



**SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA  
COGNITIVO-COMPORTAMENTALE  
SEDE PALERMO**

**ELABORATO FINALE 2° ANNO**

**IL CASO DI NOEMI:**

**LA FLUIDITÀ DELLA PSICOPATOLOGIA E LA  
RIGIDITÀ DELLE CLASSI DIAGNOSTICHE**

**Dott. Emanuele Cusumano**

**Anno 2025**

# IL CASO DI NOEMI:

## LA FLUIDITÀ DELLA PSICOPATOLOGIA E LA RIGIDITÀ DELLE CLASSI DIAGNOSTICHE

### ABSTRACT

Se il modello diagnostico-clinico *biomedico* del “*Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM)*”, espressione di una visione del mondo di tipo *formista e meccanicista* - anche se lenita nelle ultime versioni dello stesso (DSM-5-TR), ha permesso di rendere “discreta” e analizzabile la psicopatologia, nonché facilitato la comunicazione tra operatori della salute mentale fornendoli di un linguaggio comune e transteorico, esso inevitabilmente non è *ecologicamente* rappresentativo della fenomenologia umana. I trattamenti standardizzati per *sindrome* hanno degli evidenti limiti dettati dalla *fluidità* della psicopatologia e dell’*esperire umano* in toto. Ecco che, attraverso il presente caso clinico, si mostrerà come, al di là del *sintomo* e della *diagnosi*, sia possibile intervenire sui *processi* che ne sono implicati. Il trattamento di seguito esposto, come si vedrà più avanti, trae fondamento dalla *Process-Based Therapy (PBT)* (Hofmann et al., 2024) e dall’*Acceptance and Commitment Therapy (ACT)* (Melli & Sica, 2018).

### INTRODUZIONE

Quello della *comorbidità* da un lato, e del *mutamento della diagnosi* del paziente nel tempo (ancor più durante il percorso psicologico) dall’altro, sono dei temi che indubbiamente consentono di attuare determinanti riflessioni relativamente alle più indicate tecniche e ai più opportuni protocolli da utilizzare in ambito clinico; nonché sulla funzione e sul ruolo stesso della *diagnosi* in senso stretto (Caspi et al., 2020).

Quello di Noemi è, pertanto, un caso clinico di particolare interesse poiché rappresenta in modo plastico la dinamica evoluzione delle motivazioni sottostanti la richiesta di aiuto e, conseguentemente, degli stessi obiettivi da perseguire, nonché, della sintomatologia manifesta. La suddetta dinamicità e mutevolezza implica, peraltro, una medesima instabilità di quella che è la *relazione terapeutica*, la quale, inevitabilmente, risente delle paure e delle forme di sofferenza vissute dalla paziente in quella specifica fase di vita.

Il mutamento delle presunte cause di sofferenza nella paziente, il cambiamento dell'ambito psicopatologico-diagnostico di riferimento e, con esso, degli obiettivi clinici da perseguire, rappresenta l'elemento distintivo e d'interesse del caso di Noemi. La riflessione che ne scaturirà sarà certamente funzionale ad una migliore comprensione di quella che è la complessità della *persona che pone una richiesta di aiuto* al professionista della salute mentale.

Dunque, nell'ottica di individuare degli elementi che possano risultare dei saldi punti di riferimento cui ancorare la chiave di lettura clinica e terapeutica dei fenomeni psicologici e psicopatologici, verrà chiamato in causa quello specifico ambito della psicoterapia facente leva sui *processi* (Hofmann et al., 2024), ma non solo.

Come vedremo, infatti, il caso clinico in oggetto, con il trascorrere del tempo ed il mutarsi della fenomenologia psicopatologica, è stato indirizzato, sempre più, su un percorso psicologico riferentesi all'ambito della *Terapia Basata sui Processi* (PBT) (ibidem) e, viste le comuni radici teoriche, alla sfera dell'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) (Melli & Sica, 2018). La PBT, in particolare, è un approccio "*adottabile da ogni orientamento psicoterapeutico, e prova a traghettare le psicoterapie oltre il DSM, fondandole su un comune terreno scientifico: quello delle variabili processuali, e delle loro dinamiche di interdipendenza, alla base della sofferenza psicologica, al fine di utilizzare ogni metodo di intervento empiricamente validato che su quei processi così identificati funzioni.*" (Hofmann et al., 2024, p. 14).

Poiché, in accordo alle due suddette lenti teoriche e cliniche, al di là delle etichette diagnostiche e delle manifestazioni sintomatiche, nonché degli stessi vissuti fenomenologici, ciò che accomuna ogni individuo, è la presenza di *processi* grazie alla cui analisi è possibile intraprendere la via del *cambiamento* (Southward et al., 2024). Tali processi possono indubbiamente essere presi in esame attraverso quell'efficace strumento che è il *Meta-Modello Evolutivo Esteso* (EEMM) (Hayes et al., 2020), ovvero tramite il modello terapeutico dell'*Hexaflex*. Quest'ultimo, come espresso da Miselli, Rabitti, Presti e Moderato (2009), guiderà il processo di assessment e intervento psicoterapeutico.

## **PRESENTAZIONE DEL CASO**

### **Dati socio-demografici**

Noemi è una ragazza di 22 anni di un paese dell'entroterra siciliano di circa 30mila abitanti. La giovane paziente vive in casa con il padre e il fratello di 16 anni. Il padre è un architetto, e a causa del lavoro trascorre lunghe giornate in studio; la madre, invece, è morta da circa 5 anni.

Noemi è una ragazza curata nell'aspetto e, a tratti, piuttosto estrosa: indossa numerosi anelli, orecchini, diverse collane e bracciali, e porta un piercing al naso. La cura nei riguardi del proprio aspetto fisico la si rintraccia anche nell'abbigliamento, spesso griffato e di qualità. Presenta un'ironia estremamente spiccata, è molto arguta, e manifesta un eloquio tendenzialmente tachilalico.

Nel corso della sua carriera scolastica ha subito una bocciatura al 3° anno del liceo scientifico e, salvo questo evento, nei successivi anni, è riuscita a non avere il debito in nessuna materia. Successivamente si è iscritta all'Università di Palermo nel corso di laurea in "Studi storici e filosofici"; tuttavia ha effettuato la rinuncia agli studi al termine del primo semestre accademico.

Attualmente non è coinvolta in una relazione sentimentale con alcuno. Si definisce eterosessuale, sebbene abbia avuto qualche piccola esperienza erotica con due amiche, e la storia sentimentale più importante risale a circa 2 anni fa, periodo che ha visto al suo fianco un ragazzo della stessa età, con il quale ha condiviso un rapporto monogamo di circa 2 anni (dai suoi 18 anni ai 20 anni).

Subito dopo aver rinunciato al percorso universitario ha intrapreso un'attività autonoma nel settore delle vendite che, attraverso delle provvigioni, le sta permettendo di guadagnare ingenti somme di denaro, pur non garantendole una sostenibile prospettiva lavorativa futura e, peraltro, impiegandola per circa 10 ore al giorno.

### **Motivo della richiesta**

Noemi contatta il sottoscritto la prima volta tramite un messaggio su Instagram sul finire del 2023; concordato il primo colloquio, senza alcun preavviso non giunge all'appuntamento. Solo nelle ore successive si scuserà e non richiederà un ulteriore incontro. A settembre del 2024 ricontatta il clinico sempre tramite il suddetto social e, dunque, viene fissato un nuovo colloquio. Questa volta giunge regolarmente in seduta e subito si giustifica per il comportamento dello scorso anno. Ha inizio, dunque, il percorso psicologico con una prima fase di assessment.

La sintomatologia da lei prontamente riportata riguarda delle *condotte di controllo* circa la possibile presenza di tumori o altre gravi forme di malattia che si manifesterebbero attraverso dei presunti rigonfiamenti sottocutanei. Le condotte di controllo o, nella fattispecie *compulsioni*, sono altresì rivolte all'urina: al termine della minzione, infatti, all'atto di asciugarsi, ha luogo un'attenta analisi della carta igienica finalizzata al rinvenimento di tracce ematiche. Tutti questi chiari comportamenti sintomatologici, inizialmente, vengono dalla stessa paziente definiti generalmente "ansia" e "paura di morire".

Tuttavia il motivo per cui ha richiesto un consulto psicologico è altresì dovuto ad un'ulteriore problematica: infatti da circa 2 anni ha iniziato ad avere difficoltà a nutrirsi di particolari cibi, specie, se alla presenza di altre persone. Riferisce di non avere generalmente fame, e di non riuscire a ingerire cibo; e riporta altresì di non sentirsi *“al suo agio”* dinanzi ad altri individui. Questa difficoltà innescherebbe un circolo vizioso che perpetra il timore relativo alla possibilità che gli altri si rendano conto delle sue paure. Paure e *“ansie”* che, lei stessa, riferendosi al controllo corporeo, nonché alle difficoltà in ambito nutrizionale, non fa altro che definire in molto altamente colpevolizzante e svalutante *“pazzie”, “cose senza senso”, “sono veramente una cog....a”, “non ha senso tutto questo ma non riesco a farci niente, è più forte di me”*, il tutto detto con un sorriso amaro e uno spiccato sarcasmo autoriferito.

## **ANAMNESI – ASSESSMENT**

### **Assessment longitudinale**

In fase anamnestica, durata circa 3 sedute, la quale è stata integrata da ulteriori informazioni emerse nei colloqui successivi, riferisce di essere sempre stata una ragazza molto timida e inibita: *“ero una scema asociale, mi vergognavo e non parlavo e non uscivo mai di casa, ma stavo bene così”*. Ciò, fino all'anno in cui è stata bocciata, ovvero ai 16/17 anni circa, età nella quale ha iniziato a fare una vita sociale maggiormente attiva e ha stretto nuove amicizie: *“stavo sempre fuori casa, e i miei amici o si ubriacavano tutti o pippavano cocaina o si facevano le canne. Sono stati anni bellissimi, mi divertivo con loro anche se io non ho mai neppure fumato una sigaretta. Ho paura di perdere il controllo o di stare male. Li guardavo e basta e ridevamo. Però con i maschi mi divertivo. Mi sono sbloccata e finalmente sono stata con alcuni tipi”*. Successivamente ha conosciuto il suo ex ragazzo, il quale le ha permesso di vivere una vita relazionale maggiormente stabile ed equilibrata, salvo poi scoprire di essere stata da questi tradita; il ché ha decretato la fine della relazione. Il ricordo che serba di lui, è sì positivo in quanto unico uomo che è riuscita ad amare, ma anche quello negativo di chi indubbiamente le ha spezzato il cuore.

Il padre, in quanto totalmente dedito al lavoro e al sostentamento economico della famiglia, è sempre stato poco presente in casa. Egli è descritto come un uomo che *“certamente la ama e non le ha mai fatto mancare nulla”*, ma rigido nei modi e piuttosto svalutante rispetto alle scelte di studio e lavorative di Noemi. La paziente è molto legata al fratello, verso il quale, sebbene vi si litighi spesso, prova un affetto materno. La madre, come detto, è deceduta a seguito di un tumore, evento che evidentemente l'ha molto segnata, e che ha indirettamente comportato la bocciatura avvenuta al 3° anno di liceo. Ne parla come di una donna estremamente ansiosa che non le

permetteva di far nulla, e riferisce che assumesse degli psicofarmaci che spesso la costringevano in una sorta di stato anedonico e anergico a letto.

Relativamente all'eventuale presenza di parenti con acclarata psicopatologia, riferisce che entrambe le nonne assumono antidepressivi e ansiolitici da quando erano giovani.

Per quanto concerne gli interessi e il modo in cui trascorre il tempo libero, riferisce di essere appassionata di sport e, sebbene non ne pratichi attivamente, le piace osservare in tv tornei e partite, specie di calcio e tennis.

Inoltre Noemi riferisce che dopo avermi contatto la prima volta nel 2023 aveva successivamente intrapreso un altro percorso psicoterapico sotto indicazione di un'amica di sua madre, e che il trattamento non aveva sortito alcun effetto se non farle perdere fiducia nei riguardi dell'efficacia dei trattamenti psicologici. I motivi della richiesta erano pressappoco i medesimi di quelli che oggi mi espone, sebbene allora fossero in una forma attenuata e meno intensa dal punto di vista sintomatologico.

### **Assessment trasversale**

Il funzionamento attuale di Noemi è certamente inficiato dalla presenza costante di pensieri e comportamenti che “non riesce a controllare”, i quali le impediscono di vivere una vita appagante. Il continuo stato ansioso, la difficoltà a mangiare (ancor più se alla presenza di altre persone), l'attenzione costante al suo corpo atta a monitorare la presenza di “eventuali malattie”, le impediscono di fare esperienze relazionali e affettive significative. Unico ambito di grande funzionamento è il lavoro: riesce ad essere molto produttiva, e a “*staccare dai pensieri*”, tuttavia, come vedremo più avanti in fase di formulazione del caso, la stessa natura delle sue mansioni lavorative funge da *fattore perpetuante* circa il proprio stato di malessere psichico.

### **Assessment strumentale**

A seguito dei primi tre incontri di *valutazione*, si concorda con la paziente di procedere con la somministrazione di un test di personalità, il *Personality Inventory for DSM-5* (PID-5) (Fossati et al., 2021). Il fondamento di questa scelta risiede nella possibilità di ottenere degli indicatori circa i prevalenti *tratti* e *domini* di personalità della paziente. Questi dati hanno certamente arricchito il quadro già evidenziato attraverso i precedenti colloqui clinici e, la duttilità dello strumento testologico in sé, ha permesso un più preciso monitoraggio all'atto di una seconda e successiva somministrazione.

Dallo scoring del questionario è dunque emerso che i tre tratti prevalenti, ovvero *ansia*, *depressività* e *labilità emotiva*, coerentemente con il modello fondante lo strumento self-report, hanno contribuito alla prevalenza di un *dominio* rispetto agli altri: l'*affettività negativa*.

### **Assessment focalizzato**

In accordo ai motivi che hanno indotto la paziente a chiedere aiuto, nonché a seguito di un accurato assessment longitudinale e trasversale, il quale ha sondato vari ambiti di vita e funzionamento della stessa, nonché, in ultimo, alla luce dei risultati del PID-5, è stato possibile analizzare il caso tramite le “5P” *fattori Predisponenti, Protettivi, Precipitanti, Perpetuanti, Problema attuale* (Macneil et al., 2012).

- *Problema attuale*: Indicibile timore di avere una malattia incurabile e, dunque, presenza di ossessioni e compulsioni (overt e covert) relative alla possibile presenza del suddetto morbo. Difficoltà nel nutrirsi, specie se in presenza di altri individui. Ansia, e tono dell'umore estremamente deflesso.
- *Fattori Predisponenti*: Familiarità di primo e secondo grado per disturbi dell'umore, esperienze di vita negative nell'ambito della “malattia” e “morte”.
- *Fattori Precipitanti*: Termine del percorso scolastico, “fallimento” in ambito universitario, rottura del rapporto sentimentale con il proprio ragazzo.
- *Fattori Perpetuanti*: Condotta compulsiva che innesca circoli di rinforzo negativo, condotte di evitamento circa i pasti, totale dedizione all'attività lavorativa senza fattivamente avere del tempo per altro (passioni, relazioni).
- *Fattori Protettivi*: consapevolezza, sostegno familiare, motivazione, fiducia nella psicologia, umorismo.

Ai fini del presente *case report*, ovvero mostrare come la *Terapia Basata sui Processi* (PBT) possa essere utilizzata in chiave transdiagnostica, prenderemo in esame prevalentemente una sola area problematica di Noemi. Considerato che il percorso psicologico è stato successivamente affiancato da una terapia farmacologica, e che sia il sottoscritto che lo psichiatra erano concordi si trattasse di una chiara *Ansia da Malattia* (*American Psychiatric Association, 2023*), considereremo questo solo e specifico motivo di sofferenza che comunque una volta risoltosi ha automaticamente decretato altresì la fine delle problematiche inerenti l'assunzione di cibo.

Ecco come è possibile rappresentare attraverso il *Modello a rete* (Hofmann et al., 2024) quest'area problematica della vita di Noemi:

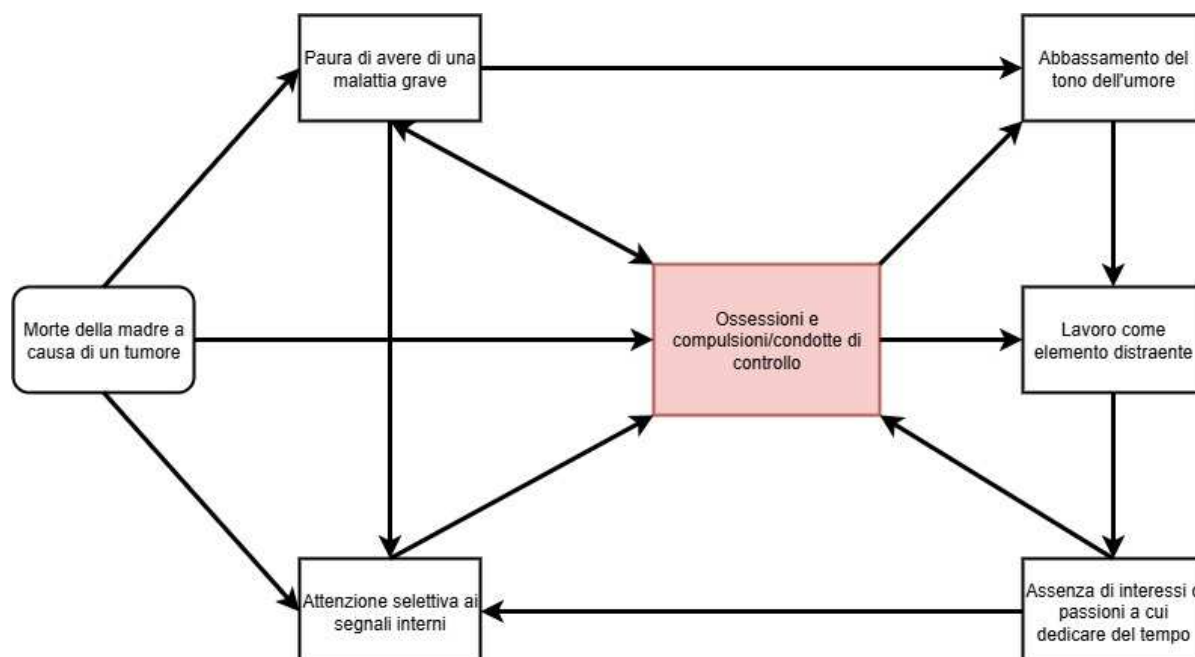


Figura 1. Modello a rete del Problema attuale di Noemi.

Nella *Figura 1* è dunque possibile prendere visione dei *nodi* di una rete costituita e mantenuta da specifici *processi* di cui è stato essenziale avere contezza per un funzionale prosieguo del percorso clinico con Noemi.

Attraverso una concettualizzazione del caso che, come detto più sopra, ha fatto riferimento al *Meta-Modello Evolutivo Esteso (EEMM)* (Hayes et al., 2020), con Noemi abbiamo lavorato su uno specifico *nodo* della *Rete* con caratteristiche *autorinforzanti* in rapporto alle *ossessioni/compulsioni*, ovvero la “*Paura di avere una malattia grave*”. Questo nodo in particolare ha assunto un ruolo altamente disfunzionale laddove nonostante la sua natura “*meramente affettiva*”, ha indotto delle restrizioni in ambito *attentivo* e *cognitivo*, selezionando dei comportamenti (overt e covert), che hanno inficiato la *sensibilità al contesto* di Noemi.

Al fine di attuare una più chiara concettualizzazione del caso e, come vedremo, per far prendere plastica visione alla stessa Noemi delle sue modalità di funzionamento e, dunque, dei processi implicati nella sua psicopatologia, è stato realizzato un *Hexaflex patologico* recante i 6 *processi psicologici* dell'ACT. Questi processi, d'altra parte, erano già emersi attraverso la concettualizzazione delle 6 *dimensioni* dell'EEMM a seguito dell'analisi funzionale basata sui processi (Hofmann et al., 2024, p. 67).



Figura 2. Hexaflex patologico di Noemi.

Com'è possibile notare sia dal *Modello a rete* in Figura 1, che dall'*Hexaflex patologico* rispecchiante la scarsa flessibilità psicologica di Noemi, alcuni degli aspetti principali del suo soffrire riguardano la sfera *affettiva*, e l'*evitamento esperienziale*, oltre che una totale *attenzione* rivolta al corpo. Alla luce di ciò, condivisa la suddetta concettualizzazione con la paziente stessa, si è proceduto con la definizione di specifici obiettivi terapeutici.

Noemi ha sin da subito espresso la consapevolezza che diverse sono le aree della sua vita che necessiterebbero di cambiamento, tuttavia, allo stato in cui ha avuto luogo la conoscenza con il clinico, il focus della sua motivazione è esclusivamente rivolto alla riduzione dei comportamenti di *checking fisico* inerente a eventuali malattie, e alla pseudo-restrizione alimentare. D'altra parte, tali sintomi e comportamenti le arrecano una sofferenza tale per cui sarebbe assolutamente impensabile procedere con interventi su altre sfere di vita che, attualmente, per quanto riconosciute come "problematiche", assunto un ruolo decisamente recessivo rispetto al suo attuale soffrire.

## TRATTAMENTO

Sebbene, com'è ovvio, si potrebbe asserire senza timore di smentita che il trattamento fosse già in atto al momento della concettualizzazione del caso, potremmo affermare che esso abbia preso avvio come fase a sé stante, e discretamente identificabile, allorquando con Noemi, dopo

aver definito in modo chiaro quali fossero gli obiettivi da perseguire e, dunque, i “comportamenti da modificare”, si è passati ad una fase *psicoeducativa*.

In prima istanza sono stati esposti alla paziente quelli che sono i principi del *rinforzo operante*, di modo che capisse come certe condotte di *controllo*, non avrebbero fatto altro che *rinforzare negativamente* il medesimo comportamento. Inoltre si è altresì sollecitata la sua capacità introspettiva e *metacognitiva*, già in lei intrinsecamente spiccata, di modo da renderla edotta circa la *concettualizzazione negativa del suo Sé*, questo a discapito di una *sensibilità al contesto* molto compromessa a causa, peraltro, di *processi attentivi* estremamente rivolti all’ambito del “corporeo”, i quali, evidentemente, hanno reso inevitabile una totale *fusione cognitiva*.

In tal senso si è lungamente discusso, anche attraverso veri e propri *disputing* del suo “*Sé concettualizzato*”: permettendo una nuova integrazione del tema “sofferenza e malattia” all’interno della sua vita (Törneke, 2017), favorendone così una riscrittura in chiave più proattiva e resiliente: potremmo parlare di vera e propria *ristrutturazione cognitiva* (Beck, 2022).

I principali interventi attuati con Noemi hanno beneficiato dell’ausilio di n.3 specifiche tecniche:

1. La *ristrutturazione cognitiva* che come detto ne ha favorito, attraverso il *disputing*, una messa in discussione delle sue erronee credenze, costantemente caratterizzate da *catastrofizzazioni* ed *inferenze arbitrarie*.
2. Tecniche di *mindfulness* e *rilassamento*, volte in primo luogo ad allentare gli stati di eccessiva tensione corporea e, dunque, favorirne l’utilizzo nei momenti della quotidianità in cui insorgevano certi pensieri particolarmente attivanti e, in secondo luogo, per promuovere una vera e propria *esposizione* in seduta.
3. *Tasks* di *esposizione immaginativa* e *in vivo*. Come detto le stesse sedute di *mindfulness*, vista la specifica problematica di Noemi afferente alla sfera corporea, sono state delle vere e proprie esposizioni a tutte quelle sensazioni provenienti dal suo corpo. Inoltre le esposizioni hanno altresì riguardato l’iniziare nuovamente, ma in modo graduale, a ingerire cibo in situazioni sociali.

Va ricordato che, al fine di meglio sostenere il percorso psicologico della paziente, si è ritenuto opportuno ricorrere al supporto specialistico di un collega psichiatra il quale, dopo aver attuato, e condiviso con lo scrivente, una diagnosi di *Disturbo d’Ansia da Malattia*, ha prescritto degli ansiolitici e antidepressivi.

Dopo qualche mese Noemi ha quasi totalmente eliminato ogni condotta sintomatica facente capo all'indicibile timore di ammalarsi/morire. Le compulsioni, fisiche e mentali, erano ormai rientrate nell'ambito del fisiologico "prendersi cura di sé" e, peraltro, ha, con iniziale grande difficoltà, ripreso a nutrirsi regolarmente alla presenza di altri individui non limitando in modo alcuno la propria routine quotidiana.

Questa condizione è perdurata per circa 1 mese e mezzo, periodo in cui la stessa paziente ha esplicitamente mosso una crescente riluttanza all'idea di proseguire con il piano farmacologico *"perché non mi servono ormai, sto bene, e avere il pensiero di prendere ogni giorno i farmaci mi dà fastidio"*.

Data l'impossibilità nel far desistere Noemi da un'interruzione brusca e netta della terapia psichiatrica, vista la graduale volontà dalla stessa espressa di interrompere anche il percorso psicologico, e considerata la sua evidente remissione sintomatica, la suddetta è stata ragguagliata circa i "campanelli d'allarme" cui prestare attenzione nel caso in cui avesse avvertito potenziale insorgenza di malessere: è stata così concordata una seduta di follow-up ad un mese.

Il giorno prefissato per il follow-up, Noemi, senza alcun preavviso, non è giunta al colloquio: *"Scusami infinitamente, sono mortificata, ma sarò sincera, me lo sono totalmente dimenticata. Per ora lavoro tantissimo e finalmente sono felice, sto bene. Grazie per tutto quello che hai fatto per me."*. Coerentemente con la volontà della paziente, pur avendole illustrato le necessità cliniche di un monitoraggio del suo stato psicologico, il percorso clinico è, apparentemente, volto al termine.

Dopo circa 4 mesi, lo scrivente è ricontattato dalla paziente: *"Sto malissimo, sto perdendo il controllo, ma per altri problemi. Rispetto alle cose vecchie sto bene."*.

La paziente, questa volta, riporta una sintomatologia totalmente differente rispetto a quanto espresso nel nostro "primo" percorso psicologico: infatti non presenta alcuna condotta di controllo/compulsione legata all'*ansia da malattia*, né alcuna difficoltà nel nutrirsi.

## UNA NUOVA FORMULAZIONE DEL CASO

*"Sto male, io amo il mio lavoro, mi fa guadagnare pure tanto e godo da impazzire quando ottengo risultati migliori dei colleghi. Ma non riesco a fermarmi. Non so cosa non va per ora, forse nelle relazioni con gli uomini"*. Noemi riporta infatti di essere estremamente produttiva nel lavoro, e di avere instaurato una relazione significativa con un ragazzo che credeva di amare, ma che è immediatamente volta al termine allorquando lei ha avuto certezza di essere esplicitamente ricambiata. Questo evento ha innescato una serie di rapporti promiscui e occasionali che sebbene le arrechino piacere, lei stessa indica come una delle potenziali cause del suo malessere attuale.

Somministrato nuovamente il PID-5 (Fossati et al., 2021) alla paziente, il quadro che ne emerge è totalmente mutato: *ansia*, *grandiosità* e *impulsività* risultano tra i tratti significativamente più marcati. Nel corso delle sedute, inoltre, emerge presto un *nodo centrale* in quella che, sebbene fosse già presente mesi prima, è oggi una più impellente e profonda, in quanto *esistenziale*, fonte di sofferenza per Noemi: il sentirsi una “*fallita*”.

Affiora, infatti, nonostante le resistenze, la consapevolezza di non aver mai creduto in sé stessa e di aver fatto scelte di vita, tra le quali il lavoro e la gestione delle relazioni affettive, che non le consentono di andare oltre al “*qui ed ora*”. Inoltre non riesce a dormire la notte, ha frequenti scontri verbali con il padre, e trascorre, nei fatti, intere giornate fuori casa.

Concordiamo di rivolgersi nuovamente allo psichiatra che l’aveva inizialmente seguita. Quest’ultimo mi riferisce che nosograficamente ci troviamo decisamente nell’ambito di un *Disturbo Bipolare*. Ad un più attento studio del caso, nel corso dei successivi colloqui, emerge chiaramente che, attraverso le lenti *categoriali* del *DSM-5-TR*, la paziente rispetta i criteri per il *Disturbo Ciclotimico* con specificatore *ansia*, e anche quella per il *Disturbo Borderline di Personalità*: tutte considerazioni, queste, che nel trattamento avvenuto mesi prima, sarebbe stato impossibile produrre, ma solo ipotizzare. Peraltro, queste ultime sono considerazioni diagnostiche curiosamente riportate anche dalla paziente, la quale all’avvio di un colloquio riferisce “*Qualche giorno fa ho visto un video su Instagram di uno psicologo. Secondo me sono borderline*”.

Per quanto concerne il trattamento farmacologico, la paziente cambierà ben n.3 psichiatri e per lungo tempo non assumerà alcun psicofarmaco perché “*questa volta sono troppi. Non li voglio, mi sono rotta*”.

## IL NUOVO TRATTAMENTO E LA SVOLTA

Dai primi colloqui con Noemi è stato subito evidente che fosse come sospesa tra due opposti estremi: da un lato l’euforia, il piacere edonistico, l’*egosintonia* del suo essere “*sempre a mille*”; dall’altra il dolore, il vuoto, la depressione del tono dell’umore derivante da una vita priva di relazioni significative e di progettualità circa il suo futuro.

L’elemento che, tuttavia, ha permesso, diremmo, un vero e proprio *insight*, è stato uno degli strumenti principi dell’*ACT*, ovvero la *Matrice* (Polk et al., 2017). Attraverso la co-costruzione della stessa con la paziente, la quale è stata facilitata dal clinico nella compilazione della stessa, si è pervenuti a tale risultato:

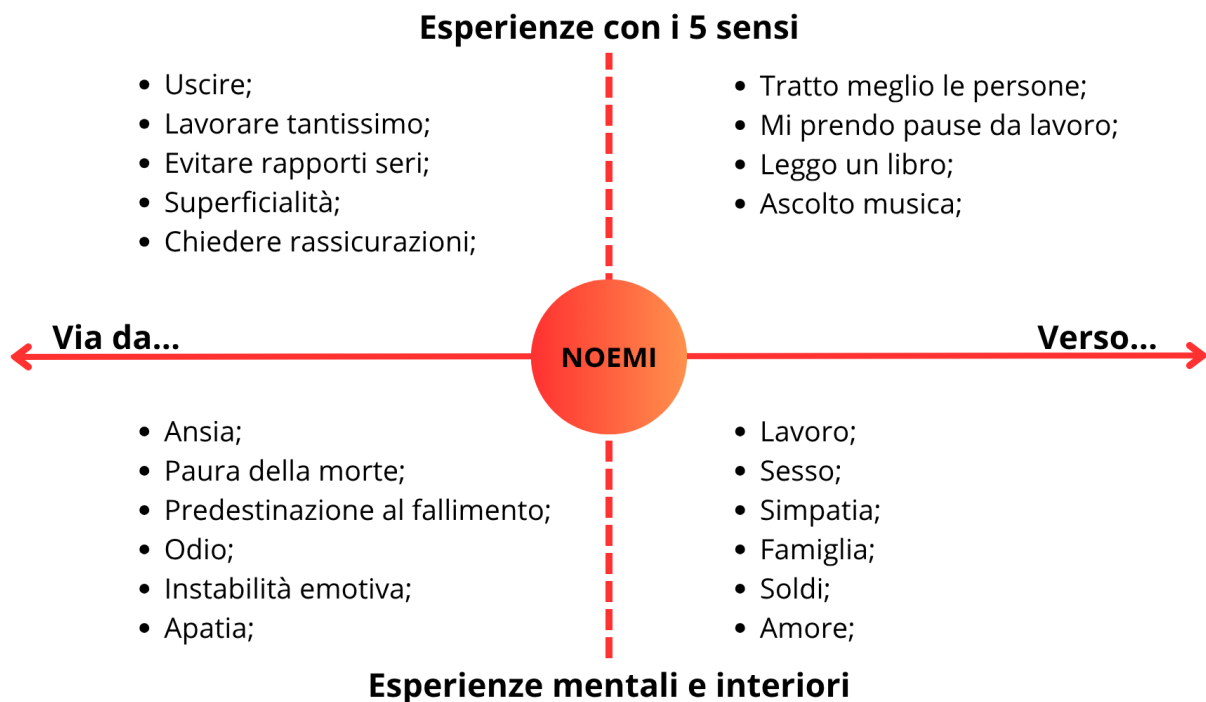


Figura 3. Matrice ACT di Noemi.

Noemi ha così potuto “osservare” quali fossero, da un lato, le “cose per lei davvero importanti” e, soprattutto, come le sue quotidiane azioni si discostassero nettamente dal perseguimento delle stesse. D’altra parte la paziente ha avuto grande difficoltà a compilare il 1° quadrante: infatti i comportamenti ivi descritti erano, a suo dire, “speculazioni” poiché “*mi trovo sempre nel 2° quadrante. Da sempre scappo dalle mie paure anche prima di stare così*”. L’attenzione è stata indirizzata, però, alla sua attività lavorativa come “fattore di mantenimento” dell’assenza di proattività e investimento in altro che potesse assicurarle una progettualità e prospettiva futura più stabile e gratificante.

## RISULTATI - ESITI DEL TRATTAMENTO

Indirizzando il percorso psicologico alla scoperta di quelli che sono i valori di Noemi, piuttosto che al “superamento delle paure” che muovono i suoi comportamenti, la stessa, inaspettatamente, nel corso di una seduta ha riferito di voler lasciare il lavoro. La seduta in oggetto seguiva ad una visita psichiatrica cui la paziente aveva finalmente deciso di recarsi per intraprendere un trattamento farmacologico in modo stabile e costante.

Da quel momento, il trattamento è stato prevalentemente volto al rispetto degli “impegni presi”, al mantenimento di una puntualità costante nelle sedute, all’allenamento della gentilezza verso sé stessa, nonché nei riguardi altrui e, soprattutto, al concreto investimento in un piano comportamentale che le permettesse di trasformare i suoi valori in “stella polare” del suo futuro pur senza perdere il contatto con il presente (cercare altri lavori, investire nei rapporti significativi e crearne di nuovi, nonché approfondire gli studi di suo interesse concedendosi altresì momenti di *otium*).

Dal momento in cui Noemi ha intrapreso la cura farmacologica, il suo bisogno prevalente, condiviso nelle sedute psicologiche, è divenuto quello di trovare i migliori modi per perseguire i suoi valori piuttosto che fuggire dalle sue paure: i motivi di malessere sono mutati.

Infatti, oggi, Noemi sta proseguendo con il percorso psicologico, ma con rinnovato vigore ed energie: i sintomi ossessivo-compulsivi, l’ansia da malattia, il timore della morte, le difficoltà nella nutrizione, i rapporti conflittuali con il padre, le condotte a rischio, la percezione di fallimento e la depressione del tono dell’umore, quando presenti, si manifestano in modo gestibile e attenuato. La paziente vive ancora momenti di sconforto, ma uno sconforto dovuto al confronto, che per la prima volta in vita sua sta avendo, con le fisiologiche problematiche che emergono nel nostro cammino allorquando, come sta accadendo a lei, cerchiamo un lavoro che possa farci sentire gratificati, o ancor di più conosciamo dopo tanti anni una persona che sentiamo possa davvero accendere qualcosa dentro di noi.

In sintesi, Noemi, ha ritrovato la stella polare che le indicasse la rotta della sua vita.

## CONCLUSIONI

Quello di Noemi, probabilmente, al netto delle peculiari caratteristiche individuali, non è certo un *unicum* della psicologia clinica, piuttosto, il mutamento del quadro diagnostico *lifetime* sembrerebbe essere la norma. In tal senso i *frame* teorici afferenti all’*ACT* e alla *PBT*, ed evidentemente le loro implicazioni sul piano clinico, permettono sì di mettere al centro il paziente che spesso non vuol altro che la *remissione sintomatica* ma, qualora il paziente stesso fosse pronto, possono portare il focus su qualcosa che vada al di là del problema manifesto, al di là del sintomo, e al di là di una *diagnosi* che implichi in modo *meccanicistico* un “se-allora” dell’intervento terapeutico.

Pur essendo la *diagnosi* un punto saldo, un punto di riferimento cui trovare conforto e guida nei momenti di maggiore crisi per il clinico, solo la presa in esame concomitante del *contesto* in

cui la *persona* è inserita attraverso i suoi *comportamenti*, potrà far emergere quei *processi* che *significano* la sofferenza vissuta e che spesso, purtroppo, la perpetrano.

## BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (2023). *DSM-5-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Raffaello Cortina Editore.
- Beck, J. S. (2022). *La terapia cognitivo-comportamentale* (3<sup>a</sup> ed., R. Borzì, a cura di; S. Pellegrini, trad.). Astrolabio Ubaldini.
- Caspi, A., Houts, R. M., Ambler, A., Danese, A., Elliott, M. L., Hariri, A., Harrington, H., Hogan, S., Poulton, R., Ramrakha, S., Rasmussen, L. J. H., Reuben, A., Richmond-Rakerd, L., Sugden, K., Wertz, J., Williams, B. S., & Moffitt, T. E. (2020). Longitudinal assessment of mental health disorders and comorbidities across 4 decades among participants in the Dunedin Birth Cohort Study. *JAMA Network Open*, 3(4), e203221. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3221>.
- Fossati, A., Borroni, S., & Somma, A. (2021). *PID-5. Manuale e guida all'uso clinico della versione italiana*. Raffaello Cortina Editore.
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2020). A process-based approach to psychological diagnosis and treatment: The conceptual and treatment utility of an extended evolutionary meta model. *Clinical Psychology Review*, 82, 101908. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101908>.
- Hofmann, S. G., Hayes, S. C., Lorscheid, D. N. (2024). *La terapia basata sui processi: Guida alla pratica clinica*. Italia: Franco Angeli Edizioni.
- Macneil, C. A., Hasty, M. K., Conus, P., & Berk, M. (2012). Is diagnosis enough to guide interventions in mental health? Using case formulation in clinical practice. *BMC Medicine*, 10, Article 111. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-111>.
- Melli, G., & Sica, C. (a cura di). (2018). *Fondamenti di psicologia e psicoterapia cognitivo-comportamentale. Modelli clinici e tecniche d'intervento*. Erickson.
- Miselli, G., Rabitti, E., Presti, G., & Moderato, P. (2009). Measuring psychological flexibility: The Italian validation of AAQ-II. *Psychology & Health*, 24, 274-274.
- Polk, K. L., Schoendorff, B., Webster, M., & Olaz, F. O. (2017). *La matrice ACT: Guida all'utilizzo nella pratica clinica*. Franco Angeli.
- Southward, M. W., Kushner, M. L., Terrill, D. R., & Sauer-Zavala, S. (2024). A Review of Transdiagnostic Mechanisms in Cognitive Behavior Therapy. *The Psychiatric clinics of North America*, 47(2), 343–354. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2024.02.003>.
- Törneke, N. (2017). *Fondamenti di RFT. Un'introduzione alla Relational Frame Theory e alle sue applicazioni cliniche*. Italia: Giovanni Fioriti Editore.