

LGBTQIA+ e intersezionalità: inclusività in terapia*



Federico Dibennardo*, Gabriele Einaudi**, Sarah Finzi***,
Camilla Corradelli****

Ricevuto il 28 febbraio 2026, accettato il 26 maggio 2026

Sommario

Una terapia cognitivo-comportamentale sensibile alle trasformazioni sociali contemporanee è oggi chiamata a interrogarsi su come accogliere in modo più accurato l'esperienza che le persone LGBTQIA+ portano all'interno della stanza di terapia. Il presente lavoro illustra come l'integrazione di questi temi possa essere intesa come un affinamento delle tecniche terapeutiche, utile a comprendere meglio il contesto in cui il modo specifico delle persone di vedere e sentire il mondo si costruisce e si rinforza. Attraverso i modelli del minority stress e dell'intersezionalità, vengono esplorati i meccanismi mediante i quali l'ambiente sociale si inserisce nella struttura cognitiva ed emotiva del paziente. Particolare attenzione viene posta all'integrazione della prospettiva post-razionalista di Guidano (Guidano, 1991) e

*Nel presente contributo viene utilizzato occasionalmente il simbolo “ə”, laddove necessario, come forma ormai presente nel lessico italiano contemporaneo per evitare il ricorso al maschile sovraesteso. Tale scelta è circoscritta a questa specifica sottosezione, poiché coerente con il tema trattato e con la postura clinica intersezionale richiamata nel testo.

** Psicologo, Psicoterapeuta, Università di Parma, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Via Lata 17 – 00049 Velletri; e-mail: info@federicodibennardo.it.

*** Psicologo, Psicoterapeuta, Sessuologo clinico, Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino, 10124 Torino; Centro Clinico Crocetta, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, Corso Galileo Ferraris 110 – 10129 Torino; e-mail: g.einaudi@unito.it.

**** Dottorə di ricerca, Psicologa, Psicoterapeuta; Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva Centro Clinico Crocetta, Corso Galileo Ferraris 110 – 10129 Torino; e-mail: sarah.n.finzi@gmail.com.

***** Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Giovani Adolescenti – Dipartimento di Salute Mentale ASST Lariana, via Ferrari 9 – 22100 Como; e-mail: psy.corradellcamilla@gmail.com.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSNe 2281-6046), n. 57/2025
DOI: 10.3280/qpc57-2025oa23133

della teoria dei sistemi motivazionali di Liotti (Liotti, 2004), mostrando come le esperienze di discriminazione si intreccino con i pattern di attaccamento e le organizzazioni di significato personale. Il lavoro sottolinea l'importanza di un posizionamento etico chiaro dello terapeuta e di un equilibrio tra validazione dell'esperienza discriminatoria e promozione dell'agency dello paziente.

Parole chiave: minority stress, intersezionalità, CBT, organizzazioni di significato personale, sistemi motivazionali, attaccamento.

LGBTQIA+ and Intersectionality: Inclusivity in Therapy

Abstract

A cognitive-behavioral therapy that is sensitive to contemporary social transformations is called today to reflect on how to more accurately welcome the experience that LGBTQIA+ individuals bring into the therapy room. The present work illustrates how the integration of these themes may be understood as a refinement of therapeutic techniques, useful for better understanding the context in which people's specific ways of seeing and feeling the world are constructed and reinforced. Through the minority stress and intersectionality models, the mechanisms by which the social environment becomes embedded in the patient's cognitive and emotional structure are explored. Particular attention is given to integrating Guidano's post-rationalist perspective (Guidano, 1991) and Liotti's theory of motivational systems (Liotti, 2004), showing how experiences of discrimination become intertwined with attachment patterns and personal meaning organizations. The work underscores the importance of a clear ethical positioning on the part of the therapist and of a balance between the validation of discriminatory experiences and the promoting of patient agency.

Key words: minority stress, intersectionality, CBT, personal meaning organizations, motivational systems, attachment.

Cornice teorica: Minority Stress e Intersezionalità

Una terapia cognitivo-comportamentale sensibile alle trasformazioni sociali contemporanee è oggi chiamata a interrogarsi su come accogliere in modo più accurato l'esperienza che le persone LGBTQIA+ portano all'interno della stanza di terapia, e non solo. Tale obiettivo non dovrebbe necessariamente comportare una revisione dell'impianto teorico né una perdita di rigore metodologico. In questa cornice, l'integrazione di questi temi può essere intesa come un affinamento delle tecniche terapeutiche, utile a comprendere meglio il contesto in cui il modo specifico delle persone di vedere e sentire il mondo si costruisce e si rinforza. In questa prospettiva, il modello del minority stress ha fornito un contributo centrale, mostrando come una

parte della sofferenza psicologica nelle popolazioni LGBTQIA+ sia associata all'esposizione cronica e ripetuta a stigma, discriminazione e microaggressioni. Questo paradigma ha messo in evidenza come la sofferenza della popolazione queer non sia attribuibile a vulnerabilità intrapsichiche specifiche, ma a un contesto collettivo in cui queste persone crescono (Meyer, 2003). Tale modello consente di collocare il disagio psicologico all'interno di un'interazione continua tra individuo e contesto sociale, evitando letture esclusivamente individualizzanti della sofferenza.

Il framework del minority stress distingue con precisione tra due livelli di esposizione allo stigma. Gli stressor distali rappresentano eventi oggettivi e osservabili: episodi di discriminazione manifesta, violenza fisica o verbale, microaggressioni quotidiane, rifiuto sociale esplicito, esclusione da contesti istituzionali o negazione di diritti. Questi eventi hanno una caratteristica importante: sono verificabili, documentabili e riconoscibili anche da osservatori esterni.

