

**dott. Daniele Russo**  
***Psicologo Clinico & Forense***

Albo n. 3685 sez. A - 07.06.2006  
polizza RC profess. AUPI-n. 2020/03/2425586  
Ditta Individuale, Tipo attività: 869030  
Largo Montalto, 5, 90144, Palermo (PA)  
Telefono: 349.81.82.809

---

## **Valutazione Psicodiagnostica**

**PAZIENTE: XXXXXXX XXXXXXXXX**

Nata a: Palermo

Il: XXXXXX

Residente in: XX XXXXXXX XXX Palermo (PA)

**CF: XXXXXXXXXXXXXXXX**

## **PREMESSA**

La presente valutazione psicodiagnostica viene redatta al termine di un approfondito processo diagnostico, avviato a seguito della richiesta della paziente, sig.ra XXXXX XXXXXX, di ricevere una lettura specialistica del proprio quadro sintomatologico di lunga data.

L'obiettivo principale è stato quello di indagare, con strumenti clinici e psicodiagnostici validati, la presenza di eventuali fattori mentali verosimilmente legati a disturbi psicopatologici (ansia, disturbi somatoformi, disturbi dell'umore), in grado di spiegare o contribuire in modo significativo alla sintomatologia lamentata.

## **ANAMNESI**

La storia clinica è caratterizzata da dolore muscoloscheletrico diffuso persistente, presente da oltre 6 mesi, associato a stanchezza cronica, sonno non ristoratore, rigidità mattutina e difficoltà cognitive.

Gli esordi sintomatici risalgono a oltre quindici anni fa.

La paziente ha eseguito molteplici percorsi diagnostici medici (gastroscopia, colonscopia, esami autoimmuni, neurologici, ginecologici) risultando negativa per patologie organiche significative, eccetto una diagnosi endocrinologica di tiroidite di Hashimoto, fibromi uterini, sindrome premestruale severa e una condizione di colon irritabile.

Ha effettuato percorsi psicoterapeutici sia ad orientamento cognitivo-comportamentale sia psicodinamico, esplorando temi relativi a traumi infantili.

Attualmente non presenta sintomi d'ansia clinicamente rilevanti, disturbi depressivi o psicosi in atto. Non si rilevano nella storia clinica episodi di somatizzazione dissociativa. Non vi è alcun indicatore anamnestico, clinico o diagnostico che giustifichi l'attribuzione della sintomatologia a cause psichiche primarie.

## **TECNICHE E PROCEDURE**

La valutazione si è avvalsa di un'integrazione metodologica tra osservazione clinica, colloqui psicodiagnostici e l'utilizzo di test psicometrici e proiettivi validati scientificamente. Nello specifico:

- MMPI-2-RF
- Rorschach
- WAIS
- SCID-5-CV
- PDI
- DES-II

- TAS-20

## **RISULTATI**

La visione di insieme dei risultati ai test non evidenzia configurazioni compatibili con disturbi d'ansia, dell'umore o somatizzazioni patologiche; risulta esclusa la presenza di vissuti psicotici, di elementi di conversione somatica o conflitti interni orientati alla negazione o drammatizzazione del dolore e non sono emersi indici indicativi di depressione maggiore, dissociazione, trauma non elaborato o Alessitimia clinicamente significativa; inoltre, il funzionamento cognitivo si colloca nella norma, con un lieve abbassamento dell'indice di memoria di lavoro, coerente con la sensazione di annebbiamento mentale riportata dalla paziente nei periodi di maggiore sofferenza.

Quindi, la valutazione clinica conferma l'assenza di un disturbo psicopatologico primario.

I risultati dei test escludono forme di somatizzazione, depressione mascherata, sindromi ansiose generalizzate, attacchi di panico non riconosciuti o sintomi dissociativi.

La sofferenza soggettiva espressa dalla paziente risulta autentica e non riconducibile a meccanismi di difesa o conversione. Tale dolore è persistente, diffuso, refrattario e correlato a fluttuazioni ormonali (ovulazione, fase premestruale), con pattern tipici della sindrome fibromialgica.

Le alterazioni cognitive leggere e la cronicità del dolore non si accompagnano a disturbi dell'umore o tratti isterici. Le difese psicologiche risultano mature.

