psicoterapeuti in-formazione

Semestrale a cura degli studenti della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva e dell'Associazione di Psicologia Cognitiva

NUMERO SPECIALE, 2025:
IDENTITÀ SESSUALE E *MINORITY STRESS* IN PSICOTERAPIA

ISSN 2035-2328

Mirko Cario	*Introduzione: identità sessuale e minority stress in psicoterapia*	pp. 3-8
Mirko Cario, Andrea Crapanzano	*La CBT affermativa nel trattamento delle problematiche legate al minority stress*	pp. 9-21
Maria Cristina Greco, Francesco Baccetti, Stefania Iazzetta	*Alex e il bisogno di essere Alex*	pp. 22-34
Flavia Calicchia	*Carolina e la ricerca del vero sè*	pp. 35-47
Gabriele Naticchioni	*Disturbi e disordini alimentari nelle minoranze sessuali*	pp. 48-59
Veronica Satalino, Mirko Cario	*Adriana e l'intollerabile attesa della transizione*	pp. 60-77
Francesco Baccetti et al.	*Relazione conclusiva del progetto pilota sull'incongruenza di genere nel servizio pubblico*	pp. 78-86

RESPONSABILE

Claudia Perdighe

VICERESPONSABILE

Chiara Mignogna

COMITATO DI REDAZIONE

Marzia Albanese, Rossella Cascone, Elena Cirimbilla, Gilda Franceschini, Alessandra Iannucci, Chiara Lignola, Giulia Pelosi, Chiara Riso, Giuseppe Romano, Priscilla Rosini, Caterina Villirillo

Iscrizione ISSN 2035-2328

Psicoterapeuti in formazione è frutto del lavoro di un progetto di studio degli specializzandi delle scuole di formazione APC e SPC. Sede di Roma: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193
Mail: psicoterapeutiinformazione@apc.it
Sito: www.psicoterapeutiinformazione.it

Introduzione: identità sessuale e minority stress in psicoterapia

a cura di Mirko Cario[1]

[1]*psicoterapeuta cognitivo-comportamentale*
Associazione Spazio Aperto – Laboratorio di psicoterapia cognitiva

Occuparsi delle tematiche legate all'identità sessuale non è solo un atto di sensibilità clinica, ma una necessità terapeutica imprescindibile, in una società in continua evoluzione. Sempre più spesso, infatti, i terapeuti si confrontano con pazienti che portano in seduta domande, dubbi e vissuti profondi legati all'orientamento sessuale, all'identità di genere o alla loro espressione, spesso intrecciati con esperienze di stigma e rifiuto.

Questo numero speciale della rivista "Psicoterapeuti in Formazione" nasce con l'intento di offrire uno spazio di riflessione e approfondimento su queste tematiche, fornendo strumenti teorici e clinici per affrontare con competenza e consapevolezza i vissuti connessi al *minority stress* (vedi glossario) e alla costruzione dell'identità sessuale. In particolare, si è scelto di porre attenzione alle dinamiche psicologiche, che emergono nei contesti in cui l'identità sessuale viene messa in discussione, patologizzata o interiorizzata in forme disfunzionali.

Si apre con il contributo "*La terapia cognitivo-comportamentale affermativa nel trattamento delle problematiche legate al minority stress*" di Mirko Cario e Andrea Crapanzano, che introduce i fondamenti dell'approccio affermativo. L'articolo approfondisce l'importanza di interventi psicoterapeutici affermativi nel lavoro clinico con persone LGBTQIA+ (vedi glossario), illustrando come l'identità sessuale venga oggi intesa come un costrutto fluido e multidimensionale, in continua evoluzione. Viene inoltre analizzato il *Minority Stress Model* (Meyer, 2003) come chiave

interpretativa del disagio psicologico derivante da stigma e discriminazione. Questo modello costituirà il filo conduttore che collega i contributi del volume, integrando casi clinici e modelli teorici attraverso una prospettiva condivisa.

Seguono due casi clinici centrati sulle questioni identitarie in età evolutiva e adulta.

Il primo, "*Alex ed il bisogno di essere Alex*", a cura di Maria Cristina Greco, Francesco Bacetti e Stefania Iazzetta, affronta la complessa esperienza di varianza di genere in adolescenza. Gli autori evidenziano come il percorso psicoterapeutico abbia contribuito a ridurre evitamento, senso di vuoto e comportamenti autolesivi, legati a emozioni intense e a credenze disfunzionali sull'identità, maturate in un contesto di incongruenza di genere e *minority stress*.

Il secondo caso, "*Il caso di Carolina*", a cura di Flavia Calicchia, esplora le connessioni tra disturbo di panico, omofobia interiorizzata e senso di inadeguatezza, offrendo spunti di riflessione sul ruolo dello stigma interiorizzato nel determinare e mantenere la sofferenza psicologica.

Il terzo caso clinico, "Adriana", a cura di Veronica Satalino e Mirko Cario presenta il percorso di *assessment* e formulazione del caso, di una giovane donna *transgender* di 23 anni. Viene rilevato un pensiero ripetitivo, orientato al futuro (*worry*), associato a uno stato ansioso persistente e a un senso di incertezza. Attraverso il *Minority Stress Model*, vengono analizzati gli effetti della transfobia interiorizzata, della stigmatizzazione sociale e di esperienze relazionali traumatiche sulla costruzione dell'identità e sull'autostima. In un contesto terapeutico accogliente e validante, Adriana inizia a riconoscere e decostruire credenze patogene su di sé, come la sensazione di essere un'impostora o di non potersi fidare del proprio sentire.