Gli stressor prossimali, invece, riguardano i processi psicologici interiorizzati che derivano dall'anticipazione e dall'elaborazione continua degli stressor distali. L'omotransfobia interiorizzata rappresenta l'incorporazione degli stessi messaggi stigmatizzanti presenti nella società: la paziente arriva a credere, parzialmente o totalmente, che la propria identità sia effettivamente sbagliata, innaturale o inferiore a quella di una persona la cui identità di genere o orientamento sessuale sia aderente alle aspettative sociali. Talvolta tali stressor si configurano in un'ipervigilanza costante: una scansione continua dell'ambiente circostante alla ricerca di segnali di potenziale ostilità, aggressione o disapprovazione come il timore di essere aggrediti per strada o la reticenza esprimere affetto verso i propri partner per timore di suscitare risentimento e disgusto nelle persone circostanti.

Il *concealment* (occultamento strategico dell'identità) richiede un monitoraggio attento di cosa dire, a chi, in quali contesti, generando un carico cognitivo significativo. Le aspettative di rifiuto diventano automatiche e generalizzate, influenzando anche l'approccio a relazioni potenzialmente sicure (Meyer, 1995; 2003).

Questa distinzione risulta clinicamente fondamentale poiché consente di individuare con maggiore precisione i meccanismi attraverso cui l'ambiente sociale si inserisce nella struttura cognitiva ed emotiva della paziente influenzandola costantemente. Le credenze disfunzionali che emergono in questo contesto non sono esclusivamente il prodotto di distorsioni cognitive individuali, ma rappresentano forme di adattamento, talvolta contestuali e salvifiche, ad ambienti oggettivamente ostili.

All'interno di questo quadro si colloca il concetto di intersezionalità, inte-

so come cornice concettuale utile per leggere la complessità delle esperienze soggettive. Coniato dalla giurista e teorica critica Kimberlé Crenshaw (1989) nell'ambito degli studi di razza e genere, il termine intersezionalità descrive il modo in cui diverse dimensioni identitarie e sociali – come genere, orientamento sessuale, identità di genere, etnia, classe sociale, disabilità, status socioeconomico, età – non operano in modo isolato, ma si intersecano producendo esperienze qualitative uniche (Funer, 2023). Per comprendere più a fondo questo concetto, può essere utile considerare come l'intersezionalità metta in discussione il modo in cui tradizionalmente pensiamo all'identità e all'oppressione. Spesso tendiamo a concettualizzare le persone come appartenenti a categorie separate e discrete: “donna”, “nera”, “lesbica”, “di classe economicamente svantaggiata”. Da sole, queste categorie corrispondono ad assi di discriminazione sistemica che impattano nella vita della persona e che è necessario considerare. Tuttavia, racchiudere in sé più categorie di marginalizzazione comporta un aggravamento dello stato discriminatorio, e non solo: le diverse dimensioni si intersecano e interagiscono in modi che producono esperienze uniche e differenti. Una donna nera lesbica non sperimenta “sessismo + razzismo + omotransfobia” come categorie separate e sommabili, ma una configurazione specifica che emerge dall'intersezione di queste dimensioni nel suo personale contesto di vita e che non può essere ridotta alla somma delle sue parti.

Ciò che emerge da questa analisi è che l'esperienza della persona non può essere compresa semplicemente analizzando “il sessismo”, “il razzismo” e “l'omotransfobia” come fenomeni separati. Ciascuna di queste dimensioni assume significati diversi, si manifesta in modi diversi, e produce effetti diversi a seconda di come interagisce con le altre dimensioni identitarie e con il contesto specifico. Il sessismo che una donna nera lesbica sperimenta è qualitativamente diverso dal sessismo che sperimenta una donna bianca eterosessuale, proprio perché si intreccia con razzismo e omotransfobia in modi che trasformano la natura stessa dell'esperienza. Un altro aspetto fondamentale dell'intersezionalità riguarda il concetto di “salienza contestuale” delle identità (Funer, 2023). Non tutte le dimensioni identitarie hanno lo stesso peso o la stessa rilevanza in ogni momento o contesto della vita della paziente. In alcuni momenti, determinate dimensioni diventano più salienti – più visibili, più rilevanti, più cariche di significato –, mentre altre possono temporaneamente passare in secondo piano. Una persona gay nera potrebbe sperimentare prevalentemente la propria identità razziale come saliente in un contesto di persone prevalentemente bianche, mentre la sua identità sessuale potrebbe diventare più saliente in un contesto familiare dove sente la pressione di aderire a un modello familiare che non riesce perseguire.

Questa comprensione della salienza contestuale ha implicazioni cliniche significative. La terapeutà non può dare per scontato quali dimensioni identitarie siano più rilevanti o dolorose per la paziente in un dato momento, ma dovrebbe piuttosto esplorare con curiosità e apertura come la paziente stesso esperisce e attribuisce significato alle diverse dimensioni della sua identità nei vari contesti di vita. Due persone con configurazioni identitarie apparentemente simili potrebbero avere esperienze radicalmente diverse a seconda di quali dimensioni risultano più salienti nei loro specifici contesti relazionali, geografici, culturali ed economici.

La contestualità riguarda anche il Paese nel quale la persona vive rispetto al grado in cui le istituzioni siano apertamente o velatamente ostili nei confronti di tale specifica minoranza. In Italia, ad esempio, una persona gay gode di meno diritti familiari rispetto a una persona gay nei Paesi Bassi, dove sono riconosciuti matrimonio egualitario e adozione. Al contrario, in Italia gode di maggiore accettazione sociale e riconoscimento giuridico rispetto ad altri Paesi in cui affermare la propria identità gay può essere addirittura illegale.

Quando tali dimensioni si collocano all'interno di contesti discriminanti o escludenti, possono contribuire alla costruzione e al mantenimento di credenze disfunzionali su di sé, sul mondo e sulle relazioni. Queste credenze risultano spesso rinforzate da esperienze ripetute di invalidazione e marginalizzazione, e non esclusivamente da distorsioni cognitive idiosincratiche (Weiss *et al.*, 2024). Per la terapeutà cognitivo-comportamentale, ciò non implica una rinuncia al lavoro cognitivo, ma offre la possibilità di esaminare in modo più approfondito l'origine e la funzione di tali credenze, distinguendo tra schemi personali e valutazioni negative che trovano un riscontro concreto nei contesti di vita.