## **ANALISI DEI DATI**

### **Alla luce dell'esame clinico e psicodiagnostico:**

Non si rilevano criteri diagnostici compatibili con disturbi d'ansia (F41), disturbi da sintomi somatici (F45), disturbo da conversione, disturbo post-traumatico da stress (F43.1), disturbi dell'adattamento o depressione reattiva. La paziente non presenta evitamento fobico, ipervigilanza, disregolazione emotiva o somatizzazioni a contenuto simbolico. Non emergono alterazioni comportamentali o relazionali. Il dolore è vissuto come dato reale, costante, non amplificato da elementi secondari di guadagno psichico, e risulta del tutto indipendente da eventi stressanti contestuali.

### **Tutto ciò Posto:**

**si segnala che risulta essere incredibile che tutti gli specialisti coinvolti di fronte a una sofferenza fisica autentica, persistente e priva di riscontri psicopatologici rilevanti sia stata, a**

**oggi, sistematicamente attribuita — in assenza di un’adeguata indagine differenziale — a generici stati d’ansia o stress emotivo: questo rappresenta un grave bias clinico ancora sorprendentemente diffuso. Tale riduzione diagnostica, priva di fondamento nei dati emersi, rischia non solo di invalidare l’esperienza soggettiva del paziente, ma anche di ritardare o ostacolare l’inquadramento nosografico corretto. In questo caso, la tendenza a psicicizzare ogni sintomo non spiegato oggettivamente ha finito per oscurare una sintomatologia organica ben definita.**

Inoltre, nel rispetto dei limiti epistemologici e deontologici della disciplina psicologica, è doveroso precisare che la diagnosi medica di una condizione clinica come la fibromialgia e/o altro non rientra nelle competenze dello psicologo, né può essere formalmente formulata all’interno di un elaborato psicodiagnostico. Tuttavia, in qualità di professionista della salute mentale, è possibile — e anzi necessario — osservare, documentare e inquadrare i dati clinici, anamnestici e comportamentali riferiti dal paziente, nonché integrarne la rilettura alla luce della letteratura scientifica più aggiornata.

In tale prospettiva, l’ipotesi di una sindrome fibromialgica viene riportata qui non come atto diagnostico medico ma come orientamento clinico di compatibilità, utile a indirizzare la paziente verso ulteriori accertamenti specialistici e a sostenere una lettura integrata e non riduzionista del quadro sintomatologico emerso. sostenere una lettura non psicologista della sofferenza espressa

## **CONCLUSIONI**

La presente valutazione psicodiagnostica ha permesso di escludere in modo fondato la presenza di un disturbo psicopatologico primario in grado di spiegare il quadro sintomatologico riportato dalla paziente. In particolare, non sono emersi indicatori clinici compatibili con disturbi d’ansia (F41), disturbi da sintomi somatici (F45), depressione maggiore, disturbo post-traumatico da stress, dissociazione clinicamente significativa o meccanismi di conversione simbolica del dolore.

Il profilo di personalità appare sufficientemente maturo e integrato, con strategie difensive non patologiche e assenza di guadagni secondari. La sofferenza riferita risulta autentica, costante, priva di elementi isteriformi o amplificazioni drammatiche.

La sintomatologia riportata — dolore muscoloscheletrico cronico, astenia, rigidità, cefalea unilaterale ricorrente, nausea ciclica con vomito, disturbi gastrointestinali tipo IBS, peggioramento in fase ovulatoria e premestruale, fibromi uterini, tiroidite autoimmune — mostra un’elevata sovrapposizione fenomenica con i quadri oggi riconosciuti come Sindrome da Sensibilizzazione Centrale, in particolare con la fibromialgia. Tale sindrome è caratterizzata da un’alterata elaborazione centrale degli stimoli dolorosi, che genera dolore diffuso e ipersensibilità viscerale anche in assenza di lesioni organiche evidenti. Il sistema nervoso centrale appare in questi casi “iperreattivo” e amplifica gli input sensoriali, innescando una risposta cronica e disfunzionale al dolore. Studi neurofisiologici e di neuroimaging

hanno evidenziato anomalie nei circuiti cerebrali del dolore in pazienti fibromialgici, confermando la base neurobiologica della condizione.

Nel caso in esame, la presenza di tiroidite di Hashimoto rappresenta un ulteriore elemento di rilievo, poiché è stata documentata in letteratura una frequente associazione tra ipotiroidismo autoimmune e fibromialgia, verosimilmente mediata da un aumento della sensibilità al dolore e da un'inflammatione di basso grado. Analogamente, le fluttuazioni ormonali tipiche del ciclo mestruale (estrogeni, prostaglandine) sembrano svolgere un ruolo significativo nel peggioramento periodico dei sintomi, contribuendo a spiegare la regolarità temporale degli episodi critici (cefalea, dolore pelvico, nausea).

La sintomatologia intestinale (gonfiore, dolore addominale, diarrea alternata a stipsi) è compatibile con una diagnosi pregressa di sindrome dell'intestino irritabile, spesso associata a sensibilizzazione centrale, con possibile implicazione del microbiota intestinale e, in alcuni casi, di SIBO (Small Intestinal Bacterial Overgrowth).

Tutti questi elementi – dolore diffuso, disturbi gastrointestinali funzionali, cefalea cronica, dismenorrea severa, stanchezza persistente, ipersensibilità sistemica – rientrano nelle configurazioni cliniche oggi riconosciute come comorbidità frequenti e interconnesse nel contesto della fibromialgia. L'assenza di risposte significative a terapie somatiche isolate, l'inefficacia dei trattamenti psicoterapici nonostante la buona adesione e l'approfondimento di aspetti traumatici e relazionali, e la negatività degli esami organici effettuati (RMN, endoscopie, test autoimmuni) rafforzano l'ipotesi di una disfunzione centrale nella modulazione del dolore.

**È importante rilevare che la sofferenza fisica riportata dalla paziente, pur in assenza di riscontri diagnostici “oggettivi” secondo i criteri tradizionali, non può e non deve essere attribuita superficialmente a “stress” o ad ansia generalizzata, come purtroppo sembra essere avvenuto più volte nel percorso clinico pregresso. Tale riduzionismo psicicizzante rappresenta un bias clinico grave, che rischia di invalidare l'esperienza della paziente, comprometterne la fiducia nei percorsi sanitari e ritardare l'accesso a trattamenti adeguati.**

Nel pieno rispetto dei limiti epistemologici e deontologici della professione psicologica, si precisa che **la diagnosi medica di fibromialgia o di altra condizione reumatologica non può essere formalizzata all'interno di un referto psicodiagnostico.** Tuttavia, è dovere dello psicologo, in qualità di professionista della salute, documentare e interpretare con rigore i dati clinici riferiti, proponendo una lettura compatibile con l'evidenza scientifica attuale.

In questo senso, l'ipotesi di una **Sindrome da Sensibilizzazione Centrale** viene qui formulata **non come atto diagnostico medico**, ma come **orientamento clinico coerente** con i dati emersi e utile a indirizzare la paziente verso una valutazione specialistica reumatologica.

Si raccomanda pertanto:

- Una **visita reumatologica approfondita**, per valutare l'eventuale diagnosi di fibromialgia secondo i criteri ACR aggiornati;
- L'approfondimento dei **disturbi ginecologici** con ecografia transvaginale o RMN pelvica, per escludere comorbilità come endometriosi;
- Una consulenza **gastroenterologica mirata**, con eventuale breath test per SIBO e percorso dietetico tipo Low-FODMAP;
- La valutazione **neurologica per emicrania**, con possibile impostazione di terapia preventiva;
- Un approccio multidisciplinare integrato e centrato sulla persona, che contempli anche il supporto psicologico, la gestione dello stress, tecniche di rilassamento, attività fisica graduale e igiene del sonno, secondo le linee guida più aggiornate sul trattamento delle sindromi da dolore cronico funzionale.

In sintesi, il quadro complessivo della paziente appare altamente compatibile con una condizione da sensibilizzazione centrale, che integra aspetti neurofisiologici, endocrini, immunitari e psicologici. L'assenza di cause psichiche primarie non implica l'assenza di sofferenza, ma anzi ne rafforza il carattere autentico, persistente e invalidante. Sostenere una lettura integrata, non psicologista né riduttiva, rappresenta il primo passo per un percorso di cura realmente efficace.

**PALERMO**, 04.02.25.

**LO PSICOLOGO**

**Dott. Daniele Russo**