativi ³. Altre volte si sviluppano disturbi depressivi anche di tipo grave che vedono come esito ultimo il suicidio ²; in Svezia il 10-20% dei suicidi è scatenato da forme depressive dovute a *mobbing* ³.

Tra le manifestazioni di carattere psichiatrico sono stati frequentemente riscontrati: stati di irritabilità (91%), ansia (55%); disturbi psicosomatici come mal di testa (73%) e dolori di schiena (64%); incapacità ad affrontare le relazioni interpersonali od a svolgere i compiti lavorativi.

Si evidenziano, in particolare, tre fasi: una iniziale di protesta, una intermedia di disimpegno nei confronti dell’organizzazione ed una fase finale di uscita dall’organizzazione.

Il *mobbing* produce anche ripercussioni importanti sulle organizzazioni: fenomeni di assenteismo, calo della produttività e della qualità della prestazione lavorativa, diminuzione progressiva del senso d’appartenenza al gruppo di lavoro ⁴.

Stress e sistema immunitario

Il *mobbing* costituisce, per le motivazioni elencate precedentemente, una delle più importanti fonti di stress cronico; condizione che comporta frequentemente danni alla salute psichica e fisica a vari livelli. Il concetto che lo stress determini alterazioni del sistema immunitario non è recente ma risale già agli anni ’70, quando l’attenzione era focalizzata prevalentemente sugli stressors fisici ⁵⁻⁷. Più recente è, invece, lo sviluppo di una nuova disciplina denominata “psicoimmunologia” che si occupa di analizzare in modo sistematico il sistema immunitario quale sistema in grado di reagire e modificare la sua reattività anche sulla base delle interazioni tra individuo e ambiente mediate dal sistema nervoso ⁸.

La definizione di stress acquista una maggiore valenza nel momento in cui viene ricondotta all’interno di dinamiche relazionali; gli stressors infatti non hanno valore di per sé, se non contestualizzati all’interno dello studio delle modalità con le quali vengono “processati” dall’individuo. Tali modalità si fondano su un delicato equilibrio tra la funzione auto-regolativa e la possibilità di ricorrere a relazioni significative, per poter attuare una sorta di “sintonia fine” dell’autoregolazione.

In una recente rassegna degli studi sulle patologie del sistema immunitario, Solano & Coda ⁹ evidenziano come “un approccio multifattoriale alla situazione psicosociale dei soggetti” permetta di rilevare significative interazioni tra variabili diverse, sia di natura ambientale che individuale, che correlano con situazioni di depressione del sistema immunitario. Gli Autori, in particolare, riportano tra i fattori di rischio eventi stressanti definiti in termini di qualità e quantità delle emozioni, nonché in termini di relazioni interpersonali (perdita di una persona cara, separazione o divorzio, vissuto di solitudine, ecc.).

Alcuni Autori si sono occupati di valutare come le diversità individuali nella risposta allo stress siano influenzate dalle diverse esperienze in età evolutiva; Taylor ¹⁰ ha utilizzato i risultati della ricerca psicoanalitica in questo periodo di vita per suggerire che le difficoltà incontrate nelle interazioni precoci, in quanto ostacolanti un’adeguata interiorizzazione delle relazioni oggettuali, possano comportare anche nell’età adulta una eccessiva dipendenza dalle relazioni reali per la regolazione biologica. Questo comporta, quindi, una diversa risposta a quelli che vengono segnalati come fattori scatenanti o almeno concomitanti nell’insorgenza di varie malattie organiche. In una direzione analoga, Kreisler ¹¹ invita a considerare il “rischio psicosomatico” in età evolutiva sulla base di fenomeni “antecedenti”, come stati di disorganizzazione e manifestazioni di tipo allergico, accanto a “fattori ambientali scatenanti”, come un sovraccarico di eccitazioni o viceversa una carenza di

stimolazioni o una condizione di frustrazione permanente.