La neutralità del setting: posizionamento etico e costruzione della sicurezza

Una delle questioni più delicate nella pratica clinica con persone appartenenti a minoranze riguarda il tema della neutralità terapeutica. Tradizionalmente, la psicoterapia cognitivo-comportamentale ha valorizzato una postura di equidistanza e astensione da giudizi di valore, considerando tale posizione come garante dell'obiettività clinica e della libertà del paziente. Questa impostazione ha radici profonde nella storia della disciplina e riflette un'aspirazione comprensibile: creare uno spazio in cui la paziente possa esplorare liberamente la propria esperienza, senza sentirsi giudicato o indi-

rizzato verso soluzioni predeterminate da chi conduce la terapia. Tuttavia, in un contesto sociale strutturalmente eteronormativo e cisnormativo, una posizione apparentemente neutrale rischia di configurarsi, involontariamente, come una forma implicita di complicità con lo status quo discriminatorio. Vale la pena soffermarsi su cosa significhino concretamente questi termini, poiché operano spesso in modo sottile e invisibile.

L'eteronormatività rappresenta il sistema culturale che assume l'eterosessualità come orientamento "naturale" e "predefinito", relegando tutte le altre forme di sessualità a deviazioni da questa norma. Tale impostazione culturale si manifesta in assunti quotidiani apparentemente innocui che pervadono le interazioni sociali: dare per scontato che una donna abbia un fidanzato o un marito, che un uomo, se è in una relazione con una donna, sia eterosessuale quando magari è bisessuale, oppure assumere che una coppia omosessuale abbia automaticamente accesso agli stessi ambiti della vita sociale, familiare, istituzionale e sanitaria di una coppia eterosessuale. In ambito clinico, l'eteronormatività può manifestarsi in modi ancora più sottili: nell'uso di moduli anamnestici che indagano lo "stato civile" offrendo solo opzioni eterosessuali, nel porre domande sulla "vita sentimentale" dando per scontato il genere del partner, nel non considerare le specificità delle dinamiche relazionali tra persone dello stesso sesso, o nell'applicare acriticamente modelli teorici sviluppati su popolazioni eterosessuali senza interrogarsi sulla loro validità per le persone LGBTQIA+. La cisnormatività opera analogamente rispetto all'identità di genere, assumendo che tutte le persone siano cisgender (ovvero che la loro identità di genere corrisponda a quella assegnata alla nascita sulla base delle caratteristiche sessuali) e che questa corrispondenza sia lineare e desiderabile. Si manifesta nel dare per scontato che il corpo di una persona determini automaticamente la sua identità di genere, adottando un approccio essenzialista, nel considerare le persone transgender come "in transizione" verso uno stato finale fisso (ignorando che molte persone trans non desiderano o non possono accedere a forme affermative mediche, o che l'identità di genere può essere fluida), o nel focalizzarsi eccessivamente sugli aspetti medici di un'affermazione forzatamente binaria, ignorando le dimensioni sociali, relazionali ed esistenziali dell'esperienza trans.

In questa dinamica, risulta pertanto necessario considerare come il contesto istituzionale in cui un/una terapeuta lavora risulti saliente anche per definire ciò che un/una paziente possa ritenere accettabile o meno. Inoltre, le lotte all'interno del contesto psichiatrico per la depatologizzazione dell'omosessualità, i profondi conflitti intercorsi con la comunità trans, e l'aperta e problematica presa di posizione di molte figure di spicco della psichiatria,

mettono la terapeutà in una posizione che non può di fatto essere istituzionalmente neutrale.

Quando la terapeutà mantiene una posizione di presunta neutralità senza interrogare attivamente queste assunzioni implicite, il silenzio rischia di essere interpretato dalla persona in terapia come validazione tacita del sistema discriminante, o quantomeno come indifferenza rispetto alla propria esperienza di marginalizzazione. Questa dinamica è particolarmente insidiosa perché opera in modo sottile: non si tratta di episodi manifesti di discriminazione che la paziente potrebbe riconoscere e nominare, ma di un'assenza di riconoscimento che può rinforzare l'isolamento e l'invisibilità già sperimentati in altri contesti di vita (Shali, 2024). Inoltre, è opportuno considerare come le persone LGBTQIA+ siano spesso estremamente abili nel rilevare questi segnali sottili di disapprovazione – una sensibilità sviluppata attraverso anni di navigazione in contesti potenzialmente ostili e frutto del minority stress – e come l'assenza di un posizionamento chiaro possa generare uno stato di ipervigilanza continua anche all'interno dello spazio terapeutico, compromettendo la possibilità di uno sviluppo relazionale sicuro e cooperativo.

Per questo motivo, un approccio clinicamente responsabile suggerisce alla terapeutà di assumere un posizionamento etico chiaro. La discriminazione basata su orientamento sessuale, identità di genere, etnia, classe sociale o altre dimensioni identitarie non dovrebbe essere trattata come una questione opinabile su cui mantenere un'equidistanza intellettuale, ma riconosciuta come una violazione dei diritti umani fondamentali che contribuisce direttamente alla sofferenza psicologica della paziente. Dichiarare apertamente questo posizionamento può costituire un atto terapeutico in sé, poiché costruisce uno spazio di sicurezza psicologica in cui si può esplorare la propria esperienza senza timore di giudizio o invalidazione. È importante sottolineare che tale posizionamento non implica un'adesione acritica a qualsiasi narrazione della paziente, né una rinuncia al rigore metodologico della CBT. Al contrario, esso può consentire di lavorare con maggiore finezza clinica, poiché la terapeutà può validare l'esperienza di discriminazione, mentre contemporaneamente sostiene la paziente nell'esplorazione di strategie di coping più funzionali e nell'incremento della propria agency. Non si tratta pertanto di dichiarare di collocarsi ideologicamente dalla parte della paziente, quanto di garantire che la propria posizione non venga interpretata erroneamente come ostile alla luce di esperienze pregresse o pregiudizi. La chiarezza del posizionamento etico, paradossalmente, libera spazio per un'esplorazione più complessa e sfumata dell'esperienza della paziente, evitando che quest'ultima debba investire energia nel testare costantemente il grado di sicurezza del setting.

