

## LXXXII. LA “SINDROME PSICOPATOLOGICA DA PRECARIZZAZIONE LAVORATIVA”

L'attuale modello di “*Capitalismo*” esordiente è caratterizzato dallo sfruttamento ad oltranza di minimizzate unità lavorative che, inevitabilmente, sono obbligate allo smaltimento della conseguente accresciuta necessità di plus-lavoro (cfr. Sennett R.: «*The Corrosion of Character. The personal consequences of Work in the New Capitalism*», W.W. Norton & Company, New York, 1998; «*The Culture of the New Capitalism*» Yale University Press, New Haven, 2006; ecc.). Tale “*Capitalismo*” con la sua incipienza ha già iniziato a causare deleteri effetti sulla salute mentale dei lavoratori, per la frustrante insicurezza generata in essi dal timore di poter essere rimpiazzati al minimo calo della loro efficienza con la conseguente perdita dei mezzi di sostentamento vitale per sé e per i familiari a carico. L'instabilità individuale nell'intero ciclo lavorativo costituisce un grave fattore depersonalizzante nella gratificazione del proprio lavoro. La precarietà si è diffusa in progressione esponenziale proprio in un momento in cui, per ben altri motivi, è coinciso che il carovita, divenuto insostenibile, ha indotto una dilagante emergenza estesa a tutti i ceti sociali non capitalisti, di cui i più deboli si avviano a subire una inarrestabile emarginante povertà con il conseguenziale abnorme aumento di comportamenti antisociali (cfr. Vasapollo L., Arriola J.: «*L'uomo precario*», Jaka Book, Milano, 2005) fino alla determinazione della più spinta criminalità. Nonostante non venga meno la necessità produttiva e, quindi, l'impiego di “*mano d'opera*”, i gestori del “*Capitale*” non ritengono più di usare i lavoratori per una medesima situazione occupazionale, ma per situazioni occupazionali varianti a seconda delle esigenze di maggior profitto. Quindi, è sempre più difficile per i lavoratori essere assunti in una azienda e rimanervi tranquillamente per il resto della vita lavorativa, con la conseguenza del frustrante disagio relativo alla ricerca di nuovi impieghi ed al periodico stress dei relativi adattamenti. Infatti, l'interesse di fondo della “*plutocrazia*” mascherata da “*democrazia*” (valida mimetizzazione difensiva) è quella di organizzare il mondo del lavoro in maniera tale che le imprese abbiano a disposizione i lavoratori dipendenti solo quando ne hanno reale bisogno così da poterli sfruttare al meglio e licenziarli allorché, per esigenze di mercato o per momenti di minore competitività, la loro permanenza nel contesto produttivo fosse divenuta un'erogazione improduttiva di stipendi con decremento dei profitti. In definitiva, il “*Capitalismo*” è stato sempre interessato ad avere a disposizione la forza lavoro nel momento in cui gli serve, sfruttandola al massimo, e disfarsene rapidamente, senza alcuna contenziosità sindacale allorché, non determinando l'accrescimento del capitale, diventa un peso inutile. In tali condizioni i lavoratori non potranno mai costituirsi una pensione integrativa, non potendo versare i relativi contributi essendo costretti a lavorare saltuariamente e percependo salari irrisori, tali da essere relegati al di sotto della cosiddetta “*soglia di povertà*”. Il lavoratore è tenuto in assoluta sudditanza dai detentori del “*Capitale*” dai quali è continuamente ricattato con un'infinità di modi come, ad esempio, con il rifiuto di concedere gli “*straordinari*”, con l'obbligo di fare turni frequenti al fine settimana, ecc., tanto che per non rischiare di esser licenziati i lavoratori precari rinunziano sistematicamente a denunciare gli infortuni accaduti sul posto di lavoro e, persino, ad assentarsi per malattie anche se queste sorpassano il limite della sopportabilità! D'altra parte, è ben documentato che un salario insufficiente, flessibile ed incerto induce perdita dell'autostima e sfiducia nella capacità di programmare il proprio futuro, oltre ad indurre la nociva convinzione di essere un incapace e, quindi, diretto responsabile del proprio fallimento. Tale increscente situazione, originatasi nell'ambito dell'impiego aziendale, si è ormai diffusa anche nell'ambito del pubblico impiego statale. A riguardo, ad esempio, basta citare l'introduzione dell'impiego cosiddetto “*a part-time*” che consente la fruizione di un numero ingente di lavoratori a stipendio ridotto con la giustificante copertura della libera scelta individuale che, soventemente, nasconde una condizione di estrema necessità (1) con notevole sofferenza interiore del lavoratore. Pertanto, il complesso di tutti i suddetti fattori d'insoddisfazione e di disagio, irremovibili, sottopongono i lavoratori ad una esorbitante tensione emotiva prolungata ed indomabile, causando, nei soggetti costituzionalmente più labili, una vera e propria sindrome psicopatologica assimilabile