Attualmente, è stata avanzata l'ipotesi che il fattore stress psicosociale possa aumentare la predisposizione di un individuo verso determinate categorie di malattie quali quelle infettive, neoplastiche, autoimmuni, e da deficit immunitario. Una serie di studi sono stati condotti per valutare le relazioni esistenti tra i fattori psicosociali e i processi immunitari; alcune ricerche hanno preso in considerazione la variazione del numero delle cellule appartenenti al sistema immunitario, in particolare dei linfociti e delle cellule *Natural Killer* (NK).

McKinnon et al.¹² hanno osservato un basso numero di linfociti T-suppressor in individui che vivono una condizione di stress cronico; Kemeny et al.¹³, mettono in evidenza come l'esposizione agli stressors diminuisca anche la percentuale delle cellule T-Helper e delle cellule T-Suppressor, queste ultime associate ad alti livelli di ansia e di rabbia.

Anche l'eccessivo attaccamento ad un ex-coniuge è stato associato ad una diminuzione della percentuale di cellule T-Helper; e sempre la stessa ricerca ha notato che nelle esperienze di separazione e di divorzio la diminuzione è stata osservata nella percentuale di cellule NK¹⁴.

Un altro parametro, preso in considerazione dai ricercatori, è l'attività citotossica delle cellule NK; questa attività subisce delle diminuzioni sia in presenza di un alto numero dei cosiddetti "eventi della vita" (importanti situazioni di cambiamento), come risulta da uno studio di Irwin et al.^{15 16}, sia a causa di stressors accademici¹⁷ e di lutti parentali¹⁸.

Tutti gli studi citati tendono a dimostrare, attraverso i loro risultati, che esiste un'indubbia correlazione tra gli stressors e i processi immunitari, soprattutto a livello soppressivo, e che alcune variabili quali gli affetti, la solitudine, il conflitto e il supporto sociale possono influenzare queste relazioni.

L'approccio psicodinamico alle malattie autoimmuni

È interessante delineare brevemente, come la ricerca psicodinamica tradizionale sulle relazioni mente-corpo si sia indirizzata principalmente verso due filoni: l'area del riconoscimento e della categorizzazione mentale delle emozioni e l'area della differenziazione tra sé e gli altri.

La prima sottolinea la mancanza di mediazione simbolica del sintomo somatico, dove il corpo malato diventa in qualche modo "estraneo" alle capacità di comprensione della mente e può venire utilizzato per inviare segnali e richieste al mondo esterno¹⁹.

Le difficoltà di riconoscimento delle emozioni rilevate nei soggetti affetti da gravi disturbi psicosoma-

tici²⁰, hanno sostenuto l'ipotesi di un impedimento ad esprimere e a scambiare le emozioni nel gioco costante delle interazioni personali (alessitimia), indicando la funzione di un intervento psicologico-clinico nella direzione di un apprendimento ad utilizzare le parole quali "contenitori" delle emozioni²¹. La letteratura sui disturbi somatici dell'infanzia sottolinea la presenza di un "funzionamento vuoto", caratterizzato da notevole povertà espressiva degli affetti e da una marcata indistinzione nelle relazioni interpersonali²².

Relativamente all'area della differenziazione tra sé e gli altri, lo studio di Anzieu²³ descrive come la pelle sarebbe – metaforicamente parlando – luogo che contiene parte del Sé, definita Io-pelle: egli si riferisce ai fantasmi relativi al contatto e alla separazione, che contribuiscono alla costruzione di un involucro protettivo e differenziante, originato nella reciproca regolazione della diade madre-bambino. Tra altre funzioni, l'autore attribuisce all'Io-pelle anche una funzione immunologica, che, nei fenomeni di autoimmunità, presenta un'inversione dei segnali di sicurezza e di pericolo: "la familiarità, anziché protettiva e rassicurante, è rifuggita come cattiva e l'estraneità, anziché inquietante, si rivela attraente". Ad esempio, la frequente insorgenza del Lupus Eritematoso Sistemico in adolescenza induce a riflettere sui compiti adattivi centrali in questa fase del ciclo di vita: la spinta ad una complessiva riorganizzazione del senso di identità personale propria dell'età adolescenziale comporta una riattivazione del processo di separazione-individuazione, che "rompe il delicato equilibrio fondato sul falso Sé"²⁴. Le disfunzioni somatiche possono esprimere, in questa fase dello sviluppo psichico, la ricerca di un luogo privato e protetto in cui "salvaguardare" un'identità personale separata da quella della madre. In questo caso, però, così come in presenza di sintomi psichiatrici e di disturbi del comportamento, il sintomo offre dei confini che imprigionano l'adolescente "in un'immagine negativa di se stesso", una sorta di "identità negativa" (e fisicamente inadeguata) che costituisce tuttavia una specifica organizzazione relazionale²⁵.