Rapporto tra validazione e agency: la costruzione di una relazione cooperativa

Il nucleo dell'intervento CBT con approccio intersezionale risiede nella capacità della terapeutà di oscillare in modo consapevole e metodologicamente orientato tra due polarità complementari: la validazione dell'esperienza di sofferenza e la promozione dell'agency personale. Questo movimento rappresenta un processo ciclico e iterativo che accompagna l'intero percorso terapeutico.

La validazione rappresenta il primo movimento terapeutico indispensabile. Essa consiste nel riconoscimento esplicito che le esperienze di discriminazione, microaggressioni e marginalizzazione subite dalla persona sono reali e oggettive, e che la sofferenza che ne deriva è una risposta comprensibile e legittima a un contesto ostile. Questa validazione dovrebbe estendersi anche alle strategie di coping adottate dalla persona. Comportamenti che potrebbero essere superficialmente interpretati come evitamento patologico potrebbero invece rappresentare atteggiamenti che ancora oggi mantengono una funzione protettiva razionale in determinati contesti.

Tuttavia, la validazione da sola non è sufficiente. Se la terapeutà si limitasse a validare l'esperienza di sofferenza senza promuovere alcuna forma di perturbazione esplorativa o cambiamento, rischierebbe di colludere con una narrazione di impotenza appresa. È qui che interviene il secondo polo dell'oscillazione: la promozione dell'agency, intesa come capacità della persona di riconoscere i margini di azione disponibili all'interno dei vincoli contestuali, di sperimentare gradualmente comportamenti più congruenti con i propri valori e di sviluppare competenze di coping più flessibili.

Il movimento verso l'agency dovrebbe essere calibrato con estrema attenzione. La terapeutà dovrebbe evitare di minimizzare i rischi reali che la persona corre in ambienti effettivamente discriminanti. Una donna lesbica in un contesto lavorativo apertamente omofobo, un uomo trans in una famiglia profondamente transfobica o una persona queer appartenente a una minoranza etnica in una comunità culturalmente conservatrice, si trovano ad affrontare vincoli concreti che limitano le loro possibilità di azione. Ignorare questi vincoli costituirebbe una forma di negligenza clinica.

Il coming out, per esempio, non dovrebbe essere considerato un obiettivo terapeutico universale in quanto forma massima di accettazione e di condivisione sincera e flessibile del proprio sé con le persone. Il coming out consente anche di sradicare le forme di occultamento strategico che gravano sulla pressione psicologica e relazionale delle persone queer nei contesti di vita e affettivi. Tuttavia, per alcune persone può rappresentare un passo liberatorio

fondamentale, mentre per altre può essere una scelta strategicamente posticipata in attesa di maggiore autonomia economica, stabilità abitativa o sicurezza fisica. Il rispetto dell'autonomia della paziente richiede di non interpretare la prudenza come semplice "resistenza" terapeutica al cambiamento. L'oscillazione tra validazione e agency si configura come un processo a spirale. La terapeutica può inizialmente validare in modo profondo la scelta della persona di mantenere riservata la propria vita affettiva in un contesto lavorativo ostile, riconoscendo i costi emotivi ma anche la razionalità protettiva di tale scelta. Successivamente, la terapeutica può invitare la paziente a esplorare con curiosità le conseguenze di questa strategia: quali sentimenti emergono? Quali opportunità relazionali vengono perse? Quali energie cognitive vengono assorbite? A partire da questa esplorazione, la terapeutica può gradualmente ampliare lo sguardo verso possibilità alternative, favorendo una progressiva riduzione della reattività a tali contesti, ma sempre rispettando i tempi e i vincoli della paziente. Esistono contesti o relazioni in cui potrebbe essere sperimentata una maggiore autenticità? Quali risorse sarebbero necessarie? Cosa potrebbe rappresentare un primo passo piccolo, sicuro e reversibile? Dopo ogni esperimento comportamentale, sarebbe importante tornare alla validazione, riconoscendo il coraggio richiesto e accogliendo l'esperienza emotiva che ne deriva, indipendentemente dall'esito.

Attaccamento e Sistemi motivazionali nel Minority Stress

Nella formulazione del caso CBT, i Modelli Operativi Interni derivanti dalle esperienze di attaccamento precoce rappresentano un elemento fondamentale. Come teorizzato da Bowlby e successivamente sviluppato da Guidano e Liotti (1983), questi modelli forniscono le strutture cognitive ed emotive attraverso cui l'individuo organizza l'esperienza, interpreta le relazioni, regola i sistemi motivazionali e le emozioni e costruisce il senso di sé. Tuttavia, per le persone appartenenti a minoranze sessuali e di genere, è fondamentale riconoscere che le esperienze di minority stress non si limitano a interagire con pattern di attaccamento preesistenti, ma possono esse stesse contribuire in modo significativo alla loro configurazione. L'attaccamento rimane la base strutturale, ma le esperienze di discriminazione diretta e indiretta lungo l'intero arco di vita aggiungono strati di complessità che richiedono un'attenzione clinica specifica.

