

I. Giorgi<sup>1</sup>, P. Argentero<sup>2</sup>, W. Zanaletti<sup>2</sup>, S.M. Candura<sup>3</sup>

## Un modello di valutazione psicologica del mobbing

<sup>1</sup> Servizio di Psicologia, Fondazione Salvatore Maugeri, Clinica del Lavoro e della Riabilitazione, IRCCS, Istituto Scientifico di Pavia

<sup>2</sup> Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Pavia

<sup>3</sup> Dipartimento di Medicina Preventiva, Occupazionale e di Comunità, Sezione di Medicina del Lavoro Università degli Studi di Pavia & U.O. di Medicina del Lavoro, Fondazione Salvatore Maugeri, Clinica del Lavoro e della Riabilitazione, IRCCS, Istituto Scientifico di Pavia

**RIASSUNTO.** Il fenomeno "mobbing" è studiato scientificamente da circa 20 anni; in questo periodo i ricercatori hanno progressivamente elaborato e proposto spiegazioni sempre più complesse, evidenziando l'inadeguatezza di ipotesi monocausali. Nonostante i tentativi di definizione e approfondimento appare indispensabile condurre ulteriori indagini, soprattutto in una prospettiva di misurazione e quantificazione. Lo studio propone un modello di valutazione e una procedura per la quantificazione del mobbing e delle caratteristiche di personalità ad esso associate. Tale modello è stato sperimentato su una casistica ambulatoriale relativa a 29 soggetti (19 maschi, 10 femmine) che lamentavano una condizione di disagio lavorativo. Ponendo particolare attenzione all'anamnesi lavorativa e alle caratteristiche del contesto di lavoro, si è giunti a una psicodiagnosi (DSM IV-asse I) per 27 di essi: 14 casi di disturbo d'ansia generalizzato, 6 soggetti con disturbo depressivo, 1 disturbo distimico, 1 disturbo post-traumatico da stress, 2 casi di disturbo dell'adattamento, 3 soggetti con disturbo di personalità. Nonostante il numero di soggetti esaminati sia limitato, il modello proposto sembra poter essere utilizzabile nella pratica clinica.

**Parole chiave:** mobbing, valutazione, personalità.

**ABSTRACT.** [www.gimle.fsm.it](http://www.gimle.fsm.it)

*The phenomenon "mobbing" has been studied scientifically for twenty years. In this period, researchers have elaborated progressively more complex explanations for it. Despite the attempts to examine mobbing closely, and to define it accurately, further investigation, aimed at quantifying the factors that characterize it, is still needed. This study proposes a method for assessing mobbing and the personality features linked to it. The model was tested on a sample of 29 outpatients (19 males, 10 females) asking medical assistance for work-related psychopathological problems. Focusing on the occupational history and work environment, a psychological diagnosis (DSM IV-axis I) was made for 27 of them: 14 cases of generalized anxiety disorder, 6 subjects with depressive disorder, 1 dysthymic disorder, 1 post-traumatic stress disorder, 2 cases of adaptation disorder, 3 patients with personality disorder. Although the number of the examined subjects is limited, the proposed model seems to be utilizable in the clinical practice.*

**Key words:** mobbing, assessment, personality.

### 1. Introduzione

Il fenomeno "mobbing", che probabilmente nelle sue componenti psico-sociologiche è sempre esistito, negli anni recenti ha assunto un rilievo particolare e ha attratto l'attenzione di numerosi ricercatori. Dai primi lavori pionieristici di Heinz Leymann (1, 2), considerato il "padre fondatore del mobbing" (3), si è assistito alla pubblicazione di un notevole numero di studi riguardanti tale fenomeno. Le evidenze empiriche provenienti da tali ricerche hanno progressivamente ampliato la conoscenza sul mobbing permettendo anche di rivedere le tesi sostenute da Leymann (4, 5). Altri ricercatori tendono infatti ad individuare, oltre alla qualità dell'ambiente di lavoro, altri possibili fattori che intervengono nell'insorgenza di tale fenomeno (6).