Il numero prosegue con un contributo teorico di Gabriele Naticchioni, un approfondimento sui disturbi alimentari nelle minoranze sessuali, che integra dati di letteratura e riflessioni cliniche sul legame tra insoddisfazione corporea, identità e *minority stress*. La letteratura evidenzia una maggiore incidenza di disturbi alimentari tra le persone LGBTQIA+, soprattutto giovani, rispetto alla popolazione eterosessuale e *cisgender*. Tale vulnerabilità è associata a discriminazioni, stigma interiorizzato e insoddisfazione corporea, fattori strettamente connessi al *minority stress*.

Chiude il numero la presentazione di un'iniziativa promossa da Francesco Bacetti, avviata nel marzo 2021 dalla U.O. di Psicologia come progetto pilota all'interno del servizio sanitario pubblico. Il percorso, centrato sull'affermazione identitaria, è rivolto al miglioramento della qualità della vita

delle donne *transgender* e nasce in risposta al disagio sociale legato all'incongruenza di genere e agli effetti del *minority stress*, che possono alimentare omo-transfobia interiorizzata e aumentare il rischio di ansia, depressione e malessere bio-psico-sociale.

I contributi raccolti in questo numero della rivista, pur affrontando una tematica comune, sono stati elaborati da psicoterapeuti con differenti approcci e orientamenti teorici, con l'intento di offrire una visione d'insieme più articolata e approfondita, volta a restituire la complessità del tema trattato.

Ci auguriamo che questi contributi possano offrire agli psicoterapeuti in formazione, e non solo, strumenti teorici, spunti clinici e soprattutto uno stimolo a guardare all'identità sessuale come una componente fondamentale della salute psicologica, da accogliere con rispetto, curiosità e consapevolezza professionale.

È infine importante sottolineare che un approccio realmente affermativo, nella presa in carico delle persone *transgender* (TGD), richiede un riferimento solido ai principali documenti e linee guida internazionali, attualmente riconosciuti dalla comunità scientifica.

Il primo è rappresentato dagli Standard di Cura per la salute delle persone transessuali, *transgender* e di genere non conforme (*Standards of Care* – SoC), pubblicati per la prima volta dalla *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) nel 1979 e giunti oggi all'ottava edizione (SoC-8, 2022). Questo documento costituisce un riferimento fondamentale per garantire un'assistenza clinica informata, etica e basata sulle evidenze.

Riferimento: Coleman, E. et al. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. International Journal of Transgender Health*, 23(suppl. 1).*

Un secondo documento rilevante sono le Linee guida dell'*American Psychological Association* (APA) per la pratica psicologica con le minoranze sessuali (*APA, 2021*), pensate per supportare i professionisti della salute mentale nel lavoro clinico con individui appartenenti a minoranze sessuali, promuovendo competenze culturali e sensibilità clinica.

Riferimento: APA Task Force on Psychological Practice with Sexual Minority Persons (2021). Guidelines for Psychological Practice with Sexual Minority Persons. American Psychologist*, 70(9), 832–864.*

Infine, l'APA (2015) ha pubblicato uno specifico documento rivolto alla pratica psicologica con persone *transgender* e *gender non-conforming*, che fornisce indicazioni operative, principi etici e linee guida cliniche aggiornate per garantire interventi rispettosi, inclusivi e validanti.

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

Glossary of LGBTQIA+ Terms

Di seguito viene proposto un glossario dei principali termini e concetti condivisi dalla comunità LGBTQIA+, con l'obiettivo di agevolare la comprensione dei temi affrontati nella rivista. La conoscenza di questo lessico è fondamentale per promuovere un linguaggio inclusivo e consapevole, nonché per favorire una maggiore comprensione delle esperienze e delle identità delle persone LGBTQIA+ nel contesto clinico.

LGBTQIA+ è un acronimo usato per rappresentare la diversità di orientamenti sessuali, identità di genere e caratteristiche sessuali. Ecco cosa significano le singole lettere:

L – Lesbica: donna attratta sessualmente e/o romanticamente da altre donne.

G – Gay: uomo attratto sessualmente e/o romanticamente da altri uomini

B – Bisessuale: uomini e donne che provano attrazione sessuale e/o romantica, verso individui di entrambi i sessi e/o di varia identità di genere.

T – Transgender: persona la cui identità di genere non non si allinea con il sesso assegnato alla nascita, bensì con quello del sesso opposto. Può includere persone transessuali, che intraprendono o hanno intrapreso un percorso di transizione fisica, ma non necessariamente.

Q – Queer: termine riappropriato dalla comunità LGBTQ+, originariamente usato in modo dispregiativo, oggi usato come definizione inclusiva per indicare tutte quelle persone la cui identità sessuale o di genere non è conforme al binarismo o all'eterosessualità

I – Intersessuale: persone nate con caratteristiche sessuali (genitali, cromosomi, gonadi) che non rientrano nei tipici criteri binari di "maschio" o "femmina".

A – Asesssuale: persona che prova poca o nessuna attrazione sessuale verso gli altri, pur potendo sperimentare attrazione romantica ed emotiva.

Il simbolo **"+"** nell'acronimo LGBTQIA+ rappresenta l'inclusione di tutