La terapia cognitivo-comportamentale affermativa nel trattamento delle problematiche legate al minority stress

Mirko Cario[1], Andrea Crapanzano[2]

[1]Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale

[2]Ph.D e Psicoterapeuta ad orientamento Psicoanalitico

Riassunto

L'articolo esplora l'importanza degli approcci psicoterapeutici affermativi nel lavoro clinico con persone LGBTQ+, evidenziando l'evoluzione del concetto di identità sessuale come costrutto fluido e multidimensionale. Si analizza il Minority Stress Model (Meyer, 2003) come chiave interpretativa del disagio psicologico causato da stigma e discriminazione. Viene descritto il modello CBT E.S.T.E.E.M. (Pachankis, 2015) come intervento efficace nella riduzione dei sintomi ansiosi e depressivi legati allo stress minoritario, e successivamente il modello dei tre pilastri della psicologia positiva, che propone un approccio che favorisce la salute psicologica. Entrambi i modelli offrono spunti utili per la pratica clinica inclusiva e per interventi centrati sul benessere.

Parole chiave: identità sessuale, psicoterapia affermativa, minority stress, omofobia internalizzata, stigma.

Summary

The article explores the importance of affirmative psychotherapeutic approaches in clinical work with LGBTQ+ individuals, emphasizing the evolving understanding of sexual identity as a fluid and multidimensional construct. It examines the Minority Stress Model (Meyer, 2003) as a framework for understanding psychological distress caused by stigma and discrimination. The CBT E.S.T.E.E.M. model (Pachankis, 2015) is presented as an effective intervention for reducing anxiety and depression linked to minority stress. The Three Pillars Model of Positive Psychology offers a salutogenic perspective, promoting inclusive, well-being-centered clinical practice.

Keywords: sexual identity, affirmative psychotherapy, minority stress, internalized homophobia, stigma.

Introduzione

La crescente consapevolezza delle diverse dimensioni dell'identità sessuale appare oggi in una prospettiva fluida e mutevole, che solleva nuovi interrogativi nel lavoro clinico.

Mirko Cario, Andrea Crapanzano, La CBT affermativa nel trattamento delle problematiche legate al minority stress, *Numero Speciale, 2025, pp. 9-21.*
Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.itt

Negli ultimi anni si è osservata, infatti, una maggiore attenzione verso i bisogni connessi a persone con incongruenza di genere e orientamento non eterosessuale, come effetto di una transizione da un modello di salute basato sul concetto di malattia ad un modello basato sull'identità. Nonostante questo, la popolazione LGBTQ+ è ancora oggi vittima di discriminazioni, pregiudizi e stigma sociale e/o familiare, con ricadute sul piano emotivo e psicologico.

Sulla base di tali considerazioni, oggi è ampiamente condivisa l'esigenza di pensare e costruire percorsi volti a sostenere e incoraggiare l'affermazione della propria identità sessuale.

Gli approcci terapeutici affermativi descritti in questo articolo condividono una visione non patologizzante dell'incongruenza di genere e/o dell'orientamento non eterosessuale, con l'obiettivo di promuovere un processo di legittimazione e un'espressione positiva dei bisogni identitari, riducendo l'impatto negativo della discriminazione e dello stigma sociale percepito.

L'identità sessuale

Il paradigma attualmente più accreditato nella descrizione delle determinanti dell'identità sessuale prende forma a partire dagli anni Settanta con i lavori di Stoller (1968) e successivamente con i lavori di Shively & De Cecco (2010).

Secondo tale paradigma, l'identità sessuale viene definita come un costrutto multidimensionale costituito da quattro componenti: sesso biologico, identità di genere, ruolo di genere o espressione di genere e orientamento sessuale.

1) Il **sesso biologico** è definito dai cromosomi sessuali e stabilisce l'appartenenza al sesso maschile o femminile, salvo in rari casi (1 su 2000) in cui non può essere chiaramente definito alla nascita (*intersex*).

2) **L'identità di genere** viene definita come la percezione di una persona di appartenere al genere maschile o femminile (a entrambi o a nessuno dei due).