Una persona con uno stile d'attaccamento insicuro ansioso, ad esempio, a seguito di esperienze di minority stress potrebbe intensificare la ricerca proattiva della figura di riferimento che è stata potenzialmente rifiutante, genera-

do pattern di ipervigilanza relazionale e tentativi ripetuti di riavvicinamento, anche in presenza di segnali di disapprovazione o ostilità. La persona potrebbe sviluppare strategie di occultamento strategico della propria identità proprio per mantenere la vicinanza con figure significative, sacrificando l'autenticità in favore della prossimità relazionale. Nel funzionamento evitante, le esperienze di discriminazione potrebbero rinforzare i temi di solitudine e l'autoaccudimento compulsivo come conferma di sentimenti di inamabilità. L'indisponibilità emotiva delle figure genitoriali potrebbe essere percepita non solo come una caratteristica generale del loro stile relazionale, ma come specificamente legata all'identità sessuale o di genere emergente. Questa percezione può derivare sia da forme dirette di rifiuto sia da segnali indiretti: dalle rilevazioni cliniche, osserviamo persone che riportano genitori imbarazzati e distaccati rispetto a modalità espressive ritenute incongrue per il genere. Si rilevano anche storie di sviluppo con esperienze di distacco indiretto: genitori che evitano sistematicamente commenti sull'affettività non eterosessuale oppure che mostrano reazioni di imbarazzo o disapprovazione di fronte a manifestazioni di affetto tra persone dello stesso sesso. Anche in assenza di un rifiuto esplicito nelle prime fasi di vita, questi elementi possono rinforzare profondamente i temi di solitudine e autosufficienza già presenti nella storia di attaccamento, amplificandone il significato e la pervasività.

Considerare i Sistemi Motivazionali Interpersonali (Liotti, 2005; Liotti & Monticelli, 2008) offre una chiave di lettura particolarmente utile per comprendere queste dinamiche complesse. È possibile osservare, ad esempio, come una persona transgender che ha sperimentato bullismo prolungato durante l'adolescenza – quando la sua espressione di genere non conforme ai canoni tradizionali la rendeva bersaglio di derisione, aggressioni verbali e isolamento sociale – possa aver sviluppato un'iperattivazione del sistema agonistico di rango come forma di tutela. Questa persona potrebbe presentarsi in terapia con un atteggiamento ipervigilante, interpretando domande esplorative del terapeuta come potenziali sfide alla validità della sua identità di genere, rispondendo con difensività o contro-argomentazioni immediate. La postura corporea potrebbe essere rigida e controllata, lo sguardo diretto e scrutatore, alla ricerca di qualsiasi segnale di invalidazione o messa in discussione, rendendo la costruzione dell'alleanza terapeutica complessa e meritevole di attenzione specifica. Nelle relazioni quotidiane, questa persona potrebbe anticipare costantemente situazioni conflittuali: prepararsi mentalmente a dover difendere la legittimità della propria identità, evitare spazi pubblici come bagni o spogliatoi dove potrebbe sentirsi esposta a giudizio o contestazione, o assumere un atteggiamento preventivamente aggressivo come strategia difensiva prima ancora che emerga una minaccia reale. L'ipe-

rattivazione di questo sistema può configurarsi come posizionamento costante in modalità difensiva o competitiva nelle relazioni, anticipando conflitti e preparandosi preventivamente al confronto. Pur generando isolamento e conflittualità nelle relazioni attuali – la persona potrebbe riferire difficoltà a mantenere amicizie durature o a costruire relazioni intime per paura di essere “tradita” o invalidata –, questa strategia può aver avuto una funzione protettiva fondamentale nei contesti originari dove le aggressioni erano concrete e ripetute. Nel contesto scolastico adolescenziale, dove la vulnerabilità poteva tradursi in ulteriore vittimizzazione, l’adozione di una postura agonistica ha probabilmente contribuito alla sopravvivenza psicologica e talvolta fisica della persona. Analogamente, l’utilizzo rigido del sistema di accudimento può essere letto come ricerca di mantenimento della prossimità relazionale in persone che hanno sperimentato rifiuto familiare o timore di abbandono legato alla propria identità, che si posizionano costantemente in un ruolo di cura rispetto agli altri, anticipando i loro bisogni, sacrificando i propri desideri. Questa strategia può funzionare come tentativo implicito di compensare il senso di inadeguatezza legato alla propria identità attraverso l’utilità e l’indispensabilità relazionale.

La comprensione delle dinamiche motivazionali multiple risulta particolarmente utile nel riconoscere pattern interpersonali complessi. La terapeutica dovrebbe riconoscere come questi pattern, anziché resistenze immotivate, rappresentino strategie adattive sviluppate in contesti dove la vulnerabilità era effettivamente pericolosa. L’intervento può quindi mirare a creare uno spazio relazionale sufficientemente sicuro in cui sperimentare gradualmente l’attivazione di sistemi motivazionali più affiliativi, monitorando costantemente i segnali di sicurezza vs. minaccia che la persona rileva nella relazione terapeutica (Liotti, 2005; Liotti & Monticelli, 2008). In linea con la letteratura recente, che evidenzia una maggiore prevalenza di esperienze sfavorevoli infantili nella popolazione queer, emerge la necessità di integrare un orientamento trauma-informed con pratiche di cura affermative, al fine di mitigare l’impatto di tali esperienze discriminanti sul funzionamento psicologico (Di Fini *et al.*, 2025). La formulazione del caso dovrebbe dunque integrare con uguale attenzione sia l’analisi dei pattern di attaccamento precoce sia la mappatura dettagliata delle esperienze di traumi relazionali e minority stress lungo l’intero arco di vita. Non si tratta di sostituire l’uno con l’altro, ma di riconoscere come questi due livelli di analisi si intreccino nella costruzione dell’identità e della sofferenza della paziente. L’analisi intersezionale di come diverse dimensioni identitarie interagiscano dovrebbe permeare l’intera formulazione del caso, riconoscendo che queste differenze sono elementi strutturanti dell’intera esperienza di minority stress.

Aree emotive critiche e coerenze di significato personale

Le credenze disfunzionali che emergono nel contesto del minority stress non sono il prodotto di semplici distorsioni cognitive, ma rappresentano spesso adattamenti razionali e funzionali a contesti che sono stati, e talvolta continuano a essere, realmente ostili. L'esposizione cronica a messaggi che definiscono la propria sessualità o identità come "sbagliate", "innaturali", o addirittura "peccaminose", può generare rappresentazioni di sé profondamente svalutanti a livello nucleare. Questa costruzione di significato può interagire con pattern di attaccamento insicuri preesistenti, amplificandone gli effetti, o richiedere lo sviluppo di meccanismi di coping molto costosi al fine di mantenere un'immagine di sé quanto più possibile positiva in un contesto ostile e rifiutante.

