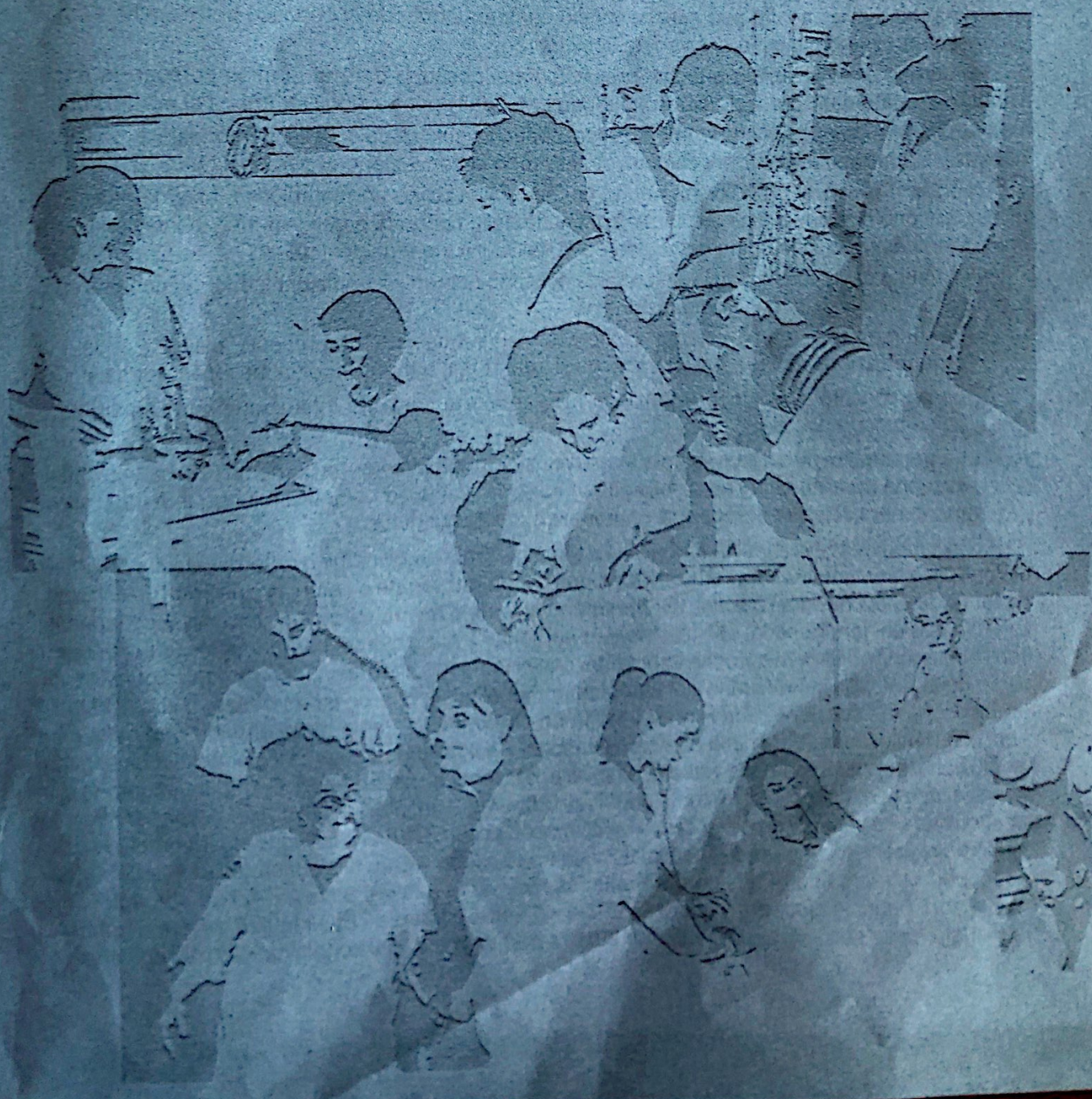


CAPITOLO 4

PSICOLOGIA

DI DIOMIRA NERI, MARTA PECCHI E CRISTIAN NANNICINI



4.1 CONCETTI DI PSICOLOGIA GENERALE

Psicologia generale e psicologia dello sviluppo sono due branche della psicologia, scienza del comportamento e mente umana. A livello del senso comune la psicologia generale o "dell'adulto" e la psicologia dello sviluppo o "evolutiva", sono vissute come due discipline che si occupano di due realtà diverse: l'adulto e il bambino. Esse sarebbero dunque due discipline indipendenti. Considerando le cose più da vicino, invece, ci rendiamo conto che la relazione è più complessa. Il vero oggetto della psicologia generale non è l'adulto, ma le sue **attività psichiche** e i suoi **comportamenti**. Oggetto di studio della psicologia generale sono dunque i processi percettivi, la memoria, l'intelligenza, le motivazioni, i rapporti affettivi, le situazioni emotive e la comunicazione. Da questa prospettiva, ci accorgiamo che anche la psicologia dello sviluppo si occupa proprio di questi aspetti, in quanto un'attività percettiva, mnemonica, intellettuale, emotiva ecc... è presente anche nel bambino. Se l'oggetto delle due discipline è dunque lo stesso, ciò che le differenzia è il punto di vista che adottano: mentre la psicologia generale analizza una certa attività psichica considerandola nella struttura complessa e definitiva che ha assunto nell'uomo adulto, la psicologia evolutiva considera quella stessa attività nel suo sviluppo, a partire da una struttura più semplice e con caratteristiche diverse, come si presenta nel bambino. Le due discipline dunque sono tra loro in un rapporto di complementarietà. Da un lato la psicologia evolutiva ha bisogno della psicologia generale in quanto fornisce il modello ultimo a cui deve giungere lo sviluppo delle varie funzioni del bambino; dall'altro la vita psichica di un adulto può essere meglio compresa quando si conosce bene anche il lungo processo attraverso cui essa si è venuta costituendo.

Numerose sono le definizioni che in psicologia si possono dare al termine personalità e tale variabilità è data dall'approccio teorico di riferimento, dall'epoca e dagli strumenti di misurazione.

Nonostante queste differenti impostazioni teoriche sullo studio della personalità è possibile ritrovare in letteratura definizioni che ben sintetizzano la concezione di personalità.

Caprara e Cervone (2003) definiscono la personalità come un "complesso insieme di sistemi psicologici che contribuiscono all'unità e continuità della condotta e dell'esperienza individuali, sia come viene espresso sia come viene percepito dall'individuo e dagli altri".

Nell'ambito della scienza della personalità esistono numerose tradizioni teoriche anche se oggi si possono elencare tre fondamentali principi:

1. La personalità è un sistema complesso di strutture e di processi psicologici la cui organizzazione risulta dalle interazioni sinergiche che hanno luogo tra molteplici sottosistemi;
2. La personalità si sviluppa e funziona mediante una costante interazione con l'ambiente e con il mondo sociale;
3. La personalità può essere studiata solo considerando la persona come unità organica che si sviluppa durante tutto l'arco della vita, guidata da scopi ed obiettivi a lungo termine, tra cui mantenere il senso dell'identità personale e della continuità.