alla cosiddetta “*Burn-out syndrome*” (2) di Freudenberger (cfr. Freudenberger H.: «*Staff Burnout*», *Journal of Social Issues*, 30, 159, 1974; Freudenberger H.: «*Burnout: The high cost of high achievement*», Doubleday, New York, 1980; Maslach C., Leiter M.: «*The Truth About Burnout*», Erikson, Berkeley, 2001; ecc.) caratterizzata da un complesso di sintomi psichici e somatici consistenti soprattutto da insoddisfazione della propria attività lavorativa, da disturbi dell’emotività, da depersonalizzazione e somatizzazioni varie. Ma, con più precisione, a fare assimilare al predetto raggruppamento sindromico quello ritenuto dover denominare “**Sindrome psicopatologica da precarizzazione lavorativa**”, nel presente articolo, è stata la successiva definizione data alla “*Burn-out syndrome*” da Cherniss (1982), indicandola come espressiva della risposta individuale ad una situazione lavorativa percepita come stressante, nella quale il lavoratore non dispone di risorse e di strategie comportamentali o cognitive adeguate a fronteggiarla (cfr. Cherniss C.: «*Staff Burnout, job stress in the Man Service*», Stage Publication, Beverly Hills, 1982), proprio come si verifica nel caso del lavoro precario e saltuario. Tuttavia, mentre la “*Burn-out syndrome*” si profila come una particolare reazione attuata per contrastare la condizione di stress lavorativo determinata da una discrepanza tra richieste di prestazione e disponibilità individuali, la “**Sindrome psicopatologica da precarizzazione lavorativa**” si delinea come una vera e propria reazione psicopatogena agli stressanti consecutivi riadattamenti per il variante tipo di attività lavorativa. Da quanto premesso, appare necessario effettuare la diagnosi differenziale tra le suddette due sindromi affini come segue.

Nel caso della “*Burn-out syndrome*” sono stati evidenziati tre categorie di sintomi distinti in “*sintomi disemotivi*”, “*sintomi discondottivi*” e “*sintomi psico-somatici*”. I sintomi del primo gruppo consistono in “*resistenza a recarsi sul posto di lavoro*”, “*apatia e difficoltà di concentrazione*”, “*preoccupazioni immotivate*”, “*disagio ed inadeguatezza*”, “*sensazione d’incapacità*”, “*irritabilità e nervosismo*”, “*demotivazione e perdita dell’empatia*”, “*ostilità verso i colleghi e disinteresse verso il pubblico*”, “*perdita dell’autostima*”, “*incapacità a staccarsi mentalmente dalla problematica lavorativa*”, ecc. I sintomi del secondo gruppo consistono in “*assenteismo*”, “*trascorre del tempo eccessivo al telefono o in altre occupazione che esulano dal proprio lavoro*”, “*presenziare passivamente alle riunioni di lavoro senza alcuna partecipazione emotiva*”, “*perdita dell’autocontrollo con reazioni impulsive violente verso i subalterni e verso il pubblico*”, “*intenso tabagismo ed assunzione di alcolici e/o di sostanze stupefacenti*”, ecc. I sintomi del terzo gruppo consistono in “*disfunzioni gastrointestinali (gastrite, colite, stipsi, ecc.)*”, “*disturbi neurologici (insonnia, incubi notturni, stanchezza, cefalea, emicrania, ecc.)*”, “*disfunzioni sessuali (impotenza, eiaculazione precoce, perdita della libido, ecc.)*”, “*malattie cutanee (dermatiti, eczema, acne, herpes, psoriasi, ecc.)*”, “*disturbi respiratori (asma, dispnea allergiche, ecc.)*”, “*disturbi cardiocircolatori (cardiopalmo, ipertensione arteriosa, ecc.)*” ecc.

Nel caso della “**Sindrome psicopatologica da precarizzazione lavorativa**” sono stati evidenziati tutti quei sintomi tipici provocati da stimoli nocivi cronici aspecifici, cioè da qualsiasi origine siano causati. L’insieme di tali sintomi sono quelli che costituiscono la “*General Syndrom Adaptazion*” (G.S.A.) individuata e descritta da Hans Selye (1946), secondo il quale l’organismo risponde alle più svariate situazioni stressanti con una successione sempre identica di meccanismi fisiologici di difesa, la cui azione eccessiva è responsabile dell’insorgenza delle cosiddette “*malattie d’adattamento*” (cfr. Selye H.: «*The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation*», *Journal Clin. Endocrinol.*, 6, 117, 1946). Infatti, la sindrome in questione è conformata dal complesso di sintomi derivati dagli esiti delle continue reazioni abnormi di adattamento alle subentranti attività lavorative inconsuete ed al coincidente angoscioso timore della possibile imminente perdita delle medesime. Le reazioni abnormi di adattamento si possono distinguere in cinque principali varietà consistenti in “*adattamento mediante difesa*”, “*adattamento mediante repressione*”, “*adattamento mediante fuga dalla realtà*”, “*adattamento mediante rifugio nella malattia*” e “*adattamento mediante aggressività e delinquenzialità*”. La prima varietà si realizza con una o più dei seguenti sette meccanismi di difesa: la “*compensazione*” (3), la “*sublimazione*” (4), la “*razionalizzazione*” (5), l’“*egocentrismo*” (6) la “*proiezione*” (7), l’“*introiezione*” (8) e

l'“*identificazione*” (9). La seconda varietà si realizza col reprimere i sentimenti ed i desideri che risultano in conflitto con le proprie aspirazioni e con gli ideali etico-sociali. La terza varietà (frequente soprattutto nelle personalità schizoidi) si realizza con l'appartarsi, con l'evitare le convenzioni sociali e con comportamenti negativistici. La quarta varietà (frequente soprattutto nelle personalità iperemotive e suggestionabili) si realizza con manifestazioni ansiose, angosciose, psicosomatiche ed ossessivo-compulsive. La quinta varietà si realizza con impulsi d'ira e di aggressività, dirette soprattutto verso le fonti di frustrazione, e/o con azioni delinquenti verso altri individui per proprio profitto.

Da quanto esposto appare evidente che l'aspetto eminentemente medico della complessa “*Sindrome psicopatologica da precarizzazione lavorativa*” consiste nella reazione abnorme di “*adattamento mediante rifugio nella malattia*” che, si determina più frequentemente negli individui iperemotivi, con evidenti disturbi neuropsichici e psicosomatici indicabili denotativamente col termine “*disemotigenie*” (cfr. Liggio F.: «*Le disemotignie (proposta per una moderna nomenclatura delle “psiconevrosi”*)», *Rass. Stud. Psichiat.*, 71, 369, 1982 e «*“Neurosi” o “Disemotigenie”?*», *Lav., Neuropsichiat.*, Vol. II, Nuova Serie, 11, 1989). Negli individui affetti dalla sindrome in questione si riscontrano con frequenza significativa le seguenti quattro specifiche “*disemotignie*”: la “*disemotigenia ansiosa*” (in cui il sintomo predominante è costituito dall'“*ansia*”) (10), la “*disemotigenia viscerospasmodica*”, la “*disemotigenia coattiva*”, la “*disemotigenia astenodistonica*” e la “*disemotigenia organolesiva*”.

La “*disemotigenia ansiosa*” è caratterizzata da inquietudine interiore e/o irrequietezza esteriore, da sensazione di timore ed insicurezza come per un pericolo imminente a cui si accompagnano vari disturbi neurovegetativi che esprimono dei tentativi di ammortizzare la tensione emotiva abnorme con la somatizzazione. In questa forma di “*disemotigenia*” l'iperreattività dei centri vegeto-emotivi sembra irradiarsi prevalentemente verso la “*neocorteccia*”, ma anche verso la periferia tramite le efferenze neurovegetative — sebbene con minore incisività di quanto si verifica nella “*disemotigenia viscerospasmodica*” — caratterizzandosi così particolari tipi di “*ansia*” a seconda del substrato neurovegetativo predominante (11).

La “*disemotigenia viscerospasmodica*” è caratterizzata da improvvisa crisi di grave “*ansia*” acuta con penoso parossismo spasmodico per cui “*ansia*” e somatizzazione coincidono in egual misura.

La “*disemotigenia coattiva*” è caratterizzata dalla perdita della forza psichica di volizione per cui si è costretti a dover forzatamente pensare a ciò che non si vorrebbe pensare perché futile ed increscioso o a dover subire coattivamente una paura irrazionale ed angosciosa per cose e situazioni normalmente non temibili o a dover coattivamente toccare e portare oggetti ritenuti rassicuranti o a dover compiere coattivamente complesse azioni di qualsiasi genere, ecc.

La “*disemotigenia astenodistonica*” è caratterizzata dall'“*astenia*” (consistente in impressione soggettiva di fiacchezza ed inadeguatezza nell'attività mentale, nell'azione motoria e nella propriocettività corporea) e dalla “*distonia*” del sistema nervoso, sia nell'ambito del settore vegetativo (espressa da busche vasodilatazioni e vasocostrizioni sbalzi pressori, disritmie cardiache, iperidrosi palmare, dispepsia, stipsi, ecc.) sia nell'ambito del settore relazionale (espressa da irrequietezza motori, spasmi muscolari circoscritti, crampi dolorosi, tremori, ecc.) le quali suscitano spiacevoli penose sensazioni che rendono i soggetti tristi e preoccupati per la propria salute fino ad indurli anche a sviluppare la convinzione errata di essere gravemente ammalati (“*delirio ipocondriaco*”). In questa “*disemotigenia*” l'iperreattività dei centri vegeto-emotivi defluisce verso la periferia (viscerale e miosomatica) da cui si riflette verso la “*neocorteccia*” tramite ogni tipo di afferente (enterocentrici, propriocentrici ed esterocentrici).

La “*disemotigenia organolesiva*” è caratterizzata dall'insorgenza di alterazioni funzionali e da lesioni organiche provocate da intensi stimoli emotivi cronici allorché tali stimoli, non ammortizzandosi con una reazione appropriata diretta verso il mondo esterno, si scaricano bersagliando particolari organi e/o sistemi costituzionalmente meopratici dell'individuo, così da causare, all'inizio, alterazioni funzionali e neuro-vegetative ed, infine vere e proprie malattie.

## NOTE

- (1) Infatti, la piena scelta individuale di usufruire del lavoro “*a part-time*” solo da chi versa in buone condizioni economiche. Ma, un disoccupato in stato di impellente necessità è costretto ad accettare passivamente un lavoro “*a part-time*” che gli si prospetta come unica possibilità di impiego.
- (2) Il termine anglosassone “*Burn-out*” risulta composto dal verbo to burn (bruciare) + out (completamente), quindi sarebbe denotativo di “*essere esaurito*”, “*essere consumato*”, “*essere sfinito*”, ecc.
- (3) La “*compensazione*” consiste nel dirigere le proprie energie motivazionali verso altre finalità sostitutive.
- (4) La “*sublimazione*” consiste nel dirigere le proprie energie motivazionali verso altre finalità sostitutive di alto valore umano e sociale.
- (5) La “*razionalizzazione*” consiste nell’elaborare giustificazioni al proprio disadattamento lavorativo.
- (6) L’ “*egocentrismo*” consiste nella convinzione errata di possedere qualità superiori e conseguentemente nel porre in atto manifestazioni di arroganza e di dominio.
- (7) La “*proiezione*” consiste nell’attribuire ad altri le proprie qualità indesiderabili.
- (8) L’ “*introiezione*” consiste nell’attribuire a sé le qualità desiderabili negli altri.
- (9) L’ “*identificazione*” consiste nell’identificarsi con una persona carismatica e comportarsi come questa per accrescere la propria autostima.
- (10). Il vocabolo latino “*anxia*”, che trae origine dal verbo latino “*angere*” (“*stringere*”, “*comprimere*”, “*soffocare*”, ecc.) derivato all’omologo verbo greco “*ajgcw*” (“*strangolo*”, “*stringo*”, “*comprimo*”, “*soffoco*”, “*angustio*”, ecc.), pur essendo originariamente sinonimo del vocabolo “*angoscia*”, è stato adottato nel linguaggio scientifico per indicare specialmente l’ “*inquietudine d’attesa*” (nel senso di “*stato d’allarme*” per un imminente evento ritenuto penoso) e nel linguaggio letterario per indicare anche la “*bramosia*”.
- (11) In pratica si riscontrano quattro tipi di “*ansia*” a seconda della costituzione neuro-vegetativa dei soggetti (“*iper-simpaticotonici*”, “*iper-parasimpaticotonici*”, “*simpatico-anfotonici*” ed “*ipo-simpaticotonici*”) distinguibili in “*ansia pura*” (si riscontra prevalentemente negli “*ipersimpaticotonici*”), “*ansia neurastenica*” (si riscontra prevalentemente negli “*iper-parasimpaticotonici*”), “*ansia psicastenica*” (si riscontra prevalentemente nei “*simpatico-anfotonici*”, “*ansia depressiva*” (si riscontra prevalentemente negli “*ipo-simpaticotonici*”).