

Bohdan W. Wasilewski

## Następstwa psychologiczne i zdrowotne mobbingu

Psychological and health consequences of mobbing

Zakład Psychosomatyki, Seksuologii i Patologii Więzi Międzyludzkich, Centrum  
Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

Instytut Psychosomatyczny, Warszawa

### **I Wprowadzenie**

Mobbing jako pojęcie w literaturze medycznej pojawił się w latach 50-tych jako rozszerzenie uprzednio opisywanego zjawiska dotyczącego zwierząt na zależności dotyczące zbiorowisk ludzkich (4). W definicji prof. Heinz`a Leymann`a z 1955 roku (9), mobbing stanowi następstwa zdrowotne stresu społecznego związanego z miejscem pracy. W późniejszej definicji Noa Davenport`a i wsp. z 1999 roku (2), mobbing jest równoznaczny z maltretowaniem psychicznym w miejscu pracy. Z szerokim oddźwiękiem spotkały się prace Soni Noring dotyczące mobbingu. Autorka ta jako mobbing definiowała: „*oddziaływania grupowe w miejscu pracy prowadzące do niszczenia środowiska pracy i domu oraz rozbicia integracji wewnętrznej poprzez stałą krytykę, wzbudzanie poczucia zagrożenia, wyszydzanie, ostracyzm społeczny i zawodowy, bezzasadne plotki, odsuwanie od pracy lub przydzielanie pracy bez znaczenia, niewłaściwej lub niemożliwej do wykonania, wycofanie kredytu zaufania*”. Definicja podana przez

S. Noring (14) znacznie dokładniej precyzuje zjawisko, podkreślając grupowy charakter oddziaływania oraz jego długoterminowy charakter.

Jeszcze bardziej precyzyjnie definiują mobbing opracowania niemieckie (20, 25), określając go jako oddziaływanie w miejscu pracy ze strony kolegów, przełożonych lub podwładnych, polegające na szykanowaniu, bezzasadnym obciążaniu pracą, oskarżaniu, obrażaniu bądź wywieraniu nacisku psychicznego prowadzącego do następstw chorobowych. Oddziaływania te muszą być częste i powtarzalne (co najmniej raz na tydzień) i trwać przez dłuższy czas (co najmniej pół roku). Nie ma znaczenia dla kwalifikacji danej sytuacji jako mobbingu, czy jego ofiara zachowuje się pasywnie czy też aktywnie działa. Nie zachodzi jednak zjawisko mobbingu wg autorów niemieckich, jeśli ma miejsce konflikt dwóch grup pracowników o porównywalnym znaczeniu i metodach działania. Tak, więc nie każda sytuacja konfliktowa w miejscu pracy, łącząca się z doznawaniem stresu może być kwalifikowana jako mobbing. W powyższym ujęciu definicyjnym widać

wpływ praktyki orzeczniczej, związanej z procesami odszkodowawczymi dotyczącymi mobbingu, które miały miejsce przed niemieckimi sądami.

Mobbing jest procesem stopniowej izolacji i narastającej agresji grupy wobec jednostki (1, 25). Pierwszym etapem jest odsunięcie od podejmowania decyzji, kolejnymi: izolacja społeczna, atak osobisty obejmujący sferę prywatną a następnie agresja słowna, która przechodzić może od gróźb do użycia agresji bezpośredniej.