Lo sviluppo della personalità è oggi visto come un processo dinamico determinato sia da fattori biologici che ambientali e caratterizzato da tappe importanti, legate a cambiamenti fisici, psichici e di ruolo. Se fin dalla nascita i neonati si presentano diversi, è anche vero che il loro sviluppo è legato alle risposte dei loro genitori, alle loro risorse personali e via via crescendo anche alle esperienze con i coetanei e ad altre reciproche interazioni che si vengono a creare. Secondo la psicoanalisi nel corso dello sviluppo si verificano dei cambiamenti qualitativi, che possono essere distinti in stadi. Un blocco, una fissazione, una regressione in un determinato stadio porta all'inibizione delle pulsioni con tratti di immaturità nella personalità adulta. Anche Piaget, in un'ottica cognitiva ha seguito l'evoluzione del bambino dalla nascita sino all'adolescenza, osservando il raggiungimento di tipi diversi di pensiero o meglio di maturità cognitiva. Attraverso un'interazione continua con l'ambiente, caratterizzata da continui processi di assimilazione ed accomodamento, l'individuo progredisce passando da un pensiero legato ai processi fisici ad un pensiero legato alla concretezza ed agli oggetti del mondo esterno, fino al pensiero formale, capace di operazioni astratte. Anche altri autori, tra cui Erikson, hanno sviluppato il concetto di periodi critici, durante i quali le esperienze avrebbero un maggior peso sullo sviluppo. Secondo infine il paradigma social cognitivo, iniziato negli anni ot-

tanta, lo sviluppo ed il funzionamento della personalità possono essere compresi nel quadro di un reciproco determinismo tra persona, ambiente e condotta. La posizione prevalente oggi è dunque quella che ribadisce con chiarezza il ruolo attivo dell'individuo nel forgiare la propria personalità, attraverso l'interazione con l'ambiente e le relative scelte.

4.2 PSICOLOGIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA

Pag. 2 di 8

La psicologia dell'età evolutiva è una branca della psicologia che si propone come obbiettivo principale lo studio dello sviluppo dell'essere umano a partire dalla sua nascita fino all'età adolescenziale.

Nata nei primi dell'ottocento come fenomeno di osservazione, ha acquisito nel corso del tempo metodi e strumenti specifici e standardizzati, così da considerarsi una disciplina scientifica alla stregua della psicologia generale. L'oggetto dunque della psicologia dell'età evolutiva è il bambino e il suo peculiare sviluppo nel corso della vita. Fin da quando vengono alla luce, i bambini sono essi dotati di abilità sociali, cognitive, percettive, motorie ed emotive, biologicamente predisposti a riconoscere chi si prende cura di loro e indurre tali persone a soddisfare i loro bisogni. All'età di 2-4 mesi, l'espressione facciale di ciascuna delle emozioni fondamentali (felicità, rabbia, paura, sorpresa, disgusto, tristezza) è ormai pressochè completa e viene prodotta in modo costante e appropriato in risposta a stimoli specifici; il bambino è inoltre in grado di riconoscere e rispondere a tali espressioni quando esibite dagli altri per lui significativi. Avvalendosi di tali preziosi strumenti, i bambini riescono a costruire un forte legame emotivo con la madre o la persona che maggiormente si prende cura di loro. Studiando sperimentalmente gli effetti che la separazione dalla madre poteva avere su bambini di pochi mesi, nel 1950, John Bowlby (1996), psichiatra infantile, elaborò una teoria di forte impatto e definì il legame emotivo tra madre e bambino con il termine di **attaccamento**. Secondo lo studioso, l'attaccamento del bambino alla madre è più forte nel periodo che va dagli 8 mesi ai 3 anni, durante il quale i bambini manifestano: a) segni evidenti di sofferenza quando la madre li lascia; b) segni evidenti di gioia nel momento della riunione con la stessa; c) disagio all'avvicinarsi di un estraneo, soprattutto se la madre non è presente; d) maggiore diponibilità ad esplorare un ambiente poco conosciuto in presenza della madre. Tali comportamenti sarebbero universali e fondati biologicamente, dunque presenti in tutte le culture umane. L'attaccamento rimane un legame attivo per tutto il corso della vita, andando ad influenzare le modalità di relazione interpersonale dell'individuo nell'età adulta. Ma cosa accade allora se un bambino è costretto a separarsi dalla madre, per cause di forza maggiore, quali ad esempio un'ospedalizzazione?

Non tutti i bambini hanno le stesse reazioni all'esperienza del ricovero in ospedale: queste reazioni, infatti, dipendono dall'età, dal livello di sviluppo raggiunto, dalle relazioni affettive che il bambino ha instaurato fino a quel momento. L'ospedalizzazione crea un turbamento nelle abitudini e nel modo di vivere del bambino con alterazioni dei suoi rapporti familiari e sociali. Il tipo di reazione alla malattia e le difficoltà psicologiche incontrate dipendono dal grado di maturazione effettivamente raggiunta, dall'età, dal carattere acuto o cronico, benigno o maligno della malattia stessa, dall'atteggiamento della famiglia, dal clima emotivo nel quale i bambini e i loro genitori si trovano. I bambini piccoli (0-3 anni) vivono l'ospedalizzazione con una sensazione di dolore generalizzato, sono spaventati da ogni avvicinamento del personale sanitario e rischiano di vivere ogni cura come una punizione che non riesce a comprendere. Questi bambini hanno bisogno di qualcuno che sia in grado di contenere la loro paura, con un comportamento rassicurante, con un contatto fisico e verbale continuo. In particolare nella prima infanzia si assiste spesso a delle forme di regressione in quanto i bambini perdono l'autonomia da poco acquisita, ritornando a fasi di sviluppo precedenti. A volte il bambino dimostra una insofferenza per le regole imposte dal ricovero: spesso tale comportamento serve a coprire la rabbia e l'ansia di sentirsi malati. È importante che il bambino ospedalizzato conservi una continuità affettiva con i suoi genitori e con il suo ambiente, che sia aiutato a ridefinire la sua immagine corporea, fortemente alterata dalla malattia, ma soprattutto è fondamentale che il bambino possa sentirsi libero di esprimere la sua sofferenza psichica, perché ha intorno a sé persone capaci di contenere quella sua sofferenza e di accoglierla. Il bambino che ha avuto cure materne soddisfacenti, di fronte all'allontanamento ed alla momentanea inaccessibilità della figura di att-

camento attiverà tutti i suoi meccanismi istintivi che promuovono il ravvicinamento a lei: la ricerca con lo sguardo, con la voce, con la deambulazione, con il pianto sempre più acuto. Evitare quindi il disagio psicologico al bambino significa avere la volontà di rendere la pediatria un ambiente, dal punto di vista architettonico e degli operatori sanitari, attento alla globalità dei bisogni del bambino. Se è urgente rendere l'ospedale a misura d'uomo, è ormai da tutti accettato che l'ambito pediatrico, per la specificità dei bisogni legati all'età dei degenti, è da considerarsi speciale.

4.3 L'ADOLESCENZA E LE SUE CARATTERISTICHE

L'adolescenza è il periodo di vita di un individuo che si interpone tra l'infanzia e la vita adulta. Cronologicamente, l'adolescenza potrebbe essere collocata in un'età compresa tra i dodici e i ventidue anni, anche se è piuttosto difficile darne un'indicazione anagrafica precisa per via delle differenze individuali e delle caratteristiche della nostra società. Ironicamente, si potrebbe dire che l'adolescenza si sa quando inizia ma non quando abbia fine, dato che sono in aumento i giovani che, per motivi economici o di studio, prolungano la permanenza in casa dei genitori e la dipendenza da loro, ritardando sempre più l'ingresso nel mondo degli adulti. Spesso, sono gli stessi genitori a ostacolare la crescita e l'allontanamento dei figli, che tendono sempre a essere considerati i loro "bambini". L'adolescenza è caratterizzata da una molteplicità di cambiamenti su svariati fronti, che coinvolgono il giovane e spesso sconvolgono la sua famiglia. Sul piano sessuale l'adolescente sperimenta l'abbandono del corpo infantile per acquisirne uno adulto. Compaiono i caratteri sessuali secondari e si raggiunge la maturità riproduttiva. Per alcuni ragazzi tutto ciò può essere sconvolgente perché si sentono impreparati e impotenti di fronte all'esplosione del loro corpo. In questo periodo della vita diventano fondamentali gli amici, che non sono più dei compagni di giochi ma dei confidenti e delle persone con cui confrontarsi. La figura dell'amico del cuore acquisisce grande importanza, ci si sente più sicuri quando si è con lui, lo si vede spesso come una figura da imitare, da cui trarre spunto per formarsi una propria identità. L'adolescente, maggiormente libero di muoversi in modo autonomo, ha la possibilità di incontrare nuove persone e scegliere i propri amici, che non sono più soltanto i compagni di scuola o i vicini di casa, ma ragazzi incontrati nei modi più svariati. Si sente l'esigenza di fare parte di un gruppo di coetanei, con cui trascorrere il tempo libero, condividere interessi, confrontarsi. Nascono in questo modo i gruppi informali che si differenziano da quelli formali (quali la classe o la squadra sportiva) per non essere gestiti da adulti e non avere particolari finalità. Aumenta il tempo trascorso fuori casa, con gli amici con cui si intrattiene una relazione intensa e continuativa, fondata sulla condivisione di esperienze e valori e da cui ci si sente sostenuti emotivamente. Fare parte di un gruppo rafforza la propria autostima, ci si sente più forti perché non soli, il gruppo conferisce un'identità e senso di appartenenza ai suoi membri. Accanto ai vantaggi dell'appartenere ad un gruppo, si possono intravedere degli aspetti negativi: protetti dal gruppo ci si sente forti e si possono commettere azioni sconsiderate, dettate da sensazioni di onnipotenza, o si possono assumere comportamenti contrari ai propri principi per la paura di contraddire il gruppo e rimanere soli. I cambiamenti che interessano l'adolescente si ripercuotono all'interno del contesto familiare. Il ragazzo in questo periodo ha due esigenze tra loro contrastanti: da un lato sente il bisogno di essere protetto dalla famiglia di origine e vorrebbe restare bambino, dall'altro vuole differenziarsi e acquisire autonomia. La famiglia deve affrontare l'arduo compito di trovare un nuovo equilibrio, di rinegoziare le distanze interpersonali per venire incontro alle esigenze, si sente a disagio, si domanda quale sia la cosa giusta da fare. I genitori, in fondo, hanno la consapevolezza che il loro figlio sta diventando grande, ma possono essere riluttanti ad ammetterlo, possono essere preoccupati di fronte alle richieste di autonomia e spaventati dal fatto di dover riassetare un equilibrio che ha funzionato bene per molto tempo. Il genitore adeguato dovrebbe essere sufficientemente flessibile da accogliere sia le richieste di protezione, che di autonomia del figlio, per aiutarlo nella ricerca della propria individualità senza farlo sentire solo. D'altronde l'adolescente fa ben poco per agevolare l'armonia familiare, è sempre alla ricerca del conflitto, mette in discussione idee e valori genitoriali. Questi contrasti permettono al ragazzo di conoscersi meglio, di confrontare le sue idee e di definirsi rispetto al punto di vista altrui. Inoltre, attraverso il conflitto l'adolescente

abilità sociali quali la capacità di ascolto, comunicazione, negoziazione, che saranno indispensabili per la futura vita relazionale. L'adolescenza, oltre alla crescita corporea, è contrassegnata dalla definizione dell'identità, come già citato precedentemente. Il ragazzo abbandona lentamente il concetto di sé costruito sull'opinione dei genitori per sostituirlo ad una considerazione di sé derivata dai giudizi dei coetanei, ove è di fondamentale importanza l'aspetto fisico, l'attrazione sessuale e l'intelligenza. L'acquisizione di una propria identità è un processo che dura anni e si costruisce attraverso la sperimentazione e l'identificazione. Attraverso le sperimentazioni e le identificazioni l'adolescente si riconosce come separato dagli altri e, confrontandosi con l'immagine che gli altri gli rimandano, si confronta con le proprie abilità ed i propri limiti. L'identità finale è frutto della scelta e della sintesi di alcuni dei ruoli sperimentati e inevitabilmente comporta il lutto per la perdita delle altre possibilità. L'ingresso nell'adolescenza comporta anche il perfezionare la capacità di ragionare in astratto, sapere valutare differenti ipotesi, valutare le conseguenze di una scelta. Queste abilità sono presenti anche prima dei dieci anni, ma dopo i dodici anni la persona acquisisce la consapevolezza delle potenzialità del proprio pensiero, lo valorizza, vi riflette. Il raggiungere la capacità di riflettere sul proprio pensiero e su quello degli altri permette al giovane di prendere in considerazione idee differenti dalle proprie e la qualità delle relazioni muta, venendo meno il carattere egocentrico dell'epoca infantile. Eventuali successi in ambito cognitivo, quali buoni risultati scolastici, aiutano l'adolescente a rafforzare la propria autostima. La capacità di pensare a differenti possibilità rispetto alla situazione presente fa sì che l'adolescente possa diventare piuttosto critico nei confronti della sua realtà, immaginando soluzioni di vita ideali. Spesso queste possibilità non coincidono con i progetti delle figure di riferimento del giovane, ma è attraverso queste capacità di pensiero che si inizia a sviluppare la propria individualità. La possibilità di pensare in astratto permette al giovane di fare i primi progetti per il futuro, immaginarsi "da grande" e prendere le prime decisioni importanti, quali la scelta della scuola o del lavoro. La maturazione dell'individuo è un processo molto lungo che dura l'interezza della vita e non si esaurisce con il termine dell'adolescenza.

4.4 L'INVECCHIAMENTO

In termini biologici si definisce invecchiamento quel processo di modificazione di un organismo in funzione del tempo. Secondo una recente prospettiva psicologica invece, definita "*Life-span*" (Arco di vita), tale definizione sarebbe riduttiva e non terrebbe conto della variabilità a cui anche l'invecchiamento, sebbene processo comune a tutti gli esseri umani, andrebbe incontro. Esso infatti sarebbe soggetto a molte variabili, da cui dipende la sua migliore o peggiore evoluzione. Tra queste variabili svolgono un ruolo fondamentale gli aspetti individuali, sociali, ma anche affettivi e motivazionali; inoltre assume un ruolo di primaria importanza l'ambiente (possibile fonte di risorse o di ostacoli) e il supporto che un'adeguata rete sociale può fornire per l'adattamento e il benessere psicologico dell'anziano. Considerando le suddette variabili, le prime che sicuramente influiscono sulla qualità dell'invecchiamento sono quelle di tipo fisico e biologico: si registrano infatti, in misura diversa in ciascun individuo, cambiamenti a carico di quasi tutti gli organi e apparati, in particolare cardiovascolare, respiratorio, scheletrico, muscolare, endocrino e nervoso. Tra i cambiamenti sociali invece, eventi come il pensionamento e i cambiamenti nella struttura familiare portano ad un ridimensionamento o peggio perdita dei ruoli lavorativi e di genitore. Dal punto di vista cognitivo, i cambiamenti investono tutte le funzioni: intelligenza, memoria, attenzione e linguaggio: si registra un rallentamento generale di tali sistemi, in particolare nelle loro componenti fluide e organizzative, mentre restano preservate quelle più rigide e di basso livello. Anche il sistema delle emozioni e delle motivazioni subisce un forte cambiamento: prevalgono aspetti emotivi negativi degli eventi e decade la motivazione all'autoefficacia, che rappresenta il motore del successo nell'età adulta. Ogni individuo dunque si costruisce una posizione particolare lungo ciascuna di tali dimensioni, a seconda del supporto che ha, delle sue caratteristiche di personalità e fisiche e della disponibilità in termini socio-economici, plasmando la qualità del suo invecchiamento, sempre all'interno dei vincoli posti dalla natura. All'interno di tale quadro è impossibile tuttavia non considerare il ruolo fondamentale dell'ambiente: è noto infatti come l'attaccamento alla casa si faccia particolarmente

intenso negli anziani e come un trasferimento non voluto possa rappresentare un evento stressante tale da incidere fortemente sulla qualità della vita: un ambiente familiare infatti non solo riduce l'ansia, ma permette di mantenere integri la competenza ambientale (sapersi muovere nel proprio luogo) e una certa dose di controllo. Da una parte infatti la solitudine può rappresentare un disagio importante, dall'altra anche la socializzazione forzata all'interno di una casa di riposo può minare l'esigenza di privacy e l'autonomia. Essere inserito in una buona rete di relazioni e avere un buon supporto sociale, da parte della famiglia e della comunità, diventano dunque aspetti essenziali per un buon invecchiamento, al pari dell'integrità fisica e psichica.

4.5 LA PERSONA CON DISABILITÀ

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (1980) definisce la disabilità come la "condizione personale di chi, in seguito ad una o più menomazioni (fisiche o psichiche), ha una ridotta capacità d'interazione con l'ambiente sociale rispetto a ciò che è considerata la norma, pertanto è meno autonomo nello svolgere le attività quotidiane e spesso in condizioni di svantaggio nel partecipare alla vita sociale". Il concetto stesso ha subito numerose modifiche dagli anni '80 ad oggi ed è sicuramente molto più complesso di quello che potrà essere trattato in questo breve paragrafo. Un importante passo avanti è stato fatto nel 2001, attraverso la pubblicazione della Classificazione del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF), con cui l'OMS ha ribadito la necessità di considerare, oltre alle basi organiche e alle restrizioni nelle attività che le persone con disabilità possono presentare, anche il livello di partecipazione e i fattori contestuali che possono esercitare un impatto significativo nella loro vita, unici per ciascun individuo, quali le abitudini e il background sociale, educativo e culturale. Appare evidente da tale quadro dunque che il disagio della persona con disabilità non si esaurisce nella menomazione fisica, ma considera di fondamentale importanza il livello di attività e partecipazione, ossia il livello di coinvolgimento nelle situazioni di vita lavorativa, sociale e comunitaria. Tale livello influenza la qualità della vita della persona disabile e della sua famiglia: se il livello è basso il disagio sarà maggiore, se alto costituirà un punto di forza essenziale per la persona e i suoi cari. Pensiamo infatti come una persona con una qualche disabilità dalla nascita inizi a considerarla tale solo dopo essere entrato in contatto con la società, ed appunto è quest'ultima da cui dipenderà poi l'accettazione o il disagio della persona rispetto alla sua condizione. Perché ciò si realizzi è fondamentale stabilire un'efficace partnership tra individuo, famiglia e servizi, facendo in modo che gli operatori che lavorano con la disabilità evitino di focalizzarsi solo sulla "mancanza" e di patologizzare l'esperienza, ma al contrario promuovano un atteggiamento attivo della famiglia e della persona, per il raggiungimento di un livello di autonomia sociale e benessere migliori possibili.

4.6 IL PROCESSO COMUNICATIVO

Il verbo comunicare deriva dal latino *communis*, che significa mettere in comune, condividere; durante l'atto della comunicazione avviene lo scambio e la condivisione di informazioni fra soggetti diversi attraverso l'uso della parola scritta o parlata, gesti, immagini, suoni: anche i comportamenti più disparati quali il silenzio e l'impassibilità sono vere e proprie forme di comunicazione a volte molto più potenti del verbo stesso. Si possono distinguere tre tipi di comunicazione:

1. la **verbale** caratterizzata dalla parola e dagli scritti;
2. la **non verbale** rappresentata dal linguaggio del corpo (espressione del volto, postura, gestualità, posizioni spaziali assunte nei confronti degli altri);
3. la **paraverbale** caratterizzata dall'uso della voce, la sua intonazione, le pause.

Le componenti fondamentali del processo comunicativo sono:

1. **Emittente:** soggetto da cui parte il messaggio.

2. **Ricevente:** soggetto che accoglie il messaggio, lo codifica, lo interpreta e lo comprende.
3. **Codice:** insieme di regole convenzionali utilizzate per formulare il messaggio (es. tipo di lingua).
4. **Canale:** mezzo utilizzato per trasmettere il messaggio (es. **canale verbale:** parole utilizzate per la costruzione del messaggio; **canale paraverbale:** intensità, tono della voce con cui viene espresso il messaggio; **canale non verbale:** postura, espressioni del volto assunte durante la formulazione del messaggio).
5. **Contesto:** ambiente nel quale si compie l'atto del comunicare.
6. **Feedback:** messaggio di risposta da parte del ricevente che consente di verificare se il primo messaggio è stato decodificato correttamente.

Per comunicare è necessario oltre che la presenza dei soggetti interessati anche la loro interazione; questa situazione dà una natura **bidimensionale** al concetto di comunicazione in quanto gli interlocutori diventano a loro volta sia emittenti che riceventi interscambiandosi i ruoli continuamente. Un aspetto comunicativo particolare da analizzare è il **feedback** che si crea tra i soggetti in quanto se il messaggio di ritorno è mal interpretato possono crearsi situazioni di incomprensione, basi essenziali per una comunicazione di tipo patologico.

IL LINGUAGGIO VERBALE E NON VERBALE

La comunicazione è limitata dal linguaggio verbale che ci informa sui contenuti del messaggio e dal linguaggio non verbale che ci chiarisce il tipo di relazione esistente tra emittente e ricevente.

La frase "fai attenzione" è di comprensione universale ma la distanza tra i soggetti, il tono della voce, la postura, la gestualità, la mimica facciale, assunti durante la sua enunciazione esprimono il piano relazionale che lega l'emittente al ricevente; così le solite parole pronunciate da una madre apprensiva verso il figlio nascondono un grado relazionale completamente diverso rispetto a quelle pronunciate da un rapinatore nei confronti della propria vittima. Il linguaggio non verbale quindi diventa un supporto fondamentale alla parola pronunciata perché aiuta oltre che a decodificare il messaggio in modo corretto a imprimergli un significato profondo. Proprio per questo la comunicazione non verbale è in grado di influenzare il comportamento altrui in modo molto più incisivo rispetto a quella verbale (uno sguardo vale più di mille parole). Come si osserva nel grafico la comunicazione non verbale, incide per il 55% sulla comprensione di un messaggio, la comunicazione paraverbale per il 38% mentre la verbale solo per il 7%.