La vergogna, ad esempio, rappresenta spesso un'emozione centrale nell'esperienza del minority stress e merita una menzione particolare. Nelle persone LGBTQIA+, può assumere diverse configurazioni dolorose. La vergogna anticipatoria è caratterizzata dal timore costante di essere "scoperti" e conseguentemente giudicati, rifiutati o ridicolizzati, presentandosi come un'emozione prossimale centrale che si sviluppa quando lo stigma esterno viene interiorizzato e rivolto contro il sé. La vergogna umiliante si riferisce all'esperienza concreta di essere pubblicamente esposti, ridicolizzati o respinti a causa della propria identità. Le strategie di gestione della vergogna sono complesse e multistrato. L'ipervigilanza verso segnali di disapprovazione sociale diventa una modalità abituale di navigazione del mondo. L'occultamento strategico dell'identità si articola in modi sofisticati, modulando il grado di visibilità in base al contesto. L'evitamento di contesti percepiti come potenzialmente umilianti può limitare progressivamente le opportunità relazionali e sociali. L'ipercontrollo dei propri comportamenti, del tono di voce, delle espressioni di genere tende a diventare automatico.

La terapia dovrebbe riconoscere come queste strategie, pur limitando le opportunità di vita autentica, svolgano una funzione protettiva razionale in contesti dove l'esposizione comporta rischi reali. Interpretare queste strategie esclusivamente come evitamento patologico o come ansia sociale costituirebbe un errore clinico e una forma di invalidazione. Questa area emotiva critica si inserisce nelle diverse organizzazioni di significato personale (Guidano, 1987; 1991; Guidano & Liotti, 1983), ciascuna con strategie specifiche volte al mantenimento della coerenza interna del sé nelle dimensioni di dipendenza/indipendenza, focus emotivo interno/esterno, attribuzione di causalità. Si possono osservare, ad esempio, forme di performatività sociale e un'elaborazione dell'esperienza del giudizio altrui attra-

verso altre aree critiche, quali il valore personale, l'amabilità, la colpa o la solitudine. Le esperienze di minority stress possono intrecciarsi quindi in modo specifico con le diverse Organizzazioni di Significato Personale teorizzate da Guidano (1987; 1991). In persone con organizzazione del sé di tipo DAP – dove il tema centrale riguarda il riconoscimento di sé attraverso lo sguardo dell'altro e il controllo dell'immagine corporea – le esperienze di discriminazione legate al corpo, all'espressione di genere e alla visibilità sociale possono intrecciarsi in modo particolarmente doloroso con i nuclei di vergogna e inadeguatezza corporea, soprattutto nelle persone transgender e gender non-conforming. La sensibilità al contesto giudicante e svalutante può favorire forme di ipercontrollo performativo, anche attraverso il corpo, al fine di mantenere una rappresentazione di sé sufficientemente stabile e positiva agli occhi delle persone. La discrepanza tra il bisogno di accettazione e l'esperienza ripetuta di rifiuto legata all'identità LGBTQIA+ può così strutturare pattern rigidi di ipercompiacenza, autosvalutazione e dipendenza dallo sguardo altrui. In un'organizzazione di significato personale di tipo ossessivo – caratterizzata dalla ricerca di certezza, ordine e coerenza morale, e dalla difficoltà a integrare parti di sé vissute come inaccettabili o contrarie ai valori interiorizzati – l'identità LGBTQIA+ può rappresentare una sfida particolare soprattutto in contesti familiari e sociali rigidi rispetto alla tematica. L'ambiguità delle reazioni altrui, l'incertezza relazionale e la tensione tra norme introiettate e identità emergente possono generare dubbi ossessivi, ruminazioni morali e rituali di controllo volti a gestire l'ansia anticipatoria e il senso di colpa.

Nelle organizzazioni di tipo fobico – orientate primariamente alla protezione dal pericolo e alla regolazione della paura – le esperienze di minority stress possono essere lette come conferme di un mondo percepito come imprevedibile e potenzialmente minaccioso. Episodi di microaggressione, discriminazione o rifiuto sociale possono rinforzare strategie di evitamento, ritiro relazionale e ipervigilanza, soprattutto rispetto ai contesti di visibilità dell'identità sessuale o di genere. In persone con organizzazione del sé di tipo depressivo, infine, il minority stress tende a intrecciarsi con nuclei di perdita, impotenza e autosvalutazione. Le esperienze reiterate di esclusione, invalidazione o mancato riconoscimento possono essere assimilate come conferme della propria inadeguatezza o non amabilità, rinforzando una visione del sé come intrinsecamente difettosa e del legame come fragile o destinato alla rottura. In queste persone, l'interiorizzazione dello stigma può assumere la forma di una rinuncia anticipatoria al desiderio, alla visibilità e alla progettualità, con un progressivo appiattimento affettivo e una riduzione delle aspettative relazionali.

Trasversalmente alle diverse organizzazioni, il timore di esporsi, di rendere visibile la propria identità sessuale o di genere può tradursi in una progressiva restrizione del campo esperienziale e relazionale, con un funzionamento adattivo centrato sulla sicurezza piuttosto che sull'espressione autentica di sé. La comprensione di come le esperienze di minority stress si intreccino con specifiche organizzazioni di significato personale consente alla terapeutà di affinare la formulazione del caso e di calibrare gli interventi in modo più preciso, riconoscendo sia le vulnerabilità strutturali sia le risorse adattive della paziente, e di promuovere percorsi di integrazione identitaria che tengano conto delle dimensioni evolutive, relazionali e socioculturali dell'esperienza LGBTQIA+.