I pazienti con malattie autoimmuni sembrano continuare a reagire, anche in stati di relativa quiescenza della malattia e di non particolare attivazione emozionale, come se si trovassero di fronte ad una condizione stressante perpetua.

La mente sembra non riconoscere più la situazione stressante come stimolo specifico verso il quale attivare difese, ma erge le proprie modalità difensive in maniera aspecifica e generalizzata. Ciò costituisce un'affascinante parallelo rispetto a quanto avviene nella reazione autoimmune, per la quale gli anticorpi non distinguono più "Sé" da "non Sé", attivando difese immunitarie continuamente ed in assenza di una specifica stimolazione.

Nelle storie cliniche dei pazienti con malattie autoimmuni sono state riscontrate particolari ridondanze:

- relazioni con i *caregivers* caratterizzate da massicce forme di etero-regolazione, che vanno da interventi etero-regolatori sia sulle funzioni biologiche (ritmo veglia-sonno, minzione, defecazione, alimentazione) che sulla modulazione dell'emozionalità (rigidità e scarso spazio concesso al “gesto spontaneo” secondo Winnicott ²⁶);
- un vissuto storico di possedere risorse autoregulatorie insufficienti, inadeguate o, comunque, criticabili;
- la difensività reattiva sviluppata per proteggersi dalla funzione eteroregulatoria percepita come una massiccia invasione del Sé, per cui la relazione con i *caregivers* diviene connotata sempre più da un costante allarme contro la possibilità di invasione, salvo poi estendersi ad una sensazione diffusa e pervasiva di “minaccia esistenziale”;
- nel caso in cui sia necessario attivare una difesa oppure una modulazione compensativa verso forti stimolazioni provenienti dal mondo interno (conflitto, angoscia, rabbia) o dal mondo esterno (difficoltà relazionali ed esistenziali), non sembra possibile ricorrere ai *caregivers*, per l'angoscia di annientamento derivante dal senso di invasione massiccia, né alle proprie risorse, giudicate comunque inadeguate. Sembra quindi crearsi una condizione di “vuoto regolativo”, laddove né la etero né l'autoregolazione possano essere utilizzabili;
- in risposta a questo particolare assetto fantasmatico, sembra porsi una condizione di attivazione perenne, con difficoltà nel discriminare stimoli interni da stimoli esterni ed anche l'entità della risposta difensiva necessaria a far fronte agli eventi.

Reazioni psicologiche

Le malattie autoimmunitarie ad andamento cronico, provocano nelle persone emozioni dolorose quali ansia, rabbia, depressione, che con l'aggravarsi della malattia generalmente si accentuano con la conseguente messa in atto di vari meccanismi di difesa. Le angosce, le difese contro di esse e le difficoltà di comunicazione sono presenti, infatti, per tutto il decorso della malattia: dal momento della comunicazione della diagnosi si ripetono poi ad ogni controllo diagnostico e rendono più difficile il rapporto con le terapie e con i loro effetti collaterali, persistendo anche durante le remissioni in concomitanza di qualche importante scelta di vita.

Il primo impatto emotivo avviene proprio alla comunicazione della diagnosi, a causa del brusco passaggio dalla percezione di sé come “sano” a quella di “malato”, in quanto, essendo alcune volte i primi sin-

tomî banali ed aspecifici, può facilmente innestarsi sull'incredulità del paziente il meccanismo della negazione, arrivando in qualche caso anche all'abbandono delle cure farmacologiche.