Ad esempio la frase "come sei simpatico" pronunciata in modo ironico assume il significato opposto di ciò che l'emittente, con l'utilizzo del linguaggio verbale, ha comunicato.

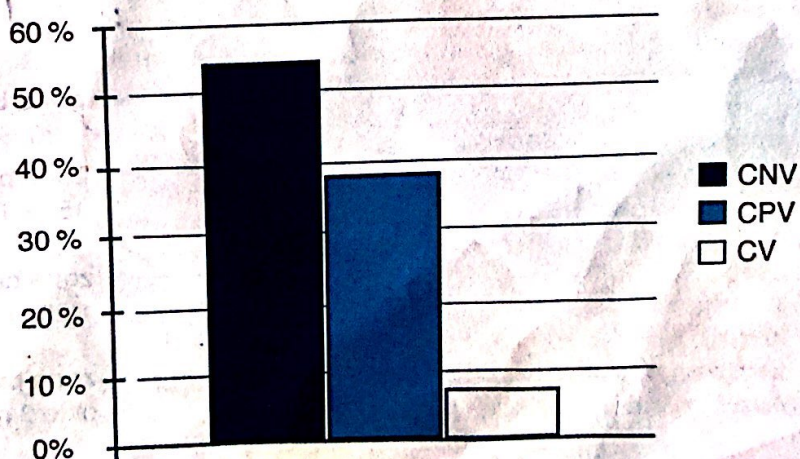


Fig. 4.1

Ci sono gesti che si utilizzano per rendere più convincente un discorso, questo perché la mimica, la gestualità, la distanza, esprimono le emozioni dell'emittente in modo reale, veritiero, difficilmente sotto il controllo volontario. Spesso ci chiediamo cosa dovremmo dire in certe situazioni quando invece quello che fa la differenza è il come certi messaggi vengono espressi. Nelle nostre realtà quotidiane sorgono problemi comunicativi perché il modo in cui si trasmettono le informazioni può risultare sconvolgente o offensivo per il ricevente che pur rimanendo concorde sui contenuti può non essere d'accordo sui "toni usati".

4.8 L'USO DELLA DISTANZA INTERPERSONALE

La prossemica è la disciplina che studia lo spazio e le distanze esistenti tra emittente e ricevente.

La distanza è una dimensione affettiva, collochiamo vicino qualcosa a cui teniamo e lontano qualcosa che rifiutiamo; in presenza di culture o situazioni diverse la concezione di vicinanza non ha lo stesso significato per tutti i soggetti coinvolti nel processo comunicativo; si possono creare problemi relazionali in quanto tutti danno un'interpretazione diversa ai movimenti di avvicinamento.

Seguendo lo schema proposto da Hall (2001) possiamo suddividere lo spazio che separa emittente e ricevente in quattro zone interpersonali ben definite:

1. **La zona intima** (0-45 cm), concepita come un'area di confini invisibili che circondano il corpo, è la nostra seconda pelle nella quale avvengono fenomeni emozionali di affetto-protezione, tant'è vero che in essa possono accedere soltanto coloro con i quali abbiamo stabilito un rapporto di fiducia, altrimenti viene vissuta come un'aggressione.
2. **La zona personale** (45-120 cm) corrisponde di solito alla distanza che intercorre tra il margine estremo della zona intima e il confine segnato dal braccio proteso in avanti.
3. **La zona sociale** (1,2-3 metri), corrisponde normalmente alla somma delle zone personali dei due interlocutori ed è riservata a contatti sociali di tipo formale, usata per la comunicazione tra conoscenti, al lavoro o nel rapporto insegnante-allievo.
4. **La zona pubblica** (oltre i 3 metri) si situa al di là della distanza sociale ed interessa in genere le occasioni pubbliche. Definisce la distanza per esempio che separa un oratore dal suo pubblico ed è usata per le pubbliche relazioni.

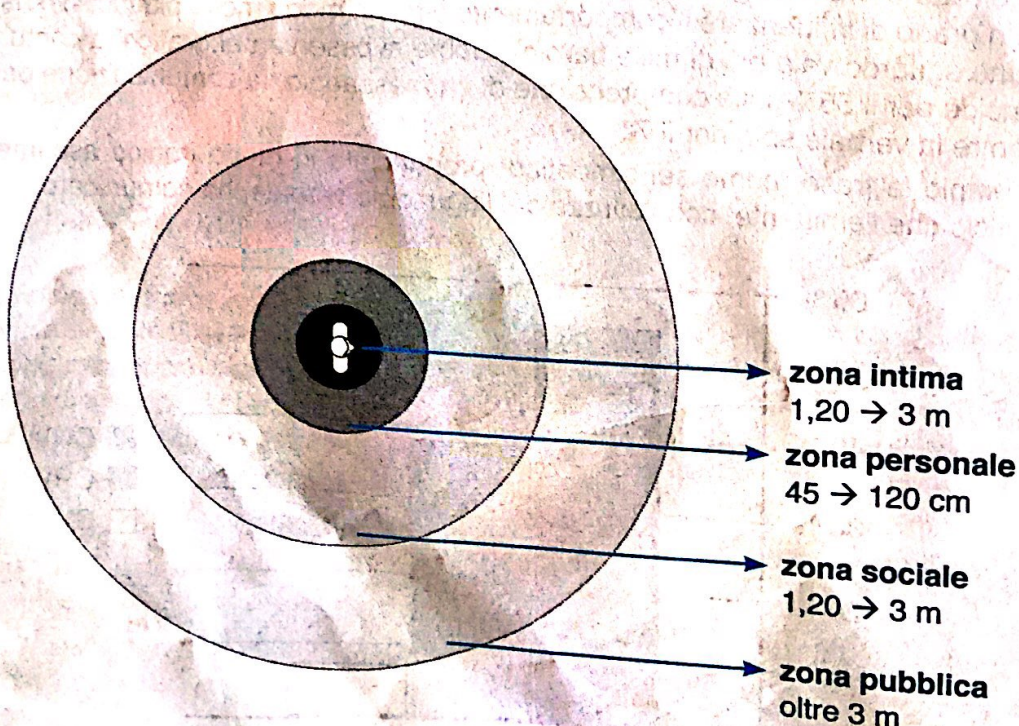


Fig. 4.2

La gestione degli spazi interpersonali è un fattore fondamentale nel processo comunicativo: il loro rispetto è una delle condizioni principali per la nascita e il proseguo di una buona comunicazione. Trovare la giusta distanza tra emittente e ricevente richiede attenzione e sensibilità, l'emittente deve valutare attentamente il feedback presente ed in base alle proprie sensazioni stabilire ed interporre la distanza più appropriata fra lui e il suo interlocutore; le distanze che creiamo tra noi ed il ricevente sono legate e regolate da sensazioni di piacere, pericolo, conv...