3) Per **ruolo di genere** si intende l'insieme delle norme sociali sul comportamento di uomini e donne relative ad una determinata cultura ed epoca.

4) L'**orientamento sessuale** è definito come l'attrazione emotiva, romantica e/o sessuale di una persona verso individui dello stesso sesso, di sesso opposto o entrambi.

L'identità sessuale si struttura, dunque, nell'intreccio di queste quattro dimensioni che, seppure collegate in relazione dinamica, si sviluppano in maniera autonoma. Ciascuna di esse è infatti a sua volta influenzata da fattori individuali, sociali e culturali che operano per tutto il corso della vita, determinando traiettorie mutevoli e complesse nell'espressione delle diverse identità sessuali.

Diversi autori sottolineano come le esperienze personali legate allo sviluppo della propria identità sessuale siano difficilmente categorizzabili (Lingiardi, Baiocco, 2015).

L'orientamento sessuale e l'identità di genere, infatti, si manifestano lungo un continuum di possibilità, che possono variare nel corso del tempo, riflettendo la complessità delle esperienze individuali, sociali e culturali che le plasmano (Ehrensaft, 2016).

Quando tali esperienze si confrontano con ambienti ostili e discriminatori, gli individui possono sviluppare un significativo disagio psicologico, conseguente alla costante esposizione a pregiudizi, stigma e discriminazione, che compromette il loro benessere emotivo e mentale.

Minority stress model

Molte ricerche hanno evidenziato come la causa del disagio sperimentato dalle persone LGBTQ+ sia proprio il risultato della mancanza di accettazione e dei processi discriminatori nei loro confronti, che si ripercuotono sull'immagine che una persona ha di sé e contribuiscono a sviluppare una percezione dell'ambiente sociale come minaccioso e ostile (Matsuno & Budge, 2017; Taylor, Zalewska, Gates e Millon, 2018).

I dati presenti in letteratura mostrano che diverse problematiche di natura psicologica siano rappresentate in maniera maggiore in persone LGBTQ+ rispetto a persone eterosessuali. Tra queste problematiche ritroviamo, per esempio, depressione ed ansia (Mays & Cochran, 2001), abuso di sostanze (Green & Feinstein, 2012), violenza domestica (Balsam, Rothblum e Beauchaine, 2005; Tjaden, Thoennes e Allison, 1999), disturbi dell'immagine corporea e disturbi alimentari (Austin et al., 2009; Russell & Keel, 2002) e compulsività sessuale (Baum & Fishman, 1994; Missildine, Feldstein, Punzalan e Parsons, 2005).

Per spiegare come i fattori sociali e ambientali di discriminazione e pregiudizio siano determinanti delle condizioni psicopatologiche nella popolazione LGBTQ+, Meyer ha sviluppato il modello del *minority stress* (Meyer, 1995; Meyer 2003). Gli studi basati sul modello del minority stress sostengono la tesi secondo la quale gli individui appartenenti a categorie sociali stigmatizzate, come per esempio una minoranza sessuale, sono soggetti ad un livello maggiore di stress rispetto alla popolazione generale. L'esposizione continua di questi individui a diverse fonti di stress nella loro vita quotidiana ha effetti dannosi sulla salute psicosociale e sul benessere degli individui LGBTQ+ in quanto appartenenti ad una categoria sociale stigmatizzata e discriminata.

Il modello del minority *stress* è strutturato in tre componenti, che possono incidere negativamente sulla salute psicofisica delle persone che vivono una condizione di incongruenza di genere:

• eventi di discriminazione subiti: episodi di vittimizzazione, esclusione sociale o discriminazione;

• lo stigma percepito, che si riferisce all'aspettativa delle persone LGBTQ+ di subire discriminazione, inducendole a tenere continuamente alta la vigilanza verso potenziali minacce;

• L'omofobia e la transfobia interiorizzata, ossia l'interiorizzazione, più o meno consapevole, da parte delle persone LGBTQ+ dei pregiudizi, dei pensieri e dei sentimenti negativi che la società nutre verso di loro (Meyer, 2003; Testa et al., 2015).

La psicoterapia affermativa con persone LGBTQ+ utilizza la teoria del *minority stress* in quanto cerca di comprendere gli effetti di discriminazione, rifiuto, occultamento dell'identità e omofobia interiorizzata sul benessere psicologico degli individui (Meyer, 2003).

Modelli di psicoterapia affermativa con pazienti lgbtq+

La letteratura scientifica focalizzata sul tema della psicoterapia con pazienti LGBTQ+ rivela che molti professionisti della salute mentale stanno progressivamente orientandosi verso una pratica psicoterapeutica definita “affermativa”, “validante” o “assertiva” nel loro lavoro con queste minoranze sessuali (Bieschke, Perez et al., 2007).

La terapia affermativa è un approccio terapeutico che consente di aiutare gli adolescenti e adulti gay, lesbiche, bisessuali, *transgender* e altre identità correlate, a raggiungere importanti traguardi di sviluppo e una percezione positiva della propria identità.

Considerata come l'intervento di scelta nel lavoro con le popolazioni LGBTQ+, la terapia affermativa offre un approccio basato sui punti di forza e sulle risorse individuali della persona, per affrontare le influenze negative dell’eterosessismo, dell’omofobia e della transfobia, allo scopo di promuovere un punto di vista diverso da quello eteronormativo (Finnerty et al., 2017).

A sostegno di ciò, nel 2000 l'American Psychological Association (APA, 2000) ha condiviso 16 linee guida da adottare nel lavoro psicoterapico con pazienti LGBTQ+, volte a promuovere una pratica clinica positiva, affermativa e competente con questa popolazione. Successivamente, il documento è stato rivisto e aggiornato (APA, 2012) per includere la nuova letteratura e ricerca sull’argomento. In seguito, molte altre organizzazioni professionali hanno sviluppato linee guida per garantire una pratica etica con le minoranze sessuali.

LA PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE IN CHIAVE AFFERMATIVA

Le terapie cognitivo-comportamentali (CBT) hanno ricevuto un ampio supporto empirico nel trattamento di una varietà di problemi di salute mentale che colpiscono le persone LGBTQ+.

Tra i protocolli di intervento CBT basati sulla teoria del *minority stress*, ritroviamo il modello di trattamento E.S.T.E.E.M. (*Effective Skills to Empower Effective Men*) (Pachankis, 2015).

E.S.T.E.E.M. (*Effective Skills to Empower Effective Men*)

L' acronimo "E.S.T.E.E.M." significa "Effective Skills to Empower Effective Men". Questo modello, inizialmente applicato solo a uomini omosessuali e bisessuali con problemi di ansia e depressione, è il frutto di una delle prime valutazioni empiriche di un modello teorico affermativo gay che insegna attivamente abilità utili a combattere gli effetti dannosi sulla salute fisica e mentale del minority stress (Pachankis et al. 2015). Le sei tecniche[1] ed i sei principi[2] alla base di questo modello sono state create attraverso una serie di interviste con le parti interessate, inclusi uomini gay e bisessuali con depressione e ansia, e clinici esperti e sono in linea con i principi generali della terapia cognitivo-comportamentale, la teoria del minority stress (Meyer, 2003) e le linee guida professionali per una pratica affermativa (APA, 2012).

Questo intervento si sviluppa in dieci moduli,[3] che sono l'adattamento di un trattamento individuale CBT basato sul protocollo per il trattamento transdiagnostico dei disturbi emotivi di Barlow (2010). L'obiettivo è la riduzione dei meccanismi psicosociali che connettono l'esposizione

1 Le sei tecniche sono: 1) Psicoeducazione; 2) Autoaffermazione; 3) Consapevolezza e accettazione delle emozioni; 4) Ristrutturazione delle cognizioni derivanti dal minority stress; 5) Diminuzione dell'evitamento; 6) Formazione sull'assertività.

2 I sei principi sono: 1) Normalizzare le conseguenze sulla salute mentale del minority stress; 2) Rielaborare le cognizioni negative derivanti da esperienze precoci e continue di minority stress; 3) Consentire alle persone LGBT di comunicare in modo aperto e assertivo in tutti i contesti; 4) Validare i punti di forza delle persone LGBT; 5) Agevolare espressioni sessuali sane e gratificanti; 6) Facilitare relazioni supportive.