Implicazioni cliniche e integrazione nella CBT

Nel lavoro con persone appartenenti a minoranze sessuali e di genere, alcune evidenze indicano che la CBT risulti particolarmente efficace quando la clinica integra nella formulazione del caso i fattori di stress legati allo stigma e allo svantaggio sociale (Shali, 2024). In questa cornice, il disagio psico-relazionale può essere letto non come espressione di vulnerabilità individuale, ma come risposta adattiva a contesti sociali caratterizzati da discriminazione, aspettative di rifiuto e interiorizzazione dello stigma sociale (Tudor-Sfetea & Topciu, 2024). Il lavoro terapeutico può quindi orientarsi non solo alla flessibilizzazione di credenze disfunzionali, ma anche alla comprensione di come esse abbiano avuto una funzione protettiva o adattiva in determinati momenti della storia di vita. Le credenze nucleari di indegnità, non appartenenza o insicurezza sono riconducibili dunque a esperienze di esclusione, microaggressione e invisibilizzazione continua piuttosto che a sofferenze intrapsichiche (Pachankis *et al.*, 2025). Questo passaggio consente un movimento clinico delicato tra validazione dell'esperienza e promozione dell'agency, evitando sia interventi invalidanti sia una collusione con l'immobilismo suggerito da contesti sociali che promuovono invisibilità e ulteriore discriminazione. La CBT affermativa mantiene quindi i propri modelli di intervento transdiagnostici – quali la regolazione emotiva, la ristrutturazione cognitiva, l'implementazione metacognitiva, l'esposizione – applicandoli però in maniera esplicitamente connessa agli stressor legati all'identità sessuale. Le evidenze empiriche indicano che tali adattamenti producono esiti clinici soddisfacenti, confermando l'efficacia di tale approccio clinico anche nei contesti di minoranza se applicato con sensibilità e attenzione al contesto (Dunn *et al.*, 2024). Un elemento critico nella pratica clinica riguarda il ruolo

della terapeutà come “gatekeeper” (custode/guardiano). Le persone appartenenti a minoranze sessuali e di genere, in particolare le persone transgender e gender diverse, sperimentano frequentemente ansia anticipatoria legata alla necessità percepita di “dimostrare” la propria identità allà clinicà per accedere a servizi medici, certificazioni o trattamenti ormonali. Questa asimmetria di potere, se non affrontata e rimodulata, rischia di riattivare dinamiche di controllo, vergogna e inadeguatezza già sperimentate, in particolare in contesti istituzionali, rafforzando l’ipervigilanza e le aspettative di rifiuto (Shali, 2024), con il rischio di compromettere l’alleanza terapeutica.

Là terapeutà dovrebbe posizionarsi esplicitamente come alleatà, distinguendo con trasparenza il proprio ruolo di sostegno psicologico e supporto all’esplorazione identitaria da quello di validatore esterno dell’identità sessuale, rispettando il principio di organicità e autodeterminazione, usando piuttosto la valutazione diagnostica funzionale come strumento condiviso per raggiungere il pieno consenso informato sulle scelte relative alla propria specifica via di affermazione di genere. Una postura affermativa e non patologizzante contribuisce a prevenire la riproduzione all’interno del setting delle stesse dinamiche invalidanti del contesto sociale (Craig *et al.*, 2021) riducendo in questo modo il rischio di ritraumatizzazione. La letteratura empirica mostra come sia possibile integrare un’attenzione intersezionale all’interno di protocolli CBT strutturati. L’intervento AWARENESS, sviluppato da Flentje e colleghi (2020), evidenzia come la CBT possa affrontare lo stress intersezionale mantenendo una cornice chiara e orientata ai processi. In questi interventi, il lavoro cognitivo-comportamentale – attraverso la psicoeducazione sul minority stress e il monitoraggio sistematico dei trigger legati all’identità – consente di normalizzare la sofferenza, ridurre l’autocolpevolizzazione e favorire un’uscita da stati di impotenza appresa, favorendo una riattribuzione del significato da un piano individuale a quello socio-relazionale. È importante inoltre sostenere le persone nel riconoscere l’impatto dei contesti discriminanti sulle proprie risposte emotive e comportamentali, promuovendo al contempo competenze di coping e un senso di agency più ampio. In questa prospettiva, posizionarsi apertamente contro la discriminazione non rappresenta una compromissione del setting terapeutico, ma può configurarsi come un atto terapeutico in sé, contribuendo alla costruzione di uno spazio di sicurezza e di legittimazione dell’esperienza della paziente. Nel complesso, lo stato attuale della ricerca suggerisce che l’integrazione dell’intersezionalità nella CBT non rappresenti un cambiamento di paradigma, ma offra una maggiore precisione clinica, favorendo interventi più mirati, efficaci e clinicamente responsabili. La validazione profonda delle esperienze di minority stress, unita a un posizionamento eti-

co chiaro dellə terapeutə e a un lavoro graduale e rispettoso sull'agency dellə paziente, costituisce il nucleo di una pratica clinica scientificamente rigorosa ed eticamente responsabile.

Riflessioni conclusive

L'integrazione dei modelli del minority stress e dell'intersezionalità all'interno della cornice cognitivo-comportamentale non richiede un abbandono dei principi fondamentali della CBT, ma piuttosto un loro affinamento e una loro contestualizzazione. La sofferenza psicologica delle persone LGBTQIA+ non può essere compresa pienamente senza considerare il peso dei contesti discriminatori in cui queste persone crescono e vivono. La prospettiva post-razionalista di Guidano e la teoria dei sistemi motivazionali di Liotti offrono strumenti teorici particolarmente preziosi per comprendere come le esperienze di discriminazione si sedimentino nelle strutture identitarie profonde, interagendo con i pattern di attaccamento e le organizzazioni di significato personale. Questo livello di analisi consente allə terapeutə di riconoscere che molte delle credenze apparentemente “disfunzionali” delle persone LGBTQIA+ sono in realtà adattamenti razionali a contesti oggettivamente ostili.