Inoltre l'ipotesi di Leymann (4), secondo la quale le variabili relative alla personalità dei soggetti mobbizzati non sono da considerarsi come concause potenziali di mobbing, è stata oggetto di critica da parte di diversi autori; ad esempio Zapf (7) sostiene che tra le vittime di mobbing, esistono gruppi di persone con disturbi d'ansia e depressivi preesistenti; tali soggetti presentano deficienze nel comportamento sociale rispetto ai colleghi e ciò li rende più esposti al rischio di divenire vittime nel contesto lavorativo.

Baron et al. (8) e Folger (9) hanno posto l'attenzione sul modello comportamentale di tipo A. Tale modello caratterizza individui che possiedono elevati livelli di irritabilità interpersonale e che percepiscono gli altri come ostacoli nel raggiungimento dei propri bisogni personali. Secondo gli autori, tali caratteristiche predispongono a problematiche e conflittualità nell'ambiente lavorativo e possono divenire una concausa di mobbing. Pertanto le caratteristiche relative alla personalità dei lavoratori, a differenza di quanto sostenuto da Leymann, devono essere considerate come fattori che intervengono nella genesi e nello sviluppo del processo del mobbing.

In generale, l'ampliamento delle conoscenze sul mobbing ha reso sempre più evidente l'inadeguatezza di spiegazioni monocausali a favore di spiegazioni dove più fattori agiscono simultaneamente (7).

Nell'insieme il mobbing oggi si configura come un fenomeno complesso nel quale si possono rintracciare una serie di variabili riferite all'organizzazione (ad es.: stile della leadership, cultura organizzativa, organizzazione del

lavoro, stressors del lavoro, etc.), alle caratteristiche della vittima (ad es.: personalità, competenze sociali, etc.), alle caratteristiche del perpetratore (ad es.: personalità, competenze sociali, etc.), al gruppo sociale (coesione di gruppo, pressioni di gruppo, norme di gruppo), ed infine alle possibili conseguenze. Proprio per la presenza di questo elevato numero di variabili, il mobbing è un fenomeno che ben si presta ad essere indagato secondo una prospettiva multidisciplinare, che si avvale del contributo di professionisti appartenenti a domini differenti, raggruppabili in tre macrocategorie: medicina (medico competente, psichiatra, medico legale, medico del lavoro), psicologia (psicologi clinici e psicologi del lavoro) e giurisprudenza (avvocati e magistrati).

Il problema della "complessità della misurazione" del mobbing può essere rappresentato a più livelli: in primo luogo non esiste ancora in letteratura una definizione veramente esaustiva del fenomeno, ma numerosi tentativi di definizione in continua evoluzione, da cui sorgono difficoltà sia a livello metodologico sia di misurazione; in secondo luogo, le organizzazioni non sono sistemi omogenei e le attività che si verificano nei luoghi di lavoro possono evocare resoconti di eventi diversi e a volte in conflitto.

I ricercatori hanno utilizzato una gamma di metodi di ricerca sintetizzabili in tre importanti categorie:

1. i metodi "interni" al soggetto mobbizzato, che si focalizzano sulla valutazione della sua esperienza soggettiva di mobbing; a tale approccio appartengono metodi quali i questionari, le interviste, i focus group, i resoconti personali attraverso diari ed alcune tecniche proiettive (ad esempio gli stimoli a "fumetti", 10);
2. i metodi "esterni", che prendono in considerazione il contesto entro cui si colloca l'esperienza di mobbing; tale prospettiva comprende i metodi basati sull'osservazione del soggetto nel suo luogo di lavoro e la raccolta di informazioni attraverso interviste o questionari somministrati ai colleghi di lavoro, oppure tramite registrazioni audio e video e lo studio di documentazioni provenienti dagli uffici delle risorse umane;
3. i metodi "integrati" che adottano approcci sia "interni" che "esterni".

