



Opinion Article

L'importanza della diagnosi dimensionale: frammenti di un caso clinico

SIMONA DURANTE, ANGELA AMMENDOLA, LUCA NAPOLITANO, FLAVIA MORFINI

SiPGI Postgraduate School of Integrated Gestalt Psychotherapy, Torre Annunziata (NA), Italia

ABSTRACT in ENGLISH

This article explores the limitations of categorical classification systems for mental disorders, as highlighted through the analysis of scientific literature. This complicates the process of differential diagnosis between autism and other complex nosographic entities, as well as highlighting the obstacles and challenges that clinicians are required to face in designing adequate treatment plans, therefore, such psychopathological complexity requires a dimensional diagnostic reading oriented to functioning profiles rather than rigid taxonomic categories. In this work, we will describe fragments of a clinical case in treatment, highlighting the importance of such a dimensional reading.

Keywords

Autism, Differential diagnosis, Dimensional diagnosis, Comorbidity, Taxonomy.

ABSTRACT

Il presente articolo approfondisce i limiti dei sistemi di classificazione categoriali dei disturbi mentali, evidenziati attraverso l'analisi della letteratura scientifica. Ciò complica il processo di diagnosi differenziale tra autismo ed altre entità nosografiche complesse, oltre che mettere in luce gli ostacoli e le sfide che i clinici sono tenuti ad affrontare nella progettazione di piani di trattamento adeguati. Pertanto, tale complessità psicopatologica rende necessaria una lettura diagnostica di tipo dimensionale orientata a profili di funzionamento anziché rigide categorie tassonomiche. In questo lavoro descriveremo frammenti di un caso clinico in trattamento evidenziando l'importanza di tale lettura dimensionale.

Parole chiave

Autismo, Diagnosi differenziale, Diagnosi dimensionale, Comorbidità, Tassonomia.

PREMESSE E FINALITÀ

La psicoterapia si muove su terreni sconosciuti e imprevedibili, poiché nella pratica clinica è improbabile incontrare entità no-

sografiche che seguano pedissequamente le descrizioni fornite dai manuali statistici dei disturbi mentali come il DSM V [1]. La profilazione dell'utente e la progettazione di un piano di trattamento individualizzato,

Citation: Durante, S., Ammendola, A., Napolitano, L., & Morfini, F. (2025). The importance of dimensional diagnosis: fragments of a clinical case. *Phenomena Journal*, 7(2), 72–76. DOI: 10.32069/PJ.2021.2.230.

Editor in Chief: Raffaele Sperandeo, PhD, MD

Contatta l'autore: Simona Durante, MD;
e-mail: durante.psicologa@gmail.com

Ricevuto: 10 dicembre 2024

Accettato: 27 maggio 2025

Pubblicato: 11 giugno 2025

diventa una sfida sempre più grande per i clinici e se questo è vero in dimensioni di neurotipia, risulta ancora più evidente quando ci si confronta con quadri in cui la psicopatologia incontra funzionamenti divergenti. I sistemi tassonomici offrono la possibilità di individuare in modo chiaro i sintomi e di operare sistematizzazioni sintomatologiche. Queste, però, come si evince dall'esperienza clinica degli scriventi e dai risultati di studi precedenti [2], non sempre sembrano vestire appieno le difficoltà dei pazienti e fornire dati sufficienti per l'individuazione e progettazione di percorsi trattamentali. Pertanto, l'integrazione dello sguardo terapeutico nei processi diagnostici così come un'assunzione criteriale più ampia e dimensionale, si dimostra indispensabile per fronteggiare comorbidità complesse che i sistemi standardizzati sulla neurotipia non riescono a spiegare appieno. Dunque, l'obiettivo di questo lavoro, nato da un filone di ricerca che indaga le comorbidità e differenziazioni nosografiche nella neurodiversità, è continuare ad approfondire il tema della diagnosi clinica, sottolineando l'importanza di un modello dimensionale integrato.

CATEGORIALE E DIMENSIONALE

Affinché il progresso scientifico possa andare avanti, si rivela necessaria una continua messa in discussione ed evoluzione dei modi in cui i fenomeni sono osservati e classificati. Nonostante si riconoscano i limiti dei sistemi tassonomici tradizionali, quello tra diagnosi dimensionale e categoriale è un dibattito ancora aperto [3]. Sicuramente, come si evince da diversi studi presenti in letteratura, i sistemi di classificazione dei disturbi mentali puntano a orizzonti di maggiore completezza diagnostica. Tutto ciò non rappresenta una sfida banale, considerando che i due sistemi di classificazione si fondano su assunti fortemente antitetici: un sistema diagnostico categoriale si costruisce sulla ricerca della discontinuità tra ciò che è ritenuto normale e ciò che può essere considerato patologia, altresì l'approccio dimensionale rifiuta tale separazione, ricercando la continuità misurabile tra le due polarità [4]. Se pur indispensabile per quanto concerne la psichiatria forense e altri campi che richiedono una classificazione precisa dei sintomi, la diagnosi categoriale diven-