Il posizionamento etico dellə terapeutə emerge come elemento non accessorio ma costitutivo di una buona pratica clinica. In un contesto sociale eteronormativo e cisnormativo, la presunta neutralità rischia di replicare, nel setting terapeutico, le stesse dinamiche di invisibilizzazione e invalidazione che le persone sperimentano nella vita quotidiana. Dichiarare chiaramente che la discriminazione è inaccettabile e che l'identità dellə paziente è legittima costituisce il fondamento di uno spazio terapeutico sicuro. L'oscillazione tra validazione e promozione dell'agency rappresenta il cuore del lavoro terapeutico. Validare significa riconoscere la realtà della discriminazione e la razionalità delle strategie di coping adottate; promuovere l'agency significa accompagnare lə paziente nell'esplorazione di margini di azione più ampi, sempre nel rispetto dei vincoli contestuali reali e dei tempi soggettivi. L'approccio intersezionale, infine, ricorda allə clinicə che ogni persona porta con sé una configurazione unica di dimensioni identitarie che si intrecciano producendo esperienze qualitativamente specifiche. Non esiste “lə paziente gay” o “lə paziente lesbica” in astratto, ma persone la cui esperienza è plasmata dall'intersezione di molteplici assi di marginalizzazione o privilegio, in contesti geografici, culturali, familiari ed economici specifici. L'integrazione di questi principi nella pratica clinica CBT non rappresenta una concessione

ideologica né un abbandono del rigore scientifico. Al contrario, costituisce un necessario sviluppo metodologico che consente alla CBT di mantenere la propria vocazione centrale: comprendere con precisione i meccanismi attraverso cui la sofferenza si costruisce e si mantiene, per favorire percorsi di cambiamento efficaci, rispettosi e scientificamente fondati.

Bibliografia

- Craig S., Iacono G., Pascoe R. & Austin A. (2021). Adapting clinical skills to telehealth: Applications of affirmative cognitive-behavioral therapy with LGBTQ+ youth. *Clinical Social Work Journal*, 49, 471-483. DOI: 10.1007/s10615-021-00796-x.
- Crenshaw K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1: Article 8. chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8.
- Di Fini G., Civilotti C., Bolognino A., Einaudi G., Molo M., Veglia F., Gandino G. & Finzi S. (2025). The burden of the past: A systematic review of childhood trauma and mental health in transgender and gender nonconforming individuals. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 15(9): 183. DOI: 10.3390/ejihpe15090183.
- Dunn I., Power E., Casey L. & Wootton B. (2024). Cognitive behavioural therapy for internalizing symptoms in LGBTQ+ people: A preliminary meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 54: 246-275. DOI: 10.1080/16506073.2024.2434021.
- Flentje A., Capriotti M.R. & Cochran B.N. (2020). AWARENESS: Development of a cognitive behavioral intervention to address intersectional minority stress for sexual minority men living with HIV and using substances. *Psychotherapy*, 57(1): 103-113. DOI: 10.1037/pst0000243.
- Funer F. (2023). Admitting the heterogeneity of social inequalities: Intersectionality as a framework and (self-)critical tool in mental health care. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 18(21). DOI: 10.1186/s13010-023-00144-6.
- Guidano V.F. (1987). *Complexity of the self: A developmental approach to psychopathology and therapy*. New York: Guilford Press.
- Guidano V.F. (1991). *The self in process: Toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Guidano V.F. (2007). *Psicoterapia cognitiva post-razionalista. Una ricognizione dalla teoria alla pratica clinica*, a cura di A.T. Quiñones). Milano: FrancoAngeli.
- Guidano V.F. & Liotti G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders: A structural approach to psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Liotti G. (2005). *La dimensione interpersonale della coscienza* (II ed.). Roma: Carocci.
- Liotti G. & Monticelli F. (2008). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Meyer I.H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1): 38-56. DOI: 10.2307/2137286.
- Meyer I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5): 674-697. DOI: 10.1037/0033-2909.129.5.674.

- Nicholson A., Siegel M., Wolf J., Narikuzhy S., Roth S., Hatchard T., Lanius R., Schneider M., Lloyd C., McKinnon M., Heber A., Smith P. & Lueger-Schuster B. (2022). A systematic review of the neural correlates of sexual minority stress: towards an intersectional minority mosaic framework with implications for a future research agenda. *European Journal of Psychotraumatology*, 13. DOI: 10.1080/20008198.2021.2002572.
- Pachankis J., Chiamonte D., Baldwin H., Prachniak C., Levine D., Van S., Hobbs R., Ankrum H., Wilkins L., Harvey T., Harkness A., Jackson S., Matsuno E., Soullard Z., Last B., Burger J., Delehan M., Zhou X., Hagaman A., ... Mustanski B. (2025). Implementing LGBTQ-affirmative CBT: study protocol for an effectiveness-implementation trial at 90 LGBTQ community centers. *BMC Health Services Research*, 25. DOI: 10.1186/s12913-025-13136-3.
- Pachankis J., Hatzenbuehler M., Klein D. & Bränström R. (2023). The Role of Shame in the Sexual-Orientation Disparity in Mental Health: A Prospective Population-Based Study of Multimodal Emotional Reactions to Stigma. *Clinical Psychological Science*, 12: 486-504. DOI: 10.1177/21677026231177714.
- Richey R. & Pointer O. (2021). A brief cognitive behavioral therapy case study through an intersectional lens for women healthcare workers during the COVID-19 era. *Psychotherapy*, 58(4): 555-563. DOI: 10.1037/pst0000385.
- Seabra D., Carvalho S., Gato J., Petrocchi N. & Salvador M. (2024). (Self)tainted love: Shame and self-criticism as self-discriminatory processes underlying psychological suffering in sexual minority individuals. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 35: 714-732. DOI: 10.1080/10911359.2024.2333777.
- Shali S. (2024). A systematic review of therapist perspectives on cognitive behavioral therapy with gender and sexual minorities. *Discover Psychology*, 4(133). DOI: 10.1007/s44202-024-00264-w.
- Weiss M.D., Daniolos P.T., Coughlin K., Mulvaney-Day N., Cook B. & Rosenblum D. (2024). A scoping review of the intersectionality of autism and intellectual and developmental disability with social inequality in diagnosis and treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 34(2): 73-84. DOI: 10.1089/cap.2023.0058.