Następstwa zdrowotne związane z mobbingiem jako stresem psychologicznym porównywalne są do opisywanego w literaturze anglosaskiej zespołu objawowego PTSD (Posttraumatic Stress Disorder) (1, 11). Objawy zespołu PTSD występują w następstwie ekspozycji danej osoby na sytuację groźącą śmiercią lub poważnym zranieniem. Wprowadzenie przez amerykańską klasyfikację chorób (DSM), PTSD jako równoprawnej jednostki chorobowej, wywołało istotne następstwa finansowe związane z kosztami terapii oraz odszkodowaniami (23). Doświadczenia związane z następstwami społecznymi, psychologicznymi i ekonomicznymi wprowadzenia kategorii diagnostycznej PTSD, mogą stanowić model dla przewidywanych następstw wprowadzonego w Polsce przed niespełną rokiem mobbingu jako pojęcia prawnego i medycznego. W sytuacji znacznego bezrobocia, rosnącej presji dotyczącej jakości pracy, brutalizacji stosunków w miejscu pracy oczekiwać można lawinowego narastania skarg dotyczących mobbingu w Polsce. Z doświadczeń niemieckich wynika, iż, jedynie co drugi zgłaszany przypadek jest w pełni udokumentowanym przypadkiem mobbingu, zaś przedłużające się procesy oraz wysokie koszty terapii stanowią istotny problem ekonomiczny i organizacyjny znacząco podwyższający koszty pracy.

W sytuacji polskiej, niekontrolowany rozwój omawianego zjawiska prowadzić może do obniżenia konkurencyjności Polski w zakresie

gospodarczym. Jednocześnie w świetle standardów europejskich i polskiej pozycji kulturowej nie możemy powstrzymać wdrożenia pełnych uprawnień obywatelskich związanych z ochroną przed mobbingiem. Rozwiązaniem jest szybkie uzupełnienie luki informacyjnej, którą obserwuje się w tym zakresie w Polsce oraz przygotowanie specjalistów zajmujących się problemem mobbingu.

## ***II Mechanizm oddziaływania***

Mechanizm oddziaływania traumatyzującego stresu psychologicznego, który stanowi podstawę mobbingu został dokładnie zbadany na modelu zespołu objawowego PTSD (Posttraumatic Stress Disorder) (10, 13). W badaniach amerykańskich (19) wykazano, iż osoby, które doznały sytuacji traumatyzującej, wykazywały w stosunku do osób z grupy kontrolnej znamienne wzmożenie przepływu krwi w strukturach mózgu odpowiedzialnych za regulację czynności emocjonalnych, popędowych i wegetatywnych (układ limbiczny). Pomiaru dokonano przy pomocy nowoczesnej, czułej metody tomografii komputerowej z emisją pozytronową (PET). Obserwowane zmiany w zakresie przepływu mózgowego współistniały z wzrostem obwodowego ciśnienia krwi w sytuacji wyobrażeń związanych z przebyciem traumą. U osób z PTSD stwierdza się w pomiarach z użyciem metody MRI (rezonans magnetyczny) zmniejszenie objętości struktur układu limbicznego (np. hipokampu) (7).

Zaniki dotyczące układu limbicznego w następstwie nasilonego stresu łączy się z zanikiem komórek nerwowych np. wykorzystujących przy przekazywaniu impulsów receptory NMDA. Komórki te przy nasilonym pobudzeniu wchłaniają toksyczne ilości jonów, co prowadzi do ich obumierania (7, 18).

Zaburzenia funkcjonalne w obrębie układu limbicznego charakterystyczne dla ostrej reakcji stresowej pogłębiają się przy przewlekłym oddziaływaniu stresu,

w związku z rozwijającymi się zmianami morfologicznymi w obrębie tego układu. Rezultatem powyższych zaburzeń są zakłócenia w funkcjonowaniu narządów wewnętrznych kontrolowanych za pośrednictwem układu hormonalnego oraz autonomicznego układu nerwowego poprzez ośrodki nerwowe zlokalizowane w układzie limbicznym (6, 15).

Jednym z wcześniejszych objawów związanych z dysfunkcją układu limbicznego są zaburzenia rytmów biologicznych takich jak: rytm sen-czuwanie lub łaknienie oraz istotnych funkcji biologicznych jak funkcje seksualne, trawienne bądź kontrola stanów emocjonalnych.

### **III Objawy kliniczne**

Dla fazy ostrej mobbingu charakterystyczne są następujące objawy: zaburzenia snu, nadciśnienie, bóle serca, stany zapalne żołądka i jelit, bóle brzucha, napięcie mięśniowe, zaburzenia postawy prowadzące do zmian stawowych (20).

Zaś dla fazy przewlekłej: zaburzenia immunologiczne, alergie, możliwość aktywacji nowotworów oraz negatywny wpływ na sytuację domową; przyspieszenie rozkładu domu.

Pod względem częstości występowania dolegliwości u ofiar mobbingu wg Schwickerath J. (20) dominują dolegliwości bólowe (bóle głowy u 51%, bóle pleców u 44%, bóle karku u 36%). Kolejną pod względem częstości występowania jest grupa dolegliwości z kręgu depresyjnego, obejmująca zaburzenia zasypiania (u 41%), depresyjność (u 41%), pobudliwość nerwową (u 41%), zaburzenia koncentracji uwagi (u 35%).

Obraz objawowy zależy od długości oddziaływania stresu. Utrzymywanie się objawów powyżej 6 miesięcy uważa się za przebieg chroniczny.

Obserwacje dotyczące wrażliwości na ekspozycję na stres traumatyzujący (5, 10), wykazują, iż najbardziej wrażliwymi osobami były osoby samotne, młodsze

oraz osoby z współistniejącymi objawami depresji.

Potwierdzają to wcześniejsze obserwacje dotyczące jednostek i grup społecznych izolowanych, dyskryminowanych i prześladowanych jak np. Żydzi w okresie nazizmu (Buerger – Prinz H., 1950; Strauss, 1957), jak również wcześniejsze obserwacje następstw długotrwałych obciążeń emocjonalnych związanych z konfliktami w pracy i w domu (Kraepelin, 1889; Bumke, 1919; Kępiński, 1974). (piśmiennictwo źródłowe u autora)

Następstwa stresu traumatyzującego, nie ograniczają się jedynie do zaburzeń emocjonalnych i psychosomatycznych, obejmują one również wzrost zapadalności na szereg chorób somatycznych istotne pogorszenie ich przebiegu oraz wzrost śmiertelności. Przykładem może być reakcja żałoby, związanej z utratą osoby bliskiej, prowadząca do znaczącego wzrostu częstości zgonów w odniesieniu do grup kontrolnych (12). Mechanizm zjawiska nadumieralności w sytuacji utraty osoby bliskiej nie jest w pełni poznany. Istnieją uzasadnione hipotezy (Wasilewski B.W., 2004), iż dochodzi w tych wypadkach do aktywacji mechanizmów autoeliminacyjnych (tanatozy), prowadzącej do przyspieszonej śmierci jednostki (22). Tanatoza poprzez supresję odporności oraz mechanizmów zapobiegających nowotworom prowadzi do śmierci w wyniku chorób nowotworowych bądź chorób infekcyjnych. Istnieje możliwość, iż w przypadku przewlekłego oddziaływania stresu związanego z mobbingiem dochodzi do aktywacji mechanizmu tanatozy.

W zakresie następstw psychologicznych mobbingu, odróżnić należy następstwa obserwowane w fazie ostrej, od reakcji emocjonalnych charakterystycznych dla przewlekłego oddziaływania mobbingu. W fazie ostrej w zależności od osobowości ofiary mobbingu reakcja przybierać może formę agitowaną z dominującą złością, gniewem, niepokojem lub też przypominać stan odrętwienia emocjonal-

nego, któremu towarzyszy zaprzeczanie oczywistym faktom lub bezzasadne samooskarżanie. W obu przypadkach rozwijają się objawy depresyjne, którym towarzyszą zaburzenia rytmów biologicznych takich jak sen czy łaknienie. Pogarsza się koncentracja uwagi i ogólna sprawność intelektualna, co powoduje, iż praca stanowi coraz większe obciążenie psychiczne, zaś obawy dotyczące zagrożenia ze strony przełożonych coraz bardziej zasadne. Czynione wysiłki by zwiększonym nakładem pracy kompensować opisaną sytuację, pogarszają i tak już niedostateczną formę fizyczną i psychiczną ofiary mobbingu. Poczucie zagrożenia powoduje poszukiwanie wsparcia wśród kolegów w pracy i osób bliskich. Dlatego odrzucenie poprzez kolegów w pracy oraz negatywne informacje, przekazywane przez nich, są tak silnym czynnikiem depresjogennym. Elementem mobbingowania jest inicjowanie sytuacji, w których ofiara skazana jest na przegraną, zgodne indoktrynowanie ofiary, iż jest ona nieudacznikiem w zakresie zawodowym i osobistym, osobą, która zawiodła zaufanie oraz posiada istotne ułomności. Wraz z pogarszającym się stanem psychicznym ofiary mobbingu informacje te stają się coraz bardziej sugestywne i doprowadzają do depresyjnej oceny swojej osoby oraz sytuacji życiowej (15, 17). Proces ten stymuluje osamotnienie ofiary mobbingu w sferze osobistej związanej z brakiem bliskich kontaktów mimo istniejącej rodziny lub związku partnerskiego. Osamotnienie takie może być wywołane presją otoczenia by osiągnąć sukces zawodowy i lękiem przed ujawnieniem swoich niepowodzeń i zagrożeń. Im więcej dzieli realną sytuację w pracy od świata pozorów, które ofiara mobbingu stara się podtrzymywać w kręgu rodziny i przyjaciół, tym bardziej dolegliwe są następstwa mobbingu. Z opisywanej dynamiki rozwoju psychologicznych następstw mobbingu wynika, iż dotyczą one nie tylko sfery emocjonalnej ale

również systemu ocen i postaw życiowych co ma bardzo istotny wpływ nie tylko na funkcjonowanie osobiste ofiary mobbingu, lecz również na funkcjonowanie jej rodziny.

Można uogólniając powiedzieć, że mobbing jest „chorobą” nie tylko jednostki, której dotyczy, lecz również jej rodziny. Nie chodzi tutaj jedynie o zagrożenia związane z pogorszeniem sytuacji finansowej rodziny, ale głębokie zaburzenia jej funkcjonowania. Ofiary mobbingu w okresie ostrej jego fazy „osiercają dom”, spędzając większość czasu w pracy fizycznie lub „psychicznie”. Monotematyczne, bezproduktywne rozmowy frustrują innych członków rodziny, zaś zły stan psychiczny osoby mobbingowanej powoduje, iż pozostali członkowie rodziny muszą wypełniać jego funkcje domowe. W powstających na tym tle konfliktach domowych często podnoszone są argumenty, które współbrzmia z zarzutami, z którymi spotyka się ofiara mobbingu w pracy. Potęguje to uczucie osamotnienia i sprzyja rozwojowi reakcji depresyjnych. Sytuacja utrwała się w okresie wieloletnich (2004), sporów sądowych z pracodawcą którym najczęściej towarzyszy przewlekła depresja oraz przewlekłe bezrobocie ofiary mobbingu. Prowadzi to często do rozpadu domu, stanowiąc kolejny czynnik patogenny decydujący o dalszym niekorzystnym przebiegu zaburzeń somatycznych i psychologicznych wywołanych przez mobbing.

Związek mobbingu z rozpadem rodziny podkreślany jest przez autorów niemieckich (20, 25), którzy w rozpadzie rodziny i jego negatywnym wpływie na dzieci widzą jedno z najgroźniejszych następstw mobbingu.

Istnieją znaczne rozbieżności w zakresie oceny częstości występowania mobbingu, co spowodowane jest głównie rozbieżnościami w zakresie przyjętej metody oceny. Metody oceny przyjmujące jako podstawę, niemiecką, zawężoną definicję mobbingu oraz weryfikację następczą danych kwestionariuszowych

wskazują na 1,2 % – 3,5% przypadków mobbingu w ogólnej populacji osób aktywnych zawodowo (25).

Obserwuje się duże zróżnicowanie w ilościowym nasileniu zjawiska mobbingu w poszczególnych działach gospodarki. Najwyższe wartości przewyższające 7 x średnią, obserwowano pracowników Niemczech u pracowników służby zdrowia, zaś wysokie wartości u osób zatrudnionych w szkolnictwie, zarządzaniu i bankowości (dział kredytów). Poniżej średniej plasuje się handel, usługi hotelowe, budownictwo oraz rolnictwo.

Dużo wyższą częstość występowania mobbingu wykazują badania kwestionariuszowe, czego przykładem są opublikowane w prestiżowych czasopismach medycznych - BMJ oraz Lancet (15) badania dotyczące fachowych pracowników służby zdrowia w Wielkiej Brytanii. Wykazano w nich, iż 38% badanych było w okresie ostatniego roku ofiarami bullingu (forma prześladowań i dyskryminacji w miejscu pracy obejmująca obok działań grupowych również działania indywidualne), zaś 42% było jego świadkami. Ofiary bullingu relacjonowały częściej występowanie u siebie objawów depresji (8 x) oraz lęku (3 x).

W badaniach przekrojowych tego typu, trudno jest rozróżnić, w jakim stopniu relacjonowane objawy depresyjne i lękowe są następstwem sytuacji traumatyzującej w pracy, zaś w jakim stopniu dzięki depresyjnej percepcji sytuacja w miejscu pracy oceniana jest jako mobbing bądź bulling.

Podobna sytuacja ma miejsce w wypadku badań polskich, dotyczących 1047 osób (3), w których 39,5% ankietowanych czuło się mobbingowanymi. Dodatkowym czynnikiem zawyżającym wartości pomiaru w omawianej pracy była przyjęta w powyższych badaniach metoda ankietowania za pośrednictwem internetu. Anonimowość, którą zapewnia internet oraz styl kontaktu za jego pośrednictwem prowadzi do bardziej ekstremalnych ocen, niż uzyskiwane

w badaniach kwestionariuszowych z użyciem ankietera. Powyższe uwagi metodologiczne nie kwestionują niniejszych badań, jako pilotażowej oceny wskazującej na znaczne rozpowszechnienie zjawiska mobbingu w Polsce.

#### **IV Profilaktyka i terapia**

W świetle obowiązującego prawa zakłady pracy zobowiązane są do zapobiegania mobbingowi. Nie są mnie jednak znane wzorcowe programy profilaktyki mobbingu, przystosowane do wdrożenia w polskich zakładach pracy. Luka ta wymaga jak najszybszego wypełnienia. Personel zarządzający, przedstawiciele związków zawodowych, lekarze medycyny pracy powinni zostać przeszkoleni w zakresie rozpoznawania i zapobiegania zjawisku mobbingu. Przeszkoleni powinni zostać również pracownicy sądów pracy i Państwowej Inspekcji Pracy. Lekarze opieki podstawowej oraz wybrani specjaliści powinni zostać przeszkoleni w zakresie zasad udzielania pomocy medycznej i wsparcia psychologicznego ofiarom mobbingu. Trudniejsze przypadki powinny być kierowane do regionalnych ośrodków specjalizujących się w zakresie pomocy ofiarom mobbingu. Ośrodki te powinny powstać poprzez wyspecjalizowanie istniejących zakładów służby zdrowia lub projektowanych do powołania ośrodków pomocy rodzinie.

Szczególnie użyteczna dla pomocy ofiarom mobbingu jest psycho-terapia grupowa z zastosowaniem elementów psychodramy. Dla specjalistycznego prowadzenia przypadków mobbingu konieczne jest opanowanie podstaw psychosomatyki klinicznej.

#### **V Podsumowanie**

Mobbing stanowi szybko narastające zjawisko o dużym znaczeniu zdrowotnym, psychologicznym i gospodarczym nie znajdując dotychczas w Polsce

odpowiedniej reakcji w zakresie przeciwdziałania. Zdrowotne i psychologiczne następstwa mobbingu dotyczą nie tylko ofiary, lecz również jej rodziny. Mobbing stanowić może jedno ze źródeł narastającej fali depresji oraz zwiększającej się częstości rozwodów i innych form patologii rodziny. Podjęte we wczesnej fazie działania medycyjnne oraz terapia przeciwdziałają ujawnieniu się następstw zdrowotnych i psychologicznych mobbingu. Jako pierwszy krok do wdrożenia takich działań na terenie Polski uważam uruchomienie kilku wzorcowych ośrodków, specjalizujących się w profilaktyce i terapii następstw mobbingu oraz podjęcie intensywnej akcji szkoleniowej.

### Streszczenie

Autor omawia historię kształtowania się pojęcia mobbingu oraz kontekst społeczno-kulturowy tego procesu. Kolejną część pracy poświęcona jest patomechanizmowi zjawiska mobbingu oraz jego następstwom psychologicznym i zdrowotnym. Autor uzupełnia opisywane w literaturze następstwa mobbingu, postulując aktywację mechanizmów autodestrukcyjnych którą nazywa tanatozą. Końcowy fragment opracowania dotyczy profilaktyki terapii mobbingu.

### Summary

The author discusses the developmental history of the concept of mobbing as well as the social-cultural context of this process. The next part of the work is devoted to the pathological phenomenon of mobbing as well as its psychological and health consequences. The author supplements the consequences of mobbing described in the literature, calling for mobilization of self-destructive mechanisms, which is called tanathosis. The final section of the paper concerns prevention of mobbing therapy.

Słowa kluczowe: **Mobbing, następstwa psychologiczne mobbingu, patomechanizm mobbingu, następstwa zdrowotne mobbingu, zapobieganie mobbingowi**

Key words: **Mobbing, psychological consequences of mobbing, pathological mechanism of mobbing, health consequences of mobbing, tanathosis, preventing mobbing**

### VI Piśmiennictwo

1. Cusack, S.: Workplace bullying: icebergs in sight, soundings needed. *Lancet*, 2000, 356, 9248, 2118-2122.
2. Davenport N., Schwartz R.D. Pusell G. P.: *Mobbing: Emotional Abuse in the American Workplace*. 1999, wydanie książkowe.
3. Delikowska K.: *Mobbing w Polsce – raport z badań*. W: *Konferencje naukowe: „Samozatrudnienie i konsekwencje w sferze praw pracowniczych „, 30 czerwca 2004 r. ; „ Mobbing „, 26 października 2004 r.* Wyd. Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa, 2005, 50 – 63.
4. Forsman, J. T.; Mönkkönen, M.: *Animal Behaviour: Responses by breeding birds to heterospecific song and mobbing call playbacks under varying*. *Arch.Gen.Psychiatry*, 2001, 62, 6, 1067-74.
5. Fullerton C.S., Ursano R.J., Wang L.: *Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder, and Depression in Disaster or Rescue Workers*. *Am J.Psychiatry*, 2004, 161, 8, 1370
6. Gemzøe Mikkelsen, E.; Einarsen, S.: *Relationships between exposure to bullying at work and psychological and psychosomatic health complaints: The role of state negative affectivity and generalized self-efficacy*. *Scand. J. of Psychology*, 2002, 43, 5, 397- 406.
7. Gilbertson M.W., Shenton M.E., Ciszewski A., Kasai K., Lasko N.B. et al. 2002. *Hippocampal volume as*

- vulnerability factor for chronic posttraumatic stress disorder: MRI evidence from monozygotic twins discordant for combat exposure. Submitted. to J of Posttraumatic Stress
8. Lanius R.A., Williamson P.C., Densmore M., Boksman.: Neural correlates of traumatic memories in posttraumatic stress disorder: A functional MRI investigation. *Am.J. Psychiatry.* 2001. 158, 11, 1920 – 1923.
  9. Leymann H.: *Mobbing – Psychoterror am Arbeitsplatz wie man sich dagegen wehren kann.* Rowohlt, 1993, Reinbeck.
  10. McNally R.J.: Progress and *Controversy* in the Study of Posttraumatic Stress Disorder. *Annu. Rev. Psychol.* 2003;54:229-52
  11. [McNally R.J.](#) Psychological *mechanisms* in acute response to trauma. *Biol. Psychiatry.* 2003 May 1;53(9):779-88.
  12. Melstrom D., Nilsson A., Oden A., Rundgren A., Svanborg A.: Mortality among the widowed in Sweden. *Scand. J. Soc. Med.*, 1982, 10(2), 33-41.
  13. Morrison P.D., Allardyce J., McKane J.P., 2002. Fear knot: neurobiological disruption of long-term fear memory. *Br.J.Psychiatry.* 180:195-197.
  14. Noring S.: Emotional Abuse in the American Workplace. *Am.J. Publ. Health,* 2000, 90, 4, 636 – 640.
  15. O'Donnell, Ph.D., Creamer M., Pattison P.: Posttraumatic Stress Disorder and Depression Following Trauma: Understanding Comorbidity. *Am.J.Psychiatry,* 2004; 161; 1390 - 1396.
  16. Quine L.: Workplace bullying In NHS community trust: staff questionnaire survey. *BMJ,* 1999,318,228 – 232.
  17. Roland, E.: Bullying, depressive symptoms and suicidal thoughts. 2002, *Educational Research,* 44, 1, 55 – 68.
  18. Sapolsky R.M. 2000. Glucocorticoids and hippocampal atrophy in neuropsychiatric disorders. *Arch. Gen. Psychiatry* 57: 925 935.
  19. Shin L.M., McNally R.J., Kosslyn S.M., Thompson W.L., Scott L., Alpert N.M., Metzger L.J., Lasko N.B., Orr S.P., Pitman R.K.: Regional cerebral blood flow during script-driven imagery in childhood sexual abuse-related PTSD: a PET investigation. *Am.J.Psychiatry,* 1999, 156, 4, 575-584.
  20. Schwickerath J.: *Mobbing am Arbeitsplatz.* Psychotherapeut, 2001, 46, 199 -213.
  21. Smith, P.K.; Cowie, H.; Olafsson, R.F.; Liefoghe, A.P.D: Definitions of Bullying: A Comparison of Terms Used, and Age and Gender Differences, in a Fourteen-Country International Comparison. *Child Development,* 2002, 73, 4, 1119 – 1134.
  22. Wasilewski B.W.: Depresja a medyczny model choroby. (wystąpienie). Ogólnopolska Konferencja Naukowa: Rozwój-Zdrowie-Choroba. Kołobrzeg, 2004, 13-15 maja.
  23. Wilson J.P. 1994. The historical evolution of PTSD diagnostic criteria: from Freud to DSM-IV. *J.Trauma. Stress.* 7: 681- 698.
  24. Yehuda R. 1997. sensitization of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in posttraumatic stress disorder. *Ann.NY Acad.Sci.* 821:57 – 75.
  25. Zapf D.: *Mobbing in Organisationen – Stand der Forschung.* Z.Arbeits-Organisationspsychol, 1999, 1,

*Tezy niniejszego opracowania zostały zreferowane przez autora w trakcie konferencji naukowej: „Mobbing, aspekty społeczne i zdrowotne”, Warszawa, 15.11.2005*

**Adres do korespondencji**

dr hab. n. med. Bohdan Wasilewski,  
prof. nadzw. IPS  
Instytut Psychosomatyczny

ul. Poleczki 49  
02-822 Warszawa  
e-mail: b.wasilewski@ips.pl