ta sempre meno adeguata, soprattutto in campo clinico e in particolare quando l'espressione fenotipica della psicopatologia richiede interventi multidisciplinari anche ad integrazione farmacologica. Nonostante gli psicofarmaci siano strutturati su categorie nosografiche ben precise, il buon utilizzo della farmacologia si contrappone a un panorama di azione dai perimetri rigidi: i farmaci pensati per la cura della depressione non curano, infatti, meramente la depressione, ma operano per ridurre le manifestazioni sintomatologiche afferibili anche a quadri in cui una diagnosi di depressione maggiore non risponde ai criteri stabiliti.

NEURODIVERSITÀ: IL SUPERAMENTO DEL MODELLO MEDICO VERSO L'INTEGRAZIONE

Nei disturbi dello spettro autistico, l'eterogeneità e complessità di tale condizione clinica, caratterizzata da un sistema sensorio-percettivo neurodiverso, rende ancora più significativo l'utilizzo di una lettura dimensionale. A questo proposito, risulta utile una breve analisi del concetto di neurodiversità e delle relative implicazioni.

Il termine "neurodiverso" è stato utilizzato per la prima volta nel 1998 da Judy Singer, scienziata sociale australiana affetta da autismo [5], e sta ad indicare un modo diverso (da quello comunemente definito neurotipico) in cui il cervello umano si sviluppa e funziona. Obiettivo della sociologa fu quello di porre l'accento sulla biodiversità e sulla possibilità di accantonare un modello medico che ha sempre assimilato la divergenza alla disabilità. Dalla critica al modello clinico dell'epoca per la classificazione e trattamento delle neurodiversità, hanno preso forma diversi movimenti per i diritti umani, grazie ai quali la comunità scientifica ha iniziato a spostare lo sguardo dall'handicap, sottolineando le potenzialità degli individui a sviluppo atipico e a considerare un uso più ampio del termine, includendo, oltre ai disturbi dello spettro autistico:

- DSA (Disturbi specifici dell'apprendimento);
- ADHD;
- Sindrome di Tourette.

La possibilità di osservare i fenomeni sintomatologici afferendo ad un sistema di riferimento più ampio e antiriduzionista,

può fornire maggiori prospettive trattamentali e allargare il campo operativo per far emergere i bisogni specifici del singolo utente. Il rischio di riferirsi a sistemi categoriali rigidi e fondati su presenza/assenza di valori qualitativi quantificabili produce, pertanto, conseguenze che all'interno di un panorama di neurodivergenza, rischiano di condurre il clinico alla mancata individuazione degli elementi necessari per la corretta presa in carico di utenti complessi.

La lettura dimensionale del funzionamento della persona si pone necessariamente, dunque, in una prospettiva di comprensione del preciso significato che un determinato sintomo ha per il paziente. Tale visione, come approfondiremo nel paragrafo successivo, è vicina ad un'epistemologia teleologica.

Eziologia e teleologia

I sistemi eziologici hanno, da sempre, rappresentato i modelli elitari di riferimento per la spiegazione della psicopatologia. I modelli medici fondano le proprie radici sull'individuazione della *causa* che sottende la malattia e operano seguendo l'aspettativa che l'individuazione di quest'ultima, costituisca il motore per l'accensione di un percorso di cura. Non a caso, la stessa psicoanalisi – quale madre di tutte le psicoterapie – rivolge il proprio sguardo alle fasi di sviluppo psichico dell'individuo, individuando in esse delle fratture da riparare. Alcuni filoni psicoanalitici hanno afferito ad epistemologie differenti, sviluppando i propri paradigmi sull'antitesi tra eziologia e teleologia [6], schierandosi a favore di quest'ultima. Mentre i movimenti eziologici ricercano la causa della malattia, la teleologia pone il proprio sguardo sulle finalità del sintomo. La psicoterapia umanistica e la Gestalt, cugine prossime della tradizione psicoanalitica e del modello medico, fanno proprio della finalità teleologica, e del bisogno umano, il proprio manifesto, portando il clinico ad assumere una posizione scevra da condizionamenti nozionistici e centrata sul paziente. Il principale limite di entrambe le posizioni è che si sviluppino in risposta a funzionamenti tipici, per i quali l'isolazionismo epistemologico produce effetti corroboranti l'efficacia di ambedue i modelli. In una cornice complessa come quella della neuro-atipia, la