Riteniamo che per valutare il fenomeno mobbing nella sua complessità sia necessario realizzare un'integrazione dei metodi. Tale obiettivo appare di difficile realizzazione, soprattutto per le difficoltà relative ai metodi esterni e di contesto del fenomeno.

La metodologia più comunemente utilizzata è quella riferita alla misurazione della *percezione* di mobbing, cioè la rilevazione di un'esperienza soggettiva cui potrebbe non corrispondere, per diverse ragioni, un'effettiva presenza, nel contesto di lavoro, del mobbing stesso; in queste tipologie di rilevazioni le risposte potrebbero anche essere intenzionalmente distorte e si possono presentare delle incertezze derivanti dall'accuratezza e stabilità dei ricordi del soggetto mobbizzato; alcuni studi che hanno esaminato la stabilità dei ricordi delle vittime sottoposte al mobbing hanno dimostrato la scarsa attendibilità dei ricordi stessi (11, 12).

Appare indispensabile condurre ulteriori indagini in questo settore, soprattutto in una prospettiva di misurazione

e quantificazione poiché, come rilevato recentemente da Cowie et al. (13), non sono state a tutt'oggi sviluppate metodologie di valutazione pienamente condivise e accettate.

Il presente lavoro ha come obiettivo l'elaborazione di un modello di valutazione del mobbing e tenta di fornire un contributo all'interpretazione del fenomeno, secondo una prospettiva psicologica.

## 2. Fasi del percorso diagnostico

La valutazione dei disturbi psichici in una persona che lamenta una condizione di mobbing è complessa per la numerosità delle variabili legate alla sfera soggettiva, al contesto e alla natura stessa del problema (14, 15).

In considerazione di tale variabilità è molto importante adottare una metodologia d'analisi chiara, replicabile e i cui esiti siano comprensibili ad operatori di diversa professionalità.

Nella messa a punto di un protocollo operativo di valutazione dei soggetti affluenti all'Istituto di Pavia della Fondazione Maugeri, abbiamo percorso alcuni fondamentali passaggi così riassumibili:

1. Identificazione del setting, degli operatori e della sequenza delle valutazioni.
2. Scelta di un sistema diagnostico di riferimento.
3. Scelta degli strumenti di assessment.

### Contesto

L'ambulatorio di Medicina del Lavoro è il luogo dove avviene l'accoglienza e il primo filtro delle richieste e dei bisogni dell'utente che lamenta problematiche in ambito lavorativo. In questo contesto l'infermiere e il medico del lavoro accolgono la persona che lamenta un disagio e raccolgono una approfondita anamnesi (16).

Qualora il medico del lavoro ritenga esserci l'indicazione per un approfondimento psicodiagnostico invia l'utente al Servizio di Psicologia dell'Istituto e chiede una valutazione al consulente psichiatra.

### Sistema diagnostico e strumenti

Il sistema diagnostico al quale i diversi operatori hanno concordato di far riferimento è il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali DSM IV (17), in considerazione della diffusione e rilevanza di tale strumento e della specifica competenza degli operatori stessi.

Per la formulazione della diagnosi è stata utilizzata la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Versione Clinica (18).

Si tratta di un'intervista semistrutturata, effettuata da operatori esperti, finalizzata ad assicurare in ambiti clinici valutazioni standardizzate e di qualità.

L'intervista è organizzata in sei moduli (tabella I).

I moduli possono essere relativamente autonomi, nel senso che il clinico, nel corso o dopo un primo colloquio, può decidere di utilizzarli tutti o solo alcuni per approfondire e verificare ipotesi diagnostiche. L'intervistatore dovrebbe usare tutte le fonti d'informazione disponibili: le risposte del soggetto, il suo comportamento verbale e non verbale, le notizie fornite da altri clinici, la testimonianza

**Tabella I. Moduli SCID-CV**

MODULO A	Episodi dell'Umore
MODULO B	Sintomi Psicotici
MODULO C	Disturbi Psicotici
MODULO D	Disturbi dell'umore
MODULO E	Disturbi da Uso di Sostanze Psicoattive
MODULO F	Ansia e Altri Disturbi

di membri della famiglia. Qualora si rilevi una discrepanza fra le fonti è utile discuterne con l'intervistato.

A completamento di un percorso diagnostico, secondo i criteri del DSM IV, si è ritenuto opportuno affiancare l'intervista SCID II per i disturbi di personalità in una versione ancora sperimentale (19).

Tale strumento è costituito da un questionario di auto-somministrazione e da una successiva intervista relativamente alle risposte positive del questionario. Tale metodo risulta, nella nostra esperienza, un utile supporto all'esperienza clinica e permette di descrivere le diverse fasi del percorso diagnostico per un confronto fra operatori diversi.

Fra gli strumenti di assessment, mirati ad una descrizione generale delle caratteristiche strutturali della personalità e dello stato emozionale del soggetto, abbiamo utilizzato il Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (20).

Si tratta della versione aggiornata e ristandardizzata del MMPI, lo strumento più diffuso e utilizzato sia per scopi clinici che di ricerca.

Il test è costituito da 567 item, la cui valutazione, attraverso uno scoring manuale o computerizzato, permette di ottenere un profilo relativamente a 10 scale cliniche, espresso in punti T. Oltre alle scale cliniche, è possibile ottenere quattro scale di "validità" che consentono di valutare l'accettabilità del protocollo e in generale l'atteggiamento del soggetto di fronte al test. Ad esempio la scala L (Menzogna - Lie) indica una possibile tendenza del soggetto a falsificare le risposte al test per dare di sé un'immagine idealizzata.

Vasto è il dibattito in letteratura sulla validità del MMPI (21, 22). I limiti di tale strumento sono connessi alla natura dei costrutti che si propone di misurare e alla pretesa di oggettività in un ambito puramente soggettivo quale è la descrizione della propria personalità.

Nella nostra esperienza, può rappresentare un utile ausilio nel percorso psicodiagnostico e ci permette inoltre di valutare direttamente il comportamento del soggetto di fronte ad un compito, mediamente impegnativo e per alcuni francamente stressante.

### Diagnosi differenziale

Quando una persona si rivolge ad un servizio, lamentando una sofferenza dovuta ad una condizione di vessazione sul luogo di lavoro, il clinico accoglie tale sofferenza, cerca di instaurare una alleanza diagnostica utile per approfondirla, dargli un nome, se possibile, e valutarne il livello di gravità. Il primo scoglio può essere rappresentato dal bisogno del soggetto di simulare intenzionalmente una condizione di malessere psichico per ottenere vantag-

gi in ambito lavorativo o per evitare specifiche responsabilità o cambiamenti vissuti come sfavorevoli. In tali casi può presentare un'esibizione enfatica e teatrale di eventi vessatori descritti in modo generico e poco contestualizzato e al contrario descrivere la propria sintomatologia, reattiva alle presunte vessazioni "come da manuale."

L'identificazione di questi casi, rari nella nostra esperienza, risulta abbastanza facile per un clinico attento alle discrepanze fra il comportamento verbale e non verbale e fra le diverse fonti di informazione. Inoltre, ad un esame attento ed effettuato in cieco, fra operatori diversi il soggetto finisce per smascherarsi ed esplicitare i bisogni che l'hanno portato a camuffare la propria sintomatologia. Si tratta spesso di una richiesta di aiuto, formulata in modo improprio e poco efficace, ma che sottende una difficoltà di adattamento che non trova canali più funzionali per essere espressa.

Diversa è la condizione relativa alla presenza di un Disturbo Fittizio; in questo caso il soggetto produce o simula intenzionalmente segni o sintomi fisici o psichici al fine di assumere il ruolo di malato in assenza di incentivi esterni. Il soggetto può riferire richiami, rimproveri, squalifiche, in ambito lavorativo, connessi alle frequenti assenze per esami e malattia o un progetto di esclusione dal lavoro per scarsa efficienza.