Col passare del tempo subentrano spesso ulteriori problemi riguardanti le scelte di vita; il trovarsi di fronte, dolorosamente, all'essere affetti dalla patologia in concomitanza di eventi importanti come per esempio il desiderio di una gravidanza oppure il dover affrontare un lavoro potenzialmente dannoso, può portare ad un improvviso peggioramento delle condizioni psichiche o dei sintomi soggettivi. È da questo che si evidenzia l'importanza di un buon rapporto tra il paziente e lo staff curante, per poter ricevere un aiuto determinante nell'affrontare e ricostruire insieme il sistema motivazionale e di “attese” verso il Sé ²⁷.

La capacità di resistenza individuale, definita *hardiness*, è articolata in tre tipologie ²⁸:

- commitment (impegno), indica la capacità di ognuno di credere in se stesso e nelle proprie possibilità, la sensazione di essere coinvolto nella propria vita emozionale e la capacità di impegnarsi in pieno nei rapporti di lavoro, familiari o interpersonali in generale, nonché il saper individuare, nell'arco della propria esistenza, degli obiettivi o comunque delle priorità;
- control (controllo), indica l'assunzione della piena responsabilità degli eventi della propria vita, piuttosto che l'attribuzione a forze esterne quali il destino o il caso; chi lo possiede si sente fiducioso di poter influenzare quegli stessi eventi a proprio vantaggio;
- challenge (sfida), evidenzia una tendenza al cambiamento piuttosto che alla stabilità, questi soggetti vedono nell'evento “stressante” una ulteriore possibilità di sviluppo personale piuttosto che una minaccia alla loro tranquillità; quindi sono continuamente alla ricerca di esperienze nuove e stimolanti.

In una ricerca Kobasa et al. ²⁹ ha riscontrato un'interazione tra eventi stressanti e *hardiness*. Se, da un lato, l'effetto degli eventi stressanti non risulta, di per sé, significativo, quando questi sono presenti in numero elevato, i soggetti dotati di bassa *hardiness* riportano un punteggio di malattia doppio rispetto a quelli dotati di alta *hardiness*. I soggetti, invece, che subiscono pochi eventi stressanti hanno tutti un basso punteggio di malattia, a prescindere dalla *hardiness*, che quindi ha influenzato soltanto il gruppo ad alto stress. Un'interazione tra *hardiness*, eventi stressanti e sostegno familiare viene riscontrata da Kobasa ³⁰: in tale studio si individua come ad ammalarsi maggiormente sono gli individui che, in presenza di un elevato livello di stress e dotati di bassa *hardiness*, percepiscono un elevato sostegno da parte della famiglia; mentre coloro che, in presenza di un basso li-

vello di stress, sono dotati di alta *hardiness* e percepiscono uno scarso sostegno familiare, riportano pochi episodi di malattia. Quindi, questi risultati suggeriscono un uso del sostegno familiare, nei soggetti con bassa *hardiness*, in modo completamente regressivo.

Caso clinico

La vicenda della paziente V.M. (infermiera professionale) si apre nel dicembre del 1999, quando le viene diagnosticata un'ipofisite autoimmune con coinvolgimento degli organi bersaglio (tiroide, surreni, gonadi e apparato gastro-intestinale). La situazione rimane invariata fino al settembre 2002, periodo in cui le viene riconosciuta, per cause di servizio, una lesione dei tendini sovraspinati.