3 ELENCO MODULI: Modulo 1) Motivare il paziente alla partecipazione nel modello di trattamento ESTEEM; Modulo 2) Spiegare l'impatto emotivo del minority stress; Modulo 3) Monitorare le esperienze emotive correlate al minority stress; Modulo 4): Aumentare la consapevolezza delle reazioni emotive al minority stress; Modulo 5) Individuare i correlati cognitivi del minority stress e Sviluppare valutazioni alternative; Modulo 6) Affrontare le tendenze di evitamento emotivo mantenute dal minority stress; Modulo 7) Collegare le emozioni derivanti dal minority stress ai comportamenti; Modulo 8) Modulo di formazione sull'assertività; Modulo 9) Sperimentare nuovi modi di reagire al minority stress; Modulo 10) Prevenire le ricadute attraverso l'autoaffermazione.

al *minority stress* allo sviluppo di sintomi ansiosi e depressivi (Pachankis, J. E., 2014). L'utilizzo di tecniche CBT risulta particolarmente efficace per aiutare i pazienti a superare i danni cognitivi, affettivi, ed interpersonali causati dalla continua esposizione al *minority stress*. I dati presenti in letteratura mostrano che le tecniche CBT utilizzate nel modello E.S.T.E.E.M. sono risultate particolarmente efficaci per contrastare gli stili cognitivi negativi, la ridotta autoefficacia comportamentale, la disregolazione emotiva e l'isolamento sociale (Hatzenbuehler, 2009).

L'efficacia di questo intervento è stata testata in uno studio con una popolazione composta da giovani adulti gay e uomini bisessuali che presentavano depressione, ansia e conseguenti comportamenti a rischio (ad esempio, consumo di alcol, compulsività sessuale, sesso senza preservativo) (Pachankis, J. E. et al., 2015). Alcuni partecipanti sono stati assegnati al gruppo sperimentale, iniziando il trattamento immediatamente, mentre altri sono stati assegnati al gruppo di controllo, con una lista d'attesa di tre mesi. Rispetto al gruppo di controllo, il gruppo sperimentale ha ridotto significativamente i sintomi depressivi, la compulsività sessuale e le pratica sessuali a rischio. Inoltre, il trattamento ha migliorato l'autoefficacia nell'uso del preservativo mentre non ha avuto un impatto di nota sul livello di minority stress presentato dai partecipanti. Gli effetti sono stati generalmente mantenuti al follow-up.

Un altro studio pilota in cui il trattamento ESTEEM è stato amministrato a 13 uomini HIV-positivi con compulsività sessuale ed appartenenti a minoranze sessuali, ha dimostrato una riduzione post-trattamento di depressione, ansia, uso di droghe e comportamenti sessuali a rischio (Parsons et al., 2016).

I principi e le tecniche del modello ESTEEM sono stati recentemente insegnati a 54 professionisti della salute mentale in Romania, paese caratterizzato da una elevata omofobia e povertà di risorse per la popolazione LGBTQ+ (Lelutiu Weinberger & Pachankis, 2017). Al termine del percorso, i partecipanti hanno dimostrato un aumento significativo del livello di conoscenza ed abilità cliniche specifiche per lavorare con persone LGBTQ+. Inoltre, i risultati hanno evidenziato un aumento degli atteggiamenti affermativi e del livello di comfort verso le minoranze sessuali che si presentano in terapia ed una diminuzione degli atteggiamenti omofobi.

Il modello E.S.T.E.E.M. si rivela, dunque, un approccio valido nel mitigare gli effetti negativi del minority stress e nel favorire uno stile di vita più sano e sicuro per la popolazione gay e bisessuale. Parallelamente a questo modello, la psicologia positiva offre una prospettiva che si allontana dal tradizionale modello medico, proponendo invece un focus sulla promozione del benessere generale attraverso l'identificazione e lo sviluppo dei punti di forza individuali. Tale

approccio aggiunge un ulteriore livello di intervento: non solo ridurre i sintomi di disagio, ma anche favorire esperienze soggettive positive, resilienza e benessere psicologico.