Si tratta di una diagnosi riportata raramente e di difficile formulazione per la soggettività della sintomatologia riferita e per la capacità del soggetto di individuare sempre nuovi specialisti da consultare e dai quali farsi prendere temporaneamente in carico, con una richiesta di aiuto molto frammentata e discontinua.

Un altro disturbo da prendere in considerazione è il Disturbo Paranoide di Personalità (301.0), la cui caratteristica essenziale è un "quadro pervasivo di sfiducia e sospettosità, tanto che le motivazioni degli altri vengono interpretate come malevole."

I differenti criteri diagnostici (tabella II) descrivono tratti inflessibili e persistenti che causano una compromissione funzionale significativa. Come recita il DSM IV, de-

**Tabella II. Criteri diagnostici per il Disturbo Paranoide di personalità**

<b>Diffidenza e sospettosità pervasive nei confronti degli altri che iniziano nella prima età adulta e sono presenti in una varietà di contesti:</b>
1. sospetta, senza una base sufficiente di essere sfruttato, danneggiato o ingannato
2. dubita senza giustificazione della lealtà o affidabilità di amici e/o colleghi
3. è riluttante a confidarsi con gli altri a causa di un timore ingiustificato che le informazioni possano essere usate contro di lui
4. scorge significati nascosti umilianti o minacciosi in rimproveri o altri eventi benevoli
5. porta costantemente rancore, cioè, non perdona gli insulti, le ingiurie o le offese
6. percepisce attacchi al proprio ruolo o reputazione non evidenti agli altri, ed è pronto a reagire con rabbia o contrattaccare
7. sospetta in modo ricorrente senza giustificazione della fedeltà del coniuge o del partner

ve essere distinto dal Disturbo Delirante, Tipo Persecutorio, dalla Schizofrenia, Tipo Paranoide e dal disturbo dell'Umore con Manifestazioni Psicotiche poiché tutti questi disturbi sono caratterizzati da un periodo con sintomi psicotici persistenti.

La diagnosi di un disturbo Paranoide di Personalità non esclude la possibilità che il soggetto sia vittima di mobbing; le difficoltà relazionali, tipiche di tale disturbo, potrebbero elicitare comportamenti aggressivi in ambito lavorativo che validano le convinzioni persecutorie del soggetto che a sua volta risponde con comportamenti disadattivi quali l'isolamento e le reiterate lamentele o l'aperta ostilità. Quando in un contesto lavorativo si crea una tale dinamica è molto difficile discriminare fra il persecutore e la vittima e identificare un inizio del problema in processo non lineare, ma circolare (tabella II).

### Disturbi psichici associati al mobbing

Due sono le condizioni morbose che il DSM IV individua come direttamente correlate allo stress ossia il Disturbo Post-traumatico da Stress (309.81) e il Disturbo dell'Adattamento.

Nel primo caso il soggetto sviluppa una sintomatologia ansiogena e di evitamento in risposta ad uno stimolo di eccezionale gravità, vissuto come minaccioso per la propria integrità fisica (tabella III). In questa accezione solo minacce di morte o lesioni fisiche in ambito lavorativo po-

**Tabella III. Criteri diagnostici per il Disturbo Post-Traumatico da Stress**

<b>A) La persona è stata esposta ad un evento traumatico percepito come minaccioso per la propria integrità fisica</b>
<b>B) L'evento traumatico viene rivissuto persistentemente:</b> 1. Ricordi spiacevoli ricorrenti e intrusivi dell'evento 2. Sogni spiacevoli ricorrenti dell'evento 4. Agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando 5. Disagio psicologico e reattività fisiologica all'esposizione di eventi che assomigliano a quello traumatico 6. Reattività fisiologica a fattori connessi con l'evento
<b>C) Evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma</b> 1. Sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associate con il trauma 2. Sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma 3. Incapacità di ricordare qualche aspetto del trauma 4. Riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività significative 5. Sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri 6. Affettività ridotta 7. Sentimenti di diminuzione delle prospettive future
<b>D) Sintomi persistenti di aumentato arousal</b> 1. Difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno 2. Irritabilità o scoppi di collera 3. Difficoltà a concentrarsi 4. Ipervigilanza 5. Esagerate risposte di allarme

trebbero costituire l'evento traumatico stressante, in risposta al quale si sviluppa il Disturbo.