Conseguentemente a questo aggravamento delle condizioni fisiche, la signora viene trasferita da un reparto clinico al Servizio di Direzione Sanitaria in qualità di Oper. Prof.le Collaboratore Infermiere. Qualche mese dopo il trasferimento, a causa di coerenti recriminazioni della signora per quanto concerne la qualità della gestione del lavoro, si instaura un rapporto conflittuale con il direttore e con il responsabile del Servizio. Dal dicembre dello stesso anno, inizia una chiusura comunicativa nei suoi confronti: quando lei telefona al responsabile questi non risponde e non riceve più direttamente da lei la documentazione da visionare e da firmare. Pertanto la signora V.M. viene a trovarsi in un "penoso stato di disagio psico-fisico ... a seguito dell'incresciosa situazione di isolamento informativo-comunicativo e relazionale ...", come lei stessa descrive i sintomi che sono comparsi dopo l'isolamento e l'emarginazione e che le causano un profondo malessere. Tra questi apparirebbero soprattutto un senso di soffocamento, incubi terrifici, insonnia, ansia, nausea, tremori diffusi, sudorazioni, perdita di concentrazione e memoria, dolori lancinanti trafittivi a tutte le articolazioni, pregnante sensazione di tristezza e di sfiducia, crisi di pianto. Tali problematiche raggiungono un peso tale da indurla a richiedere un sostegno psicologico.

I ruoli e le funzioni non chiarite all'interno del Servizio fanno sì che il responsabile chieda alla signora (esperta di formazione e di qualità in relazione al "fattore uomo"), di occuparsi della formazione antincendio e, in relazione a questo, di attivare in tempi estremamente esigui dei progetti. In questa occasione, la signora subisce l'impossibilità di comunicare all'interno del gruppo dirigente e di acquisire le informazioni necessarie per procedere alla costruzione della fase progettuale. Intanto, estromessa dal servizio e dall'ufficio, è confinata, senza alcuna giustificazione, in un minuscolo ambiente con scarso spazio, stipato di documenti, senza telefono e scrivania, adibito ad archivio. Nello stesso periodo di tempo le

vengono rifiutate le ferie, senza un'adeguata motivazione.

L'ambiente di lavoro diventa sempre più insopportabile: l'ostracismo dei superiori, la sospettosità dei colleghi, l'insofferenza che rende il clima lavorativo improduttivo ed insopportabile. All'origine del processo di *mobbing* c'è stato un conflitto concernente l'organizzazione del lavoro, che gestito in modo inappropriato è diventato un conflitto di natura personale: è iniziato pertanto un processo di stigmatizzazione e di pregiudizi ai danni della signora V.M.

In questa situazione, descritta come "uno strappo interno alla sua dignità", ha sviluppato una modalità disadattiva di condurre la propria esistenza: decadimento dei numerosi interessi, scarsi ed aridi rapporti con i colleghi, scarsa operosità e serenità, accompagnati da frequenti crisi di pianto, sentimenti di tristezza, sfiducia, frustrazione, facile faticabilità, irritabilità, difficoltà a concentrarsi, forti dolori osteoarticolari e crisi asteniche che la costringono a letto. La signora accusa una sintomatologia ansiosa ed un comportamento di evitamento fobico del luogo di lavoro, caratterizzato da nausea e contrazioni spastiche del tratto gastro-intestinale; tale corredo sintomatologico interferisce significativamente con la routine quotidiana, il funzionamento lavorativo e la vita sociale.

È stato riscontrato un importante aggravamento della malattia autoimmune: un aumento preoccupante degli indici infiammatori, una poliartralgia, una probabile connettivite sistemica e un aumento ponderale importante (23 kg negli ultimi due anni) probabilmente a causa dell'attivazione del fattore IGF-1, crisi asteniche, ipotensione e febbricola.

Conclusioni

La maggior parte degli Autori mettono in risalto l'importanza degli eventi stressanti, principalmente eventi di separazione e di perdita, nel precedere l'insorgenza e l'aggravamento delle patologie autoimmuni.

È opportuno sottolineare che nelle malattie, nella cui anamnesi vi sia una significativa incidenza di eventi di perdita, vi sono delle caratteristiche comuni: sono patologie con un'eziologia sconosciuta, di tipo cronico e hanno nella loro patogenesi un interessamento del sistema immunitario.

Adams et al.³¹ ha effettuato una ricerca sul ruolo predittivo di grandi e piccoli eventi di vita stressanti, come rabbia, depressione ed ansia nella sintomatologia soggettiva di 41 pazienti con Lupus Eritematoso Sistemico; valutando la relazione tra stress, depressione, ansia, rabbia e sintomi del Lupus Eritematoso Sistemico accusati, e il peso negativo di grandi eventi di vita nella predizione dei sintomi.