Il modello dei tre pilastri della psicologia positiva

La psicologia positiva è un approccio psicologico che si focalizza sullo studio di persone senza malattie cercando di individuare quali siano i loro punti di forza e virtù. Tale approccio si distanzia dal modello medico e adotta un approccio salutogeno, in linea con la prospettiva biopsicosociale, secondo la quale salute non è sinonimo di assenza di malattia.

Sulla stessa linea la psicologia positiva sostiene che per essere sani non è necessaria l'assenza di una diagnosi, ma avere un completo stato di benessere generale (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), che viene raggiunto attraverso 3 pilastri:

- ESPOSIZIONE AD ESPERIENZE SOGGETTIVE POSITIVE
- IDENTIFICAZIONE DEI PUNTI DI FORZA
- PRESENZA DI ISTITUZIONI SOCIALI POSITIVE

Il primo pilastro comprende una vasta gamma di esperienze, tra cui stati affettivi ed emotivi positivi, nonché la capacità di resilienza in contesti ostili e l'esperienza percepita di crescita psicologica, definita come *Stress-Related Growth* da Park (1996), che insieme contribuiscono a rendere la vita più soddisfacente. Il sano adattamento psicologico che molti individui appartenenti a minoranze sessuali o di genere raggiungono in un contesto ostile ed avverso nei loro confronti (resilienza; Carver, 1998) e l'esperienza percepita di crescita psicologica associata a tali fonti di stress (SRG: Park et al., 1996) aiutano a capire come le esperienze uniche che questi individui si trovano ad affrontare possano tradursi in punti di forza (Vaughan MD et al., 2014A).

Il secondo pilastro è costituito dal riconoscimento di virtù e punti di forza del carattere di un individuo (come la conoscenza, il coraggio, l'umanità) che si sviluppano nel tempo soprattutto quando sono alimentati dalla presenza di istituzioni culturali e sociali positive. All'interno di questo pilastro sono state individuate sei virtu': conoscenza (saggezza e conoscenza); affrontare gli ostacoli (coraggio); relazioni (umanità); comunità (giustizia); moderazione (temperanza); e connessione al significato (trascendenza). Queste sei virtu' vengono espresse attraverso percorsi specifici che vanno a costituire i 24 punti di forza del carattere (per esempio: creatività, curiosità, coraggio, integrità, vitalità, umiltà, gratitudine, …) (Peterson & Seligman, 2004).

Il terzo pilastro della psicologia positiva è formato dalle istituzioni sociali positive (scuole, organizzazioni, comunità religiose, matrimonio) che promuovono, incoraggiano e sostengono sia le esperienze soggettive positive, sia i punti di forza del carattere, tamponando gli effetti negativi del minority stress (Meyer, 2003). Queste istituzioni ricoprono un ruolo fondamentale per la

popolazione LGBTQ+ in quanto forniscono a vario titolo accesso al supporto sociale (amore), senso di appartenenza (cittadinanza), promozione di identità positive (autenticità) e promozione della parità di diritti (equità) (Vaughan MD et al., 2014A).

Il modello dei tre pilastri della psicologia positiva può essere adottato come quadro di riferimento per integrare i punti di forza delle persone LGBTQ+ nella pratica psicologica, favorendo un approccio che valorizzi le risorse individuali e promuova il benessere psicologico all'interno di questa popolazione. La letteratura degli ultimi dieci anni riguardante le persone LGBTQ+ e le loro comunità di appartenenza ha evidenziato numerosi punti di forza all'interno di questa popolazione. Tuttavia, gli studi sui punti di forza delle persone LGBTQ+ hanno raramente fatto riferimento al modello dei tre pilastri di Seligman e Csikszentmihalyi (2000) o cercato di applicare questi concetti in programmi formativi o nella pratica clinica (Vaughan e Rodriguez, 2014). A questo proposito, Vaughan M.D. et al. (2014) hanno condotto una content analysis per esaminare come i temi basati sui punti di forza, come concepiti nel modello dei tre pilastri della psicologia positiva, siano stati trattati nella letteratura psicologica pubblicata su riviste peer-reviewed tra il 1973 e il 2011, in relazione alle minoranze sessuali e/o di genere e alle istituzioni/organizzazioni LGBTQ+. I risultati di questa analisi hanno evidenziato una significativa presenza di sette punti di forza caratteriali nella letteratura esaminata. In ordine di frequenza, questi punti di forza sono: amore, integrità, cittadinanza, vitalità, equità, spiritualità, autoregolazione e creatività. Inoltre, il tema della resilienza è stato ampiamente trattato. Per quanto riguarda la letteratura sulle istituzioni e organizzazioni LGBTQ+, gli argomenti più frequentemente affrontati riguardano le organizzazioni senza scopo di lucro/gruppi comunitari e le leggi/politiche relative alle questioni di genere. A seguire, sono stati trattati con minore frequenza le organizzazioni scolastiche/educative, i matrimoni omosessuali/unioni civili e le organizzazioni religiose inclusive verso le persone LGBTQ+.

Il modello della psicologia positiva basato sui tre pilastri può essere integrato in diverse aree del lavoro clinico con la popolazione LGBTQ+. Ad esempio, l'uso di elementi visivi che non solo indicano ma celebrano l'inclusione di queste identità (come adesivi, bandiere arcobaleno, arte e letteratura) può creare un ambiente favorevole a una pratica centrata sui punti di forza di questa popolazione, fornendo esperienze soggettive positive in modo intuitivo e non necessariamente verbalizzato. Inoltre, la modulistica utilizzata durante la presa in carico rappresenta un'altra opportunità per offrire un'esperienza positiva, attraverso l'adozione di un linguaggio inclusivo che tenga conto delle diverse identità. A tal fine, i moduli dovrebbero includere domande aperte relative

all'identità di genere, sesso, nome/pronome preferito e orientamento sessuale (Lytle MC et al., 2014).

Le valutazioni iniziali, inoltre, dovrebbero prevedere sezioni dedicate non solo alle fonti di stress del paziente, ma anche ai suoi punti di forza. Questi ultimi dovrebbero essere parte integrante dell'inquadramento iniziale del caso clinico, insieme alla diagnosi e ai sintomi, e del piano terapeutico. L'identificazione e l'utilizzo dei punti di forza e delle risorse (sia a livello individuale che comunitario) durante il processo terapeutico possono contribuire ad attenuare i sintomi e/o a rafforzare il funzionamento mentale e la resilienza del paziente. Un supporto utile nell'individuazione dei punti di forza dei pazienti può derivare dagli strumenti di valutazione psicologica basati sul modello della psicologia positiva. Negli ultimi due decenni, sono state sviluppate e perfezionate numerose misure per valutare sistematicamente i punti di forza del carattere e le esperienze soggettive positive dei pazienti LGBTQ+. Questi strumenti possono essere particolarmente utili se utilizzati in momenti diversi del percorso terapeutico per monitorare la risposta del paziente a interventi specifici (Lytle MC et al., 2014).

In sintesi, secondo questo modello, la psicoterapia può essere concepita come un processo che identifica, supporta e sviluppa i punti di forza del paziente, con l'obiettivo di ridurre il disagio e i sintomi, e di migliorare il benessere e il funzionamento generale dell'individuo (Lytle M.C. et al., 2014).

CONCLUSIONI

Attualmente, nella letteratura internazionale degli ultimi anni, è aumentato l'interesse nella tematica dell'identità sessuale, con particolare riferimento alla dimensione dell'identità di genere e dell'orientamento sessuale.

Dagli studi condotti in questi ambiti emerge una particolare attenzione nei confronti della psicoterapia affermativa, che risulta essere l'approccio più efficace nella presa in carico e nel trattamento di patologie correlate al fenomeno del *minority stress*.

Nonostante le differenze degli approcci terapeutici affermativi è possibile evidenziare una matrice comune, che ha l'obiettivo di risolvere i conflitti generati dal *minority stress* e favorire un processo di empowerment individuale e sociale.

Sebbene i dati di efficacia mostrino solo alcuni approcci alle terapie affermative è possibile prevedere uno sviluppo sempre maggiore di approcci terapeutici volti al sostegno e allo sviluppo di

strumenti per l'espressione positiva della propria identità sessuale, in considerazione della moltitudine degli approcci teorici esistenti e del crescente interesse a livello culturale e scientifico.

È fondamentale, dunque, che la ricerca futura esamini in modo più rigoroso il livello di supporto empirico per TA-CBT (Terapie Affermative di stampo cognitivo-comportamentale) attraverso studi clinici randomizzati.

In aggiunta, è altrettanto cruciale che la formazione dei professionisti della salute mentale includa specifiche competenze per il lavoro con le persone LGBTQ+, affinché gli interventi terapeutici affermativi possano essere applicati in modo appropriato e sensibile ai bisogni di questa popolazione. L'inclusione di moduli formativi sull'identità sessuale e di genere all'interno dei percorsi accademici e professionali rappresenta un passo essenziale per garantire che i clinici siano ben equipaggiati nell'affrontare problematiche legate al minority stress e nel promuovere un ambiente sicuro e validante.

Infine, l'evoluzione delle terapie affermative richiederà un monitoraggio continuo delle esigenze emergenti della popolazione LGBTQ+, in particolare per quanto riguarda le nuove generazioni e coloro che vivono in contesti socioculturali ostili. Il crescente interesse culturale e scientifico in questo campo rende fondamentale non solo lo sviluppo di modelli terapeutici, ma anche la promozione di politiche sanitarie e sociali inclusive che favoriscano il benessere complessivo delle persone LGBTQ+, contribuendo a ridurre i pregiudizi e le barriere sistemiche che alimentano il minority stress.

BIBLIOGRAFIA

American Psychological Association (2015). Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People. American Psychologist, 70 (9), 832-864.

Austin, S. B., Ziyadeh, N., Corliss, H. L., Haines, J., Rockett, H. R., Wypij, D., & Field, A. E. (2009). Sexual orientation, weight concerns, and eating-disordered behaviors in adolescent girls and boys. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 48(2), 164-171.

Barlow, D.H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T.J., et a. (2021). Il protocollo unificato per il trattamento transdiagnostico dei disturbi emotivi (Edizione italiana a cura di V. Cavalletti). Franco Angeli.

Baum, M. D., & Fishman, J. M. (1994). AIDS, sexual compulsivity, and gay men: A group treatment approach. In S. A. Cadwell, R. A. Burnham, Jr., & M. Forstein (Eds.), Therapists on the front line: Psychotherapy with gay men in the age of AIDS (pp. 255–274). American Psychiatric Association.

Balsam, K. F., Rothblum, E. D., & Beauchaine, T. P. (2005). Victimization Over the Life Span: A Comparison of Lesbian, Gay, Bisexual, and Heterosexual Siblings. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73(3), 477–487.

Carver, C. S. (1998). *Resilience and thriving: Issues, models, and linkages.* Journal of Social Issues*, 54(2), 245-266.*

Bieschke, K. J., Paul, P. L., & Blasko, K. A. (2007). Review of empirical research focused on the experience of lesbian, gay, and bisexual clients in counseling and psychotherapy. In K. J. Bieschke, R. M. Perez, & K. A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (pp. 293–315). Washing- ton, DC: American Psychological Association.

Ehrensaft D. (2016). The gender creative child: Patways for nurturing and supporting children who live outside gender boxes. The experiment, LLC, New York.

Finnerty, P., Kocet, M. M., Lutes, J., & Yates, C. (2017). Affirmative, strengths-based counseling with LGBTQI+ people. In M. M. Ginicola, C. Smith, & J. Filmore (Eds.), Affirmative counseling with LGBTQI+ people *(pp. 285-306). American Counseling Association.*

Green KE, Feinstein BA. Substance use in lesbian, gay, and bisexual populations: an update on empirical research and implications for treatment. Psychol Addict Behav. 2012 Jun;26(2):265-78. doi: 10.1037/a0025424. Epub 2011 Nov 7. PMID: 22061339; PMCID: PMC3288601.

Hatzenbuehler, M. L., Nolen-Hoeksema, S., & Dovidio, J. (2009). *How does stigma "get under the skin"?: The mediating role of emotion regulation.* Psychological Science*, 20(10), 1282–1289. https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2009.02441.x*

Lelutiu-Weinberger, C., & Pachankis, J. E. (2017). Acceptability and preliminary efficacy of a transdiagnostic minority stress intervention with gay and bisexual men in highly stigmatizing contexts. Archives of Sexual Behavior*, 46(1), 231-242. https://doi.org/10.1007/s10508-016-0767-6*

Lingiardi, V., Baiocco, R. (2015). Adolescenza e omosessualità in un'ottica evolutiva: coming out, compiti di sviluppo, fattori di protezione. In E. Quagliata, D. Di Cieglie (a cura di). L'identità sessuale e l'identità di genere. Astrolabio-Ubaldini Editore, Roma (pp. 127 – 149).

Lytle, M. C., Vaughan, M. D., Rodriguez, E. M., & Shmerler, D. L. (2014). *Working with LGBT individuals: Incorporating positive psychology into training and practice.* Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(4), 335–347. https://doi.org/10.1037/sgd0000064*

Mays VM, Cochran SD. Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. Am J Public Health. 2001 Nov;91(11):1869-76. doi: 10.2105/ajph.91.11.1869. PMID: 11684618; PMCID: PMC1446893

Matsuno, E., & Budge, S. L. (2017). Non-binary/genderqueer identities: A critical review of the literature. Current Sexual Health Reports, 9, 116–120.

Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. Journal of Health and Social Behavior, 36, 38–56.

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. Psychological Bulletin, 129, 674–697.

Missildine, W., Feldstein, G., Punzalan, J. C., & Parsons, J. T. (2005). Sexual compulsivity and sexual behaviors among gay and bisexual men and lesbian and bisexual women. Journal of Sex Research, 42(3), 227-237.

Park, C. L., Cohen, L. H., & Murch, R. L. (1996). *Assessment and prediction of stress-related growth.* Journal of Personality*, 64(1), 71-105.*

Parsons, J. T., Rendina, H. J., Ventuneac, A., Cook, K. F., Grov, C., & Mustanski, B. (2016). *A pilot study utilizing the ESTEEM intervention for HIV-positive gay and bisexual men with sexual compulsivity: Effects on HIV-related and mental health outcomes.* AIDS and Behavior*, 20(7), 1504–1511. https://doi.org/10.1007/s10461-015-1260-8*

Pachankis, J. E. (2015). A transdiagnostic minority stress treatment approach for gay and bisexual men's syndemic health conditions. *Archives of sexual behavior*, *44*(7), 1843-1860.

Pachankis JE, Hatzenbuehler ML, Rendina HJ, Safren SA, Parsons JT. (2015). LGB-affirmative cognitive-behavioral therapy for young adult gay and bisexual men: A randomized controlled trial of a transdiagnostic minority stress approach. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 83(5):875–889.

Russell CJ, Keel PK. Homosexuality as a specific risk factor for eating disorders in men. Int J Eat Disord. 2002 Apr;31(3):300-6. doi: 10.1002/eat.10036. PMID: 11920991.

Seligman, M. E. P. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), Handbook of positive psychology (pp. 3–9). New York: Oxford University Press.

Shively, M.G. and De Cecco, J.P. (1977), "Components of sexual identity", Journal of Homosexuality, 3 (1), pp. 41-48.

Stoller, R.J. (1968), Sex and Gender. The Development of Masculinity and Femmininity, London: Karnac Books, 1984.

Testa, R. J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., & Bockting, W. (2015). Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure. Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 2(1), 65–77.

Taylor, J., Zalewska, A., Gates, J. J., & Millon, G. (2018). An exploration of the lived experiences of non-binary individuals who have presented at a gender identity clinic in the United Kingdom. International Journal of Transgenderism, 20:2-3, 195-204.

Tjaden P, Thoennes N, Allison CJ. Comparing violence over the life span in samples of same-sex and opposite-sex cohabitants. Violence Vict. 1999 Winter;14(4):413-25. PMID: 10751048.

Vaughan, M. D., & Rodriguez, E. M. (2014). *LGBT strengths: Incorporating positive psychology into theory, research, training, and practice.* Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(4), 325-334.*