Il Disturbo dell'Adattamento nel DSM IV è una categoria residua usata per descrivere i quadri clinici che costituiscono una risposta ad un fattore stressante identificabile e non soddisfano i criteri per un altro disturbo in asse I. Il soggetto sperimenta un notevole disagio che compromette il funzionamento sociale e/o lavorativo. Possono associarsi sintomi ansiosi, depressivi, alterazioni della condotta e dell'emotività (tabella IV).

**Tabella IV. Criteri diagnostici per i Disturbi di Adattamento**

A) Sviluppo di sintomi emotivi o comportamentali in risposta ad uno o più fattori stressanti identificabili che si manifesta entro 3 mesi dall'insorgenza del fattore, o dei fattori stressanti.
B) Questi comportamenti sono clinicamente significativi, come evidenziato da uno dei seguenti: 1. Marcato disagio che va al di là di quanto prevedibile in base all'esposizione al fattore stressante 2. Compromissione significativa del funzionamento sociale o lavorativo
C) I sintomi non corrispondono ad un Lutto

### 3. Analisi di una casistica

Si intendono descrivere le caratteristiche dell'utenza afferente all'ambulatorio di Medicina del lavoro, dal settembre 2002, al settembre 2003.

Il campione è costituito da 29 soggetti, 10 femmine e 19 maschi, con una età media di 44 anni, scolarità elementare in 10 casi, diploma scuola media superiore in 14 casi e laurea in 5 casi. 11 soggetti erano nella condizione di celibe/nubile e 18 coniugati.

La tabella V descrive le caratteristiche occupazionali dei soggetti, di cui 10 lavoravano presso enti pubblici e 19 erano occupati in aziende private.

Tutti i soggetti della nostra casistica presentavano una sintomatologia caratterizzata da insonnia, flessione del tono dell'umore e somatizzazione dell'ansia. In 10 soggetti erano presenti tratti ossessivi di personalità, in 4 tratti di impulsività e in un caso tratti istrionici.

Un terzo della casistica presentava disturbi del comportamento alimentare, riferiti come conseguenti alle problematiche lavorative (tabella VI).

**Tabella V. Tipologia dell'occupazione**

Occupazione	
Operaio	11
Impiegato/Funzionario	12
Insegnante	5
Dirigente	1
Settore	
Pubblico	10
Privato	19

**Tabella VI. Disturbi del comportamento alimentare**

Obesità	3
Bulimia	2
Inappetenza con calo ponderale	2

19 soggetti facevano uso di psicofarmaci su prescrizione del medico di base o dello specialista, ma non si rilevavano casi di abuso o dipendenza (tabella VII). Nessun soggetto abusava di alcol o altre sostanze psicoattive.

Per 27 soggetti è stata formulata una diagnosi in Asse I secondo i criteri del DSM IV. Il Disturbo D'Ansia Generalizzato era presente in oltre la metà dei casi; per 6 soggetti sono stati soddisfatti i criteri del Disturbo Depressivo, per un caso si trattava di Disturbo Distimico; solo 1 caso ha ricevuto la diagnosi di Disturbo Post Traumatico da Stress, 2 di disturbo dell'Adattamento. Per 3 soggetti è stata formulata una diagnosi di Disturbo di Personalità (tabella VIII).