4.9 LA COMUNICAZIONE ASSERTIVA

Assertività significa essere in grado di esprimere le proprie idee, i propri desideri, difendere le proprie convinzioni senza ledere e prevaricare i diritti e le libertà altrui. Una persona assertiva riesce a rispettare e a farsi rispettare nelle diverse situazioni della vita: questa è un'abilità e come tale può essere appresa da tutti. Il concetto di assertività può essere spiegato bene se lo confrontiamo ai comportamenti passivi e aggressivi in ambito comunicativo. Si ha uno stile comunicativo passivo quando l'emittente non esprime direttamente le proprie sensazioni, i propri pensieri ma li trattiene completamente o li fa emergere o intravedere attraverso il linguaggio non verbale. L'emittente passivo difficilmente avanza richieste, propone propri *modus operandi* ma è per lo più incline a subire il proprio interlocutore accettando il pensiero altrui in modo incondizionato, per poi trovare scuse di ogni genere piuttosto che rifiutarsi. Può capitare che nell'emittente che manifesta uno stile passivo ad un certo punto scatti un impulso di avversione nei confronti dell'assetto comunicativo assunto nel tempo ed all'improvviso si ritrovi ad esprimersi attraverso un comportamento prettamente aggressivo. Attraverso lo stile aggressivo la persona si esprime non curandosi minimamente di rispettare pensieri, desideri e diritti altrui, attacca il proprio interlocutore quando non riesce ad ottenere ciò che vuole, accusa e scarica le proprie responsabilità sugli altri. Attraverso la comunicazione assertiva si riescono a esprimere concetti personali in modo tale da non prevaricare diritti e libertà dei soggetti coinvolti nel processo comunicativo; si riesce ad essere aperti sia al cambiamento delle proprie idee che all'accettazione di quelle degli altri, si ascolta con attenzione il proprio interlocutore, si gestisce in modo intelligente sia la critica che il rimprovero, si ha la capacità di assumersi consapevolmente le proprie responsabilità.

4.10 TECNICHE E STRATEGIE DI COMUNICAZIONE

È impossibile non comunicare, anche quando non c'è la volontà di farlo noi comunichiamo; l'obiettivo è riuscire a comunicare bene ovvero in modo efficace. Comunicare efficacemente significa riuscire a farsi capire dal ricevente ed ottenere un *feedback* positivo. Una comunicazione funziona quando si raggiungono gli scopi prefissati, o quando l'interlocutore riesce a compiere un qualcosa che inizialmente non era in grado di fare. Per attuare in modo efficace il processo comunicativo dobbiamo inizialmente crearci un ricevente; questi si ottiene catturando l'attenzione di un soggetto. Il buon comunicatore, una volta che l'interlocutore è a sua disposizione, cerca di instaurare una relazione positiva utilizzando parole, tono della voce, postura e mimica facciale che suscitino interesse nel ricevente. È necessario che l'emittente abbia già individuato il proprio scopo, il proprio obiettivo comunicativo da raggiungere così che possa esprimere chiaramente le proprie idee, possa avanzare le proprie richieste adattando il più possibile il contesto comunicativo al ricevente in modo da creare una relazione stretta ed un *feedback* chiaro e inequivocabile. Le formule di cortesia se usate fuori luogo o abusate, non sono strumenti che consentono la creazione di una relazione salda così come le forme di aggressività sono inefficaci per raggiungere gli obiettivi prefissati. Da queste considerazioni nasce la consapevolezza che anche le migliori tecniche comunicative possono risultare fallimentari se a priori non si è stabilita una relazione di fiducia tra i soggetti coinvolti. Questo tipo di relazione costituisce l'elemento chiave della comunicazione efficace; attraverso la creazione di una relazione di fiducia, si riesce ad ottenere il sostegno e la cooperazione del ricevente; la costruzione di un tale rapporto aiuta a motivare i soggetti verso soluzioni condivise.

Strategie di costruzione:

1. Incoraggiare
2. Dare sostegno
3. Porre degli accordi
4. Completare la frase insieme al ricevente
5. Confermare le esperienze del ricevente
6. Strutturare affermazioni normalizzatrici

Queste ultime sono frasi che cercano di far sentire il soggetto nella norma, sostengono che quello che sta vivendo la persona è normale, che ciò che gli capita accade a tutti.

Completare le frasi insieme all'interlocutore è una strategia mirata ad accrescere la fiducia del ricevente in quanto l'emittente dimostra di ascoltare (si trasforma in ricevente) quindi di prestare attenzione ai messaggi di *feedback*.

L'ascolto è un'abilità essenziale per creare e conservare rapporti interpersonali efficaci; attraverso l'ascolto comunichiamo interesse nei confronti di chi ci sta parlando, mettiamo in disparte pregiudizi, riusciamo a "calarci nei panni dell'altro". Il vero ascolto si esprime non tanto nel silenzio, ma attraverso una partecipazione attiva alla conversazione, dimostrando interesse sia attraverso il linguaggio non verbale, sia attraverso la formulazione di domande.

I segnali non verbali che dimostrano e rafforzano un ascolto attivo sono:

1. Guardare negli occhi
2. Sporgersi leggermente verso chi sta parlando
3. Dare un rinforzo al messaggio con cenni della testa

Attenzione particolare la merita la parafrasi; parafrasare una frase significa spiegare a modo proprio i contenuti di un messaggio ricevuto. Le frasi chiave della parafrasi sono: "in altre parole...", "se ho ben capito lei mi sta dicendo che...", "fammi capire bene quello che stai dicendo...".

Una buona parafrasi si ottiene riflettendo su quello che il nostro interlocutore ritiene vero accettando almeno in parte le sue esperienze di vita.

Per comunicare bene dobbiamo creare armonia per ottenere l'attenzione, l'aiuto, la disponibilità dell'interlocutore; l'utilizzo di termini negativi, le critiche, atteggiamenti di colpevolizzazione e di giudizio, intralcia la creazione di un rapporto di fiducia, quindi dovremmo sempre riflettere attentamente prima del loro utilizzo. Per creare una struttura comunicativa funzionale dobbiamo puntare sulle abilità e sulle risorse del nostro interlocutore piuttosto che sui deficit e le sue mancanze; la sua attenzione va focalizzata su esperienze ed emozioni positive, vanno enfatizzati i punti di forza del soggetto, valorizzate le sue risorse, utilizzato un lessico che indichi chiaramente cosa fare piuttosto che cosa non fare.

Il processo comunicativo, principalmente in un contesto in cui sia presente un soggetto con problemi di salute, deve essere centrato sulla persona, sarà lei che insegnerà all'emittente, attraverso segnali che un buon comunicatore riuscirà a cogliere, come relazionarsi nel modo più consono alle proprie esigenze; a sua volta i termini utilizzati dall'operatore dovranno essere chiari e comprensibili, le domande non dovranno avere un ritmo serrato; questi presterà massima attenzione sia al linguaggio verbale che soprattutto a quello non verbale così sarà in grado di formulare risposte adeguate, creare il feedback giusto, rafforzare la collaborazione reciproca.

mantenere un senso di valore personale, rinforzare le relazioni con persone significative, rafforzare le aspettative di recupero del funzionamento fisico e aumentare la possibilità di ottenere una condizione socialmente accettabile dal punto di vista personale. Riguarda, inoltre, il salvaguardare le aree maggiormente minacciate dalla malattia, l'equilibrio psicologico, le relazioni interpersonali, il funzionamento fisico e le aspettative per il futuro.

4.14 RISPOSTE EMOZIONALI E COMPORTAMENTI DELL'OPERATORE DI FRONTE AL DOLORE

Gli operatori impegnati nelle professioni di aiuto vivono spesso in modo coinvolgente il rapporto con le persone con cui lavorano. Queste reazioni nascono dalla loro personale esperienza di disagio che vivono in sé stessi e in altre persone importanti della loro vita.