I risultati suggeriscono che lo stress, la depressione, l'ansia e la rabbia sono associate e possono aggravare la sintomatologia soggettiva di pazienti affetti da Lupus Eritematoso Sistemico.

Esistono, però, delle differenze individuali nella risposta agli eventi stressanti determinate soprattutto dall'emotività e dalla capacità del singolo di fronteggiarli.

In base ad alcuni dati clinico-sperimentali, è emerso che nel riequilibrio di un individuo, dopo l'impatto con un evento stressante, il fattore più importante consiste nella percezione soggettiva dell'evento stesso, più che nel suo peso valutato in modo assoluto³². Lazarus³³ aveva per primo dato importanza, più che alla valutazione individuale dell'evento, al modo in cui il soggetto affrontava quell'evento medesimo, e successivamente Antonovsky³⁴ introdusse il concetto di risorse di resistenza nei confronti degli eventi stressanti.

Se tali osservazioni fossero suffragate da ulteriori conferme provenienti da modelli sperimentali, i soggetti affetti da patologie autoimmunitarie potrebbero essere aiutati dallo Psicologo Clinico in maniera fo-

calizzata, volta per esempio ad "elasticizzare" e modulare la risposta a stimoli emozionali forti, elaborando principalmente le fantasie relazionali che presiedono all'angoscia del sentirsi invasi, nell'area della *relatedness*, ed all'angoscia del sentirsi inadeguati, nell'area della *self-definition*.

La "matrice relazionale" verificata, va annoverata tra i fattori che presiedono allo scatenamento ed all'esacerbazione di una malattia autoimmune, assieme ai più conosciuti fattori endocrini e farmacologici.

Probabilmente per dare luogo ad uno scatenamento oppure ad un'esacerbazione della malattia occorre un pool dei fattori citati, ovviamente solo in presenza di una determinata predisposizione genetica.

In conclusione, viene spontaneo porsi la domanda se sia il tipo di organizzazione mentale pre-morbosa che abbia favorito, insieme a molti altri fattori, lo sviluppo della patologia autoimmune, come le anamnesi dei pazienti fanno supporre, oppure se i ricordi del paziente siano organizzati mentalmente secondo un modello isomorfo alle caratteristiche della malattia (minaccia esistenziale), e ciò avverrebbe dopo l'incipit della malattia stessa.