**Tabella VII. Uso degli psicofarmaci**

Ansiolitici	10
Antidepressivi	8
Antipsicotici	1
Totale	19

**Tabella VIII. Diagnosi DSM IV (ASSE I-II)**

Disturbo d'Ansia Generalizzato	14
Disturbo Depressivo Maggiore	6
Disturbo Post Traumatico	1
Disturbo dell'Adattamento	2
Disturbo Distimico	1
Disturbo di Personalità Ossessivo	1
Disturbo di Personalità Schizotipico	1
Disturbo di Personalità Paranoide	1
Totale	27

#### 4. Sintesi conclusiva

L'attività clinica con le persone che si sono rivolte all'ambulatorio di Medicina del Lavoro, lamentando una condizione di disagio lavorativo di diversa gravità e tipologia, ha costituito uno spazio per pensare e mettere a punto una procedura di valutazione, attualmente sufficientemente definita, ma sicuramente modificabile e migliorabile.

Alcuni punti, relativi alla relazione con il paziente, ci sono parsi importanti.

- 1) La persona che chiede aiuto, come descritto nella nostra casistica, sperimenta sempre una condizione di grave sofferenza psichica e necessita di un approccio rispettoso e trasparente.

- 2) Il percorso diagnostico deve essere spiegato nelle sue fasi, esplicitandone le modalità e i tempi di attuazione.
- 3) È molto importante chiedere un'alleanza diagnostica, comunicando con chiarezza al soggetto che l'esito potrebbe non soddisfare le sue aspettative.
- 4) L'esito della valutazione, soprattutto in presenza di un disturbo psichico non correlato a vessazioni sul posto di lavoro, deve essere restituito in modo non frettoloso, ma utilizzando il tempo e le modalità utili per dare un senso alla valutazione, riformulare la richiesta di aiuto e indirizzarla verso percorsi terapeutici appropriati.
- 5) Quando si ipotizza una condizione di mobbing è molto importante, prima di procedere alle segnalazioni del caso, discuterne con l'interessato e valutare insieme le risorse per affrontare un iter spesso lungo e impegnativo. Posizioni ideologiche o paternalistiche da parte dei curanti rischiano di minare ulteriormente la già precaria autostima di una persona, spesso in una condizione di passività e scarsa autoefficacia.

Il lavoro clinico ha inoltre stimolato una serie di riflessioni sulle problematiche e sulle caratteristiche dei soggetti, giunti alla nostra osservazione. Consapevoli che i dati della nostra modesta casistica non sono generalizzabili, sottolineiamo un'alta frequenza di caratteristiche di personalità di tipo ossessivo. Tali caratteristiche non soddisfacevano i criteri del DSM IV, ma si configurano come organizzazioni cognitive caratterizzate da un "inflazionato senso di responsabilità personale", secondo il modello di Salkovskis e Kirk (23). In ambito lavorativo tale organizzazione del pensiero può tradursi in comportamenti di controllo e ricontrollo del proprio operato e dell'operato degli altri. Tale modalità che può risultare particolarmente funzionale per un breve periodo, o in piccolo gruppo di lavoro, rischia di determinare sul medio lungo termine, una riduzione del livello di efficienza e un'invasione dei confini dell'operato di colleghi e superiori, elicitando quindi risposte difensive e di attacco. I nostri soggetti risultavano mediamente consapevoli di tali problematiche, ma il senso ipertrofico di responsabilità nei confronti di un mandato lavorativo interiorizzato, ma spesso non reale, impediva una messa in atto di comportamenti e modalità relazionali favorevoli all'adattamento.

Una ulteriore riflessione è relativa alla storia personale dei soggetti valutati, con particolare attenzione ai modelli di attaccamento (24). Le nostre osservazioni sono solo di tipo clinico e poco più che aneddotiche, ma sono state per noi stimolanti verso ipotesi di ricerca in cui l'attaccamento insicuro può rappresentare una fragilità che, in un contesto lavorativo patogeno, favorisce la comparsa del disturbo psichico.