L'approccio dei sanitari al paziente prevede la presa in carico della sua esperienza di sofferenza, che condiziona la qualità di vita del paziente e dell'operatore. Il sanitario, oltre a sviluppare abilità di relazione e di ascolto dell'esperienza dolorosa totalmente soggettiva, mette in gioco la propria personale concezione sia di dolore che di morte. L'intervento relazionale e terapeutico diventa dunque una forma di coinvolgimento esistenziale totale, perché *forma speculare di un probabile futuro comune*, creando una serie di atteggiamenti e reazioni che determinano la riuscita o meno dell'intervento terapeutico stesso.

Nel lavoro con la sofferenza è possibile scegliere di negare queste implicazioni emotive oppure decidere di considerarle, affinché possano fornire elementi utili per migliorare il lavoro.

I sentimenti provati dall'operatore nei confronti dell'utente vengono definiti *controtransfert* e la sua comprensione consente di raggiungere una migliore competenza lavorativa perché sono un elemento utile in ogni tipo di relazione di aiuto. Le più comuni reazioni di *controtransfert* sono rabbia, fallimento, impotenza, senso di colpa, tristezza e angoscia, sofferenza emotiva, perdite, dipendenza e morte. Di fronte a queste reazioni emotive la risposta più comune è quella dell'evitamento, l'operatore tende ad ignorarle, a difendersi e ad allontanarle ed il rischio è quello di non riuscire a supportare l'utente per i problemi per i quali ha chiesto aiuto.

Il primo indizio di *controtransfert* è quello di provare reazioni emotive intense o sentimenti inusuali, dimenticare gli appuntamenti, sentirsi assonnati, annoiati, concedere meno attenzione all'assistenza e evitare l'utente o affidarlo a qualcun altro. Questo significa che non sono state trovate adeguate strategie per fronteggiare l'ansia creata dalla situazione né meccanismi di difesa adeguati. Questa alterazione della sfera emozionale può far sviluppare determinate difficoltà nell'operatore che possono esprimersi direttamente attraverso disturbi d'ansia o indirettamente attraverso disturbi comportamentali, psicosomatici o del funzionamento sociale.

Al contrario, essere in grado di riconoscere i sentimenti personali che si innescano nel lavoro, è utile per metterli al servizio degli utenti. Comprendere quei sentimenti, per quanto scomodi, accresce la comprensione delle esperienze degli utenti e dà indicazioni importanti sull'interazione con gli stessi, dando la possibilità di dimostrare la capacità di tollerare i sentimenti spiacevoli e le situazioni che gli utenti vivono. In definitiva il *controtransfert* aiuta l'operatore a fornire un aiuto più competente.

4.15 STRESS E BURN OUT: DEFINIZIONI E MANIFESTAZIONI

Lo stress è la risposta normale di adattamento a qualsiasi richiesta proveniente dall'ambiente. Quando lo stress si manifesta in corrispondenza di un carico lavorativo intollerabile e incontrollabile si parla di stress lavorativo. Non si tratta di un processo patologico o di una malattia anche se può indubbiamente causare scompensi e difficoltà di natura fisiologica: depressione, cardiopatie, fenomeni epidermici ecc.

Una particolare forma di reazione patologica ad un eccessivo **stress** lavorativo è il **burn out**, letteralmente "bruciarsi", che può essere definito come la risposta individuale ad una situazione lavorativa percepita come stressante e nella quale l'individuo non dispone di risorse e di strategie comportamentali o cognitive adeguate a fronteggiarla (Maslach, 1992, 2000)

I sintomi centrali del *burnout* sono percezione di inadeguatezza nello svolgere il proprio ruolo, sensazione di svuotamento e perdita delle proprie energie e risorse unite a distacco, cinismo e ostilità.

Il problema del *burnout* non è un problema dell'individuo in sé, ma del contesto sociale nel quale opera. La struttura e il funzionamento del posto di lavoro influenzano il modo in cui le persone interagiscono e lavorano. Quando l'ambiente lavorativo non riconosce l'aspetto umano del lavoro, il rischio del *burnout* cresce.

Il disagio professionale si manifesta attraverso segni ben precisi:

- disturbi psicologici: depressione, ansia, noia, collera, rabbia, gelosia, sospettosità, diffidenza, ruminazioni ossessive.
- disturbi fisici: stancabilità, problemi nel sonno, emicranie, cefalee, influenze frequenti e persistenti.
- disturbi comportamentali: apatia, cinismo, farmaco-dipendenze, umorismo e ironia di fronte alla sofferenza.

I termini *stress* e *burn out* sono quindi da porsi lungo un continuum che qualitativamente differenzia reazioni normali ad un carico eccessivo di lavoro ed una reazione patologizzata con conseguenze aggravanti sia psicologiche che fisiologiche.

Secondo **Maslach**, il *burn-out* è un insieme di manifestazioni psicologiche e comportamentali che può insorgere in operatori che lavorano a contatto con la gente e che possono essere raggruppate in tre componenti:

- esaurimento emotivo, sentimento di essere emotivamente svuotato e annullato dal proprio lavoro, per effetto di un inaridimento emotivo del rapporto con gli altri;
- depersonalizzazione, atteggiamento di allontanamento e di rifiuto nei confronti di coloro che richiedono o ricevono la cura;
- ridotta realizzazione personale, la percezione della propria inadeguatezza al lavoro, la caduta dell'autostima ed il sentimento di insuccesso nel proprio lavoro.

L'insorgenza della sindrome segue generalmente quattro fasi. La prima fase (entusiasmo idealistico) è caratterizzata dalle motivazioni che hanno indotto gli operatori a scegliere un lavoro di tipo assistenziale; tali motivazioni sono spesso accompagnate da aspettative di "onnipotenza", di soluzioni semplici, di successo generalizzato e immediato. C'è in tutto questo quasi una difficoltà a leggere in modo adeguato il dato di "realtà": infatti esiste una logica secondo la quale il venire a capo di una situazione difficile non dipende dalla natura della situazione, ma essenzialmente dalle proprie capacità e dai propri sforzi; se dunque il problema non viene risolto, significa che non si è stati all'altezza. Nella seconda fase (stagnazione) l'operatore continua a lavorare ma si accorge che il lavoro non soddisfa del tutto i suoi bisogni. Si passa in questo modo da un superinvestimento iniziale ad un graduale disimpegno dove il sentimento di profonda delusione determina una chiusura verso l'ambiente di lavoro ed i colleghi. La terza fase (frustrazione) è la più critica del burn-out. Il pensiero dominante dell'operatore è di non essere più in grado di aiutare nessuno, con profonda

sensazione di inutilità e di non rispondenza del servizio ai reali bisogni dell'utenza. Il soggetto può assumere atteggiamenti aggressivi e spesso mette in atto comportamenti di fuga come allontanarsi senza giustificazione dal reparto, fare pause prolungate o frequenti assenze per malattia. Nella quarta fase si assiste al graduale passaggio da empatia ad apatia; durante questa fase si ha una vera e propria morte professionale.

Da qui il collegamento tra il *burn out* e le cosiddette *helping professions*. In queste professioni è implicita una relazione talmente diretta tra operatore e utente che le capacità personali sono implicate più delle abilità professionali nel rapporto col paziente. Inoltre è presente un forte coinvolgimento emotivo meno presente in altre professioni. In tali condizioni di lavoro è più facile incorrere in frustrazioni profonde, che confrontandosi con la sofferenza ed il disagio, richiedono un forte impegno emotivo ed una altrettanto forte stabilità interna. Ecco allora il dilagare di alienazione, insoddisfazione e frustrazione, fino alle conseguenze più evidenti: il *burn-out* appunto.