Bibliografia

- 1 Leymann H. *Mobbing*. Enciclopedia 1999.
- 2 Mannheim R. *Il benessere sul luogo di lavoro*. Roma: CDIT 1999.
- 3 Rossi M, D'Andrea R. *Mobbing: problema di salute occupazionale*. *Recenti Progressi in Medicina* 2001;1:49-52.
- 4 Bruziches-Bruziches D. *Se sul lavoro c'è alta tensione: il mobbing*. 2000.
- 5 Fischer CL, Daniels JC, Levin WC, Kimzey SL, Cobb EK, Ritzmann SE. *Effects of the spaceflight on man's immune system: II. Lymphocyte counts and reactivity*. *Aerospace Medicine* 1972;43:1122-5.
- 6 Kimzey SL. *The effects of extended spaceflight on hematologic and immunologic systems*. *J Am Med Women's Association* 1975;30:218-32.
- 7 Palmblad J, Cantell K, Strander H, Froberg J, Karlsson CG, Levi L, et al. *Stressor exposure and immunological response in man: Interferon producing capacity and phagocytosis*. *J Psychosom Res* 1976;20:193-9.
- 8 Biondi M. *La psicosomatica nella pratica clinica*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 2002.
- 9 Solano L, Coda R. *Relazioni, emozioni, salute: introduzione alla psicoimmunologia*. Padova: Piccin 1994.
- 10 Taylor GJ. *Medicina psicosomatica e psicoanalisi contemporanea*. Trad. it. Roma: Astrolabio 1993.
- 11 Kreisler L. *La patologia psicosomatica*. In: Lebovici S, Diatkine R, Soulé M, eds. *Trattato di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*. Trad. it. Roma: Borla 1990;2:441-60.
- 12 McKinnon W, Weisse CS, Reynolds CP, Bowles CA, Baum A. *Chronic stress leukocyte subpopulations, and humoral response to latent viruses*. *Health Psychol* 1989;8:389-402.
- 13 Kemeny ME, Cohen F, Zegans LS, Conant MA. *Psychological and immunological predictors of genital herpes recurrence*. *Psychosom Med* 1989;51:195-208.
- 14 Kiecolt-Glaser JK, Fisher LD, Ogrocki P, Stout JC, Speicher CE, Glaser R. *Marital quality, marital disruption, and immune function*. *Psychosom Med* 1987;49:13-34.
- 15 Irwin M, Daniels M, Bloom ET, Weiner H. *Life events, depression, and natural killer cell activity*. *Psychopharmacol Bull* 1986;22:1093-6.
- 16 Irwin M, Gillin JC. *Impaired natural killer cell activity during bereavement*. *Brain Behav Immunity* 1987;1:98-104.
- 17 Glaser R, Rice J, Speicher CE, Stout JC, Kiecolt-Glaser JK. *Stress depresses interferon production by leukocytes concomitant with a decrease in natural killer cell activity*. *Behav Neurosci* 1986;100:675-8.
- 18 Irwin M, Daniels M, Bloom ET, Smith TL, Weiner H. *Life events, depressive symptoms, and immune function*. *Am J Psychiatry* 1987;144:437-41.
- 19 Khan MMR. *I Sé nascosti*. Trad. it. Torino: Boringhieri 1990.
- 20 Trabucco G, Pasqualini A, Pistoro S. *Il riconoscimento delle espressioni facciali delle emozioni in pazienti psicosomatici: contributo casistico*. *Rivista di Psicologia Clinica* 1988;1:66-75.
- 21 Ricci Bitti PE, Caterina R. *La comunicazione delle emozioni nella prassi clinica*. *Rivista di Psicologia Clinica* 1990;2:162-75.
- 22 Kreisler L. *La clinica psicosomatica*. In: Lebovici S, Diatkine R, Soulé M, eds. *Trattato di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*. Trad. it. Roma: Borla 1990;2:697-708.
- 23 Anzieu D. *L'io-pelle*. Trad. it. Roma: Borla 1987.
- 24 Giaconia G. *Adolescenza: mutamenti e patologia*. In: Semi

- AA, ed. *Trattato di psicoanalisi. Vol. II: Clinica*. Milano: R. Cortina 1989, pp. 873-921.
- ²⁵ Jeammet P. *Psicopatologia dell'adolescenza*. Roma: Borla 1992.
- ²⁶ Winnicott DW. *L'intelletto ed il suo rapporto con lo psichesoma*. In: *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*. Firenze: Martinelli 1991.
- ²⁷ Vetrone G. *Le conseguenze psicologiche del LES*. Convegno Gravidanza e LES, organizzato dal Gruppo Italiano per la Lotta Contro il LES presso l'Università di Roma "La Sapienza" 1993.
- ²⁸ Kobasa SC. *Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness*. *J Pers Soc Psychol* 1979;37:1-11.
- ²⁹ Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S. *Hardiness and health: a prospective study*. *J Pers Soc Psychol* 1982;42:168-77.
- ³⁰ Kobasa SC, Maddi SR, Puccetti MC. *Personality and exercise as buffers in the stress-illness relation*. *J Behav Med* 1982;5:391-404.
- ³¹ Adams SG Jr, Dammers PM, Saia TL, Brantley PJ, Gaydos GR. *Stress, depression, and anxiety predict average symptom severity and daily symptom fluctuation in systemic lupus erythematosus*. *J Behav Med* 1994;17:459-77.
- ³² Chiriboga DA. *Life events weighting systems: a comparative analysis*. *J Psychosom Res* 1977;27:415-22.
- ³³ Lazarus RS. *Adjustment and Personality*. New York: McGraw-Hill 1966.
- ³⁴ Antonovsky A. *Health, stress and coping*. Washington: Jossey-Bass 1979.