#### 5. Bibliografia

- 1) Leymann H, Gustafsson B. Psykiskt vald i arbetslivet. Tva explorativa under-sokningar (Psychological violence at work places. Two explorative studies). (Undersokningsrapport 42) Stockholm: Arbetarskyddsstyrelsen, 1984.
- 2) Leymann H. Vuxenmobbing, om psykiskt vald i arbetslivet (Mobbing, psychological violence at work places). Lund: Studentlitteratur, 1986.

- 3) Ege H. Che cos'è il terrore psicologico sul posto di lavoro, Pitagora Editrice, Bologna, 1996.
- 4) Leymann H. Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and Victims* 1990; 5: 119-126.
- 5) Leymann H. The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 1996; 5: 165-184.
- 6) Einarsen S, Raknes B, Matthiesen SB. Bullying and harassment at work and their relationships at work environment quality: an exploratory study. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 1994; 4: 381-401.
- 7) Zapf D. Organizational, work group related and personal causes of mobbing/bullying at work. *International Journal of Manpower*, 1999; 20: 70-84.
- 8) Baron R, Nauman J, Geddes D. Social and personal determinants of workplace aggression: evidence from the impact of perceived injustice and the type A behavior pattern. *Aggressive Behavior* 1999; 25: 281-296.
- 9) Folger R, Baron RA. Violence and hostility at work: a model of reactions to perceived injustice. In: VandenBos G.R., Bulatao E.G., editors. *Violence on the job: identifying risks and developing solutions*. Washington, DC: American Psychological Association. 1996, 51-85.
- 10) O'Neill W, McMahon HJ. Opening new windows with bubble dialogue. Coleraine, Ulster: Language and Hypermedia Research Group, University of Ulster, 1990.
- 11) Rivers I. The psycho-social correlates and long-term implications of bullying at school for gay, lesbian and bi-sexual adults. Unpublished PhD Thesis, University of Surrey Roehampton, 1999.
- 12) Olweus D. Victimisations by peers: antecedents and long-term outcomes. In: K. H. Rubin, & J. B. Asendorff (Eds.), *Social withdrawal, inhibition and shyness*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1993.
- 13) Cowie H, Naylor P, Rivers I, Smith PK, Pareira B. Measuring workplace bullying. *Aggression and violent behavior*, 2000; 7: 33-51.
- 14) Carretin S, Recupero N. *Il Mobbing in Italia*. Bari, Dedalo, 2001.
- 15) Ege H. *Mobbing: conoscerlo per vincerlo*. Milano, Franco Angeli, 2001.
- 16) Mennoia NV, Petrone L, Candura SM. *Il problema del mobbing in ambito sanitario, Aggiornamenti in Medicina Occupazionale*, Maugeri Foundation Books, 2002, Vol. 3, 93-106.
- 17) American Psychiatric Association. *DSM IV: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano, Masson, 1996.
- 18) First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *SCID-I*. Firenze, Organizzazioni Speciali, 2000.
- 19) First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW, Benjamin L. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II), (Version 2.0)*. Biometrics Research Department, New York, 1994.
- 20) Hathaway SR, McKilley JC. *MMPI-2*. Firenze, Organizzazioni Speciali, 1995.
- 21) Butcher JN. *MMPI-2 e trattamento psicologico*. Firenze, Organizzazioni Speciali, 1996.
- 22) Butcher JN, Williams C. L. *Fondamenti per l'interpretazione del MMPI-2 e del MMPI A*. Organizzazioni Speciali, Firenze, 1996.
- 23) Liotti G. *Le opere della coscienza*. Milano, Raffaello Cortina Editore, 2001.
- 24) Main M. Recent studies in attachment: Overview, with selected implications for clinical work. In: Goldberg S., Muir R., Kerr J. *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*. Hillsdale, The Analytic Press, 1995, 407-474.

**Richiesta estratti:** Ines Giorgi, Servizio di Psicologia, Fondazione Salvatore Maugeri, Clinica del Lavoro e della Riabilitazione, IRCCS, Istituto Scientifico di Pavia - Via A. Ferrata, 4 - 27100 Pavia, Italy