4.16 IL MOBBING

Con il termine *mobbing* intende «una forma di terrore psicologico sul posto di lavoro, esercitata attraverso comportamenti aggressivi e vessatori ripetuti, da parte di colleghi o superiori» (Ege, 1997, p. 31). La vittima di queste persecuzioni viene ghettizzata, calunniata, criticata e spesso le vengono affidati compiti dequalificanti. Lo scopo di tali comportamenti è sempre lesivo ed ha come fine quello di indurre il lavoratore alle dimissioni volontarie o provocandone un motivato licenziamento.

Secondo Leyman (1996) il *mobbing* si struttura in 4 fasi:

- fase del conflitto quotidiano: fase non chiaramente definita; in genere il primo segnale sono i conflitti in ambito lavorativo che non sono sempre effettuati al fine di produrre *mobbing*.
- fase dell'inizio del *mobbing* e del terrore psicologico: il conflitto quotidiano diventa continuativo con attacchi da parte di superiori e colleghi che tendono a ledere la reputazione della vittima con calunnie e maldicenze e impedirle ogni forma di comunicazione fino a renderle impossibile lo svolgimento del proprio lavoro in modo soddisfacente. In questa fase si definiscono i ruoli degli attori.
- fase degli Errori ed abusi anche non legali dell'Amministrazione-Direzione del personale: la vittima comincia ad accusare problemi di salute. Vengono chieste informazioni ai colleghi che tendono a colpevolizzare la vittima imputando la causa del problema alla sua personalità. In tale fase si verificano, inoltre, violazioni del diritto di ascolto e di replica, rifiuto dell'Azienda di acquisire comunicazioni scritte da parte della vittima, azioni per costringere alle dimissioni, scadenze fissate in modo da non poter essere assolutamente rispettate, calunniare di proposito la vittima, non adeguate informazioni al lavoratore riguardo i suoi diritti, tentare di ottenere informazioni personali sulla vittima, prendere accordi a sua insaputa, essere prevenuti verso la vittima.
- fase dell'esclusione dal mondo del lavoro: la vittima viene isolata e il conflitto arriva a trascendere i limiti fisici dell'ufficio con abusi di potere e violazioni del diritto proprio del lavoratore con trasferimenti, declassamenti, punizioni di ogni tipo per indurre il lavoratore a rassegnare le dimissioni; inoltre si lede la reputazione della vittima attraverso maldicenze, calunnie ed esponendola al ridicolo. Le conseguenze sono lo sviluppo di manie ossessive, il licenziamento, la lunga malattia, il prepensionamento, il trasferimento, i ricoveri ospedalieri (psichiatria), lo sviluppo di comportamenti criminali, il suicidio.

In letteratura vengono descritte 4 principali forme di *mobbing*:

- *mobbing verticale*, esso fa riferimento alla posizione gerarchica degli attori. Con questo termine, si intendono quelle vessazioni esercitate da una persona (anche assieme a dei collaboratori) che ha una posizione gerarchica superiore rispetto alla vittima. Un tipico esempio di *mobbing* verticale è l'abuso di potere (Giannini, Di Fabio e Gepponi, 2004). Talvolta questa forma di *mobbing* viene anche chiamata *bossing*, che viene definito da Ege (1997) come "una forma

di terrorismo psicologico che viene programmato dall'azienda stessa o dai vertici dirigenziali ai danni di dipendenti divenuti in qualche modo scomodi" e che si vogliono eliminare. Ciò che caratterizza il *bossing* è la sua manifestazione su scala aziendale (ibidem).

- *mobbing dal basso* (o verticale ascendente), come il precedente, esso si basa sulla relazione gerarchica tra gli attori. Questa forma di *mobbing*, a differenza da quella verticale (discendente), vede il subordinato o comunque chi detiene un potere minore (singolo o gruppo di persone) mettere in atto una serie di vessazioni ai danni di un superiore.
- *mobbing orizzontale*, con questa tipologia si chiude la rosa delle modalità di *mobbing* che prendono in considerazione la relazione gerarchica. Questa forma viene esercitata da uno o più colleghi nei confronti di un soggetto. Le azioni più frequentemente attuate sono di natura socio-comunicativa, volte all'isolamento della persona vessata dal gruppo e al blocco delle informazioni (Einarsen et al., 1997 in Maier, 2003).
- *doppio mobbing*, si tratta di un fenomeno che Ege (1998) ha riscontrato frequentemente in Italia e che non trova riscontro nella ricerca europea. Il doppio *mobbing* delinea quella situazione nella quale la vittima perde il sostegno della famiglia, il quale comportamento si aggiunge alle vessazioni subite al lavoro.

Tali considerazioni trovano conferma nella Risoluzione del Parlamento Europeo "mobbing sul posto di lavoro" in cui il *mobbing* è incluso nei fenomeni di violenza e di molestia sul lavoro.

Dodici milioni di lavoratori dell'Unione Europea, sono stati vittime di *mobbing* nel corso degli ultimi 12 mesi, così come rilevato dal sondaggio svolto dalla "Fondazione di Dublino" su commissione dello stesso Parlamento. Si tratta, comunque, di un dato sottostimato, conferma la Commissione per l'occupazione e gli affari sociali e quella per i diritti della donna e delle pari opportunità, perché solo in alcuni paesi membri, i casi vengono dichiarati per effetto delle tutele nei diversi sistemi giuridici e delle differenze culturali.

La precarietà dell'impiego è una delle cause principali che provocano *mobbing*. Infatti l'aumento dei contratti a termine e della precarietà del lavoro, in particolare tra le donne, tende a creare le condizioni propizie a varie forme di molestia; seguono le carenze a livello di organizzazione lavorativa e quelle di informazione interna e di direzione;

I lavoratori più colpiti risultano essere:

- le donne (il 9% contro il 7% degli uomini);
- i precari, rispetto a chi ha un impiego fisso;
- i lavoratori nelle pubbliche amministrazioni (13%);
- i dipendenti del settore terziario e commerciale (11%);
- i dipendenti bancari (10%).

Lo stress elevato del *mobbing* provoca effetti devastanti sulla salute fisica e psichica delle vittime e delle loro famiglie. Effetti che spesso impongono il ricorso al trattamento medico e psicoterapeutico e conducono generalmente ad un congedo per malattia o alle dimissioni. Difficoltà a dormire, sindromi maniacali, forte aggressività, forte stanchezza o tendenze suicide sono i sintomi più riscontrati. Insieme alla diminuzione dell'efficienza produttiva; a un'atteggiamento critico e mancanza di fiducia nel datore di lavoro; frequenti assenze per malattia e ingigantimento dei piccoli problemi, difficoltà a collaborare ecc..

Gli effetti negativi più frequenti che si verificano nelle vittime di *mobbing* messe in luce dalle varie ricerche sono:

- *alterazione del tono dell'umore*: depressione, isolamento, calo dell'autostima;
- *alterazione dell'equilibrio psicofisiologico*: disturbi del sonno, calo della memoria e della concentrazione;
- *disturbi d'Ansia*: Disturbo d'Ansia Generalizzato, Disturbo Post Traumatica da Stress, Fobie, disturbo da Attacco di Panico;