necessità operativa, richiede la convergenza di movimenti causativi e finalistici, parimenti lo studio di un modello integrato che assimili la nozionistica medica all'analisi della qualità esperienziale dell'individuo, in quanto difficilmente le terapie si disconnettono da operazioni abilitative e riabilitative. Secondo l'Autism Open Clinical Model (A.O.C.M.), il modello integrato [7] ideato per il trattamento psicoterapico di pazienti autistici, l'integrazione antiriduzionista di modelli strutturati e destrutturati, si configura come importante risposta alla carenza scientifica in termini di valutazione e trattamento in materia di neuro-divergenza, ponendo l'accento sullo sviluppo di possibilità diagnostiche integrate alle quali guardare.

FRAMMENTI DI UN CASO CLINICO

Descriveremo alcuni frammenti del caso di L., il cui percorso è stato oggetto di riflessione da parte della nostra équipe. Il presente scritto è una rielaborazione del caso originale ai fini di preservare la privacy dell'utente. La paziente, 18 anni appena compiuti, arriva riferendo una sintomatologia ansiosa in riferimento a performance scolastica. Già da un primo contatto messaggistico, L. si presenta come “una DSA” infatti in una prima fase anamnestica riferisce di aver avuto, durante le scuole elementari, una diagnosi di disturbo specifico dell'apprendimento con il quale – scopriremo nel tempo – si è identificata. Dall'anamnesi familiare emerge una mancata accettazione della diagnosi da parte del padre di L., il quale, in quanto capofamiglia di un sistema monoreddito a sfondo patriarcale, non ha mai investito le proprie risorse economiche in percorsi *ad hoc* per le difficoltà della paziente. Le stesse difficoltà di L. rispetto alle performance scolastiche non sono mai state supportate adeguatamente attraverso un doposcuola specializzato per i DSA, corroborando così un senso di sé inefficace e meccanismi difensivi di evitamento. La madre della paziente, osservata attraverso un breve ciclo di colloqui, ha palesato un funzionamento infantile, oltre che un senso di impotenza appreso – riscontrabile anche nella figlia – nei confronti del coniuge in particolar modo circa gli aspetti decisionali che coinvolgono il nucleo familiare. Al contempo, però la

madre di L. si mostra eccessivamente aprensiva sia relegando la ragazza ad una dimensione bambina che dandole messaggi contrastanti, attraverso l'alternanza di adultizzazione e infantilizzazione, oltre che preoccuparsi eccessivamente rispetto alle prestazioni scolastiche senza operare manovre realmente efficaci per supportare la ragazza nello studio.

Anche la vita sociale di L., oltre che il superamento di tappe evolutive, è inficiata dal sistema familiare: più volte riferisce di non poter prendere il treno da sola per recarsi allo studio di psicoterapia perché secondo la madre potrebbe essere pericoloso, di non poter uscire la sera con gli amici e fare tardi (può uscire il pomeriggio) e non poter andare a dormire dai coetanei. Uno dei sintomi più importanti riferiti da L. riguarda il suo rapporto con il cibo; infatti, è gravemente sottopeso poiché mantiene un'alimentazione estremamente restrittiva e selettiva. Una parte della natura del sintomo, nasce da esperienze avverse dovute all'intolleranza al lattosio (ha avuto diversi episodi di vomito durante l'infanzia in seguito all'ingestione di cibi mal tollerati), un'altra parte è dovuta a un'alterazione sensoriale che si manifesta ogni qual volta il cibo non è preparato dalla madre:

“Mangio solo il cibo preparato da mamma...altrimenti sento che ha un sapore strano e non riesco a mangiarlo”

Sembrerebbe che il meccanismo di fondo della dinamica alimentare possa essere ricondotto ad una disorganizzazione del funzionamento psichico in cui l'alterazione sensoriale diviene fattore protettivo rispetto alla possibilità della paziente di sentirsi nuovamente male con il cibo o emanciparsi dall'elaborazione materna dell'esperienza, castrando i processi evolutivi, anche di crescita fisica. Singolare è, infatti, l'aspetto della paziente che non solo mantiene un funzionamento non conforme all'età anagrafica, ma anche un aspetto infantile. Rispetto al rapporto con il proprio corpo, L. sostiene di non piacersi: *“Sembro un bambino”* riferendosi a sé stessa al maschile, pur identificandosi con il genere femminile, aspetto emblematico della disconnessione interna vissuta ed esperita anche sul e nel corpo. La strutturazione di un nucleo psichico frammentato da un contesto fa-

miliare psicotizzante, si evince particolarmente nella dinamica alimentare e nella relazione madre-figlia. L. ha sviluppato una forte disorganizzazione interna, soprattutto nella sfera personologica che si manifesta nei seguenti aspetti:

- ipervalutazione e svalutazione del sé;
- incapacità di riconoscere e comunicare le proprie emozioni;
- incapacità di programmare e conseguire compiti.

Quest'ultimo aspetto, si sovrappone agli aspetti tipici dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento, quali la difficoltà di organizzare efficacemente lo studio e mantenere un'attenzione sostenuta. Pertanto, da questo caso clinico si evince come, un aspetto tipico della neurodivergenza si interseca con dimensioni cliniche ad alta complessità, complicando ulteriormente il quadro clinico: il trattamento di L. proprio perché i confini tra un funzionamento compromesso e la neurodivergenza, sono altamente sfumati, risulta estremamente complesso. Le strategie utilizzate per una corretta gestione del tempo e dello spazio di studio, sono inficiate dalla disorganizzazione interna, la quale al contempo è corroborata nei meccanismi di svalutazione e dalla sensazione di un sé inefficace nella performance scolastica. Considerare gli aspetti clinici integrati con la neurodivergenza, offre la possibilità di non compartimentare le difficoltà della paziente, come se fossero mondi a sé, bensì di considerare un piano di trattamento che tenga conto di entrambi gli aspetti, oltre che prevedere il coinvolgimento del nucleo familiare ai fini di supportare il processo di crescita e svincolo.

CONCLUSIONI

La complessità del mondo neuro-divergente si intreccia, sovrappone o sviluppa in quadri psicopatologici gravi che in fase di valutazione diagnostica necessitano di un approccio integrato che consenta al clinico di individuare i bisogni dell'utente e stilare piani terapeutici *ad hoc*. Comprendere appieno le difficoltà dell'utente rappresenta un momento delicato che pur seguendo la tradizione nosografica, ha bisogno di allargare i propri margini di inclusione anche per quelle categorie di pazienti che non soddisfano tutti i criteri necessari alla

profilazione diagnostica. Da quanto detto, risulta evidente come una classificazione diagnostica di tipo categoriale non sia idonea sia a rilevare condizioni di comorbidità, sia a produrre strumenti diagnostici utili al processo della diagnosi differenziale. Si sottolinea come, al contrario, una lettura diagnostica dimensionale possa evidenziare, con maggiore chiarezza, condizioni di comorbidità e orientare il clinico nel processo diagnostico differenziale. La strutturazione e standardizzazione di strumenti più sensibili nel cogliere la dimensionalità psicopatologica potrebbe, pertanto, costituire un valido facilitatore per la professione clinica, nonché proteggere il paziente dallo sviluppo di condizioni cronicizzate, che in caso di neurodivergenza, potrebbero irrimediabilmente svilupparsi qualora questa non sia adeguatamente presa in carico.

DICHIARAZIONE ETICA

Il presente caso clinico riguarda una persona seguita dai servizi di salute mentale. Per garantire la massima tutela della privacy e della dignità del paziente, è stato utilizzato uno pseudonimo e tutte le informazioni potenzialmente identificative sono state opportunamente modificate o rese non riconoscibili. Considerata la totale non identificabilità dei dati presentati, non si è ritenuto necessario richiedere il consenso informato alla pubblicazione. La redazione del testo ha seguito i principi etici stabiliti dalla Dichiarazione di Helsinki e le normative vigenti in materia di protezione dei dati personali.

CONFLITTO DI INTERESSI

Gli autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interessi in relazione ai contenuti del presente articolo.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (5^a ed., trad. it. di DSM-5). Milano: Raffaello Cortina.
2. Di Donna, S., Marino, F., Durante, S., Ammendola, A., & Morfini, F. (2023). Level 1 autism and schizoid personality disorder in adulthood. *Phenomena Journal – International Journal of Psychopathology, Neuroscience and Psychotherapy*, 5(2), 53-66.
3. Helzer, J. E., Kraemer, H. C., & Krueger, R. F. (2006). The feasibility and need for dimensional psychiatric diagnoses. *Psychological medicine*, 36(12), 1671-1680.
4. Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Journal of abnormal psychology*, 114(4), 494.
5. Baron-Cohen, S. (2019). The concept of neurodiversity is dividing the autism community. *Scientific American Mind*, 30(4), 30-32.
6. Adler, A. (1956). *The individual psychology of Alfred Adler: A systematic presentation in selections from his writings* (H. L. Ansbacher & R. R. Ansbacher, Eds.). New York: Basic Books.
7. Morfini, F. (2023). Autism Open Clinical Model (A.O.C.M): Structure of an integrated clinical model for the assessment and treatment of autism. *Phenomena Journal – International Journal of Psychopathology, Neuroscience and Psychotherapy*, 5(2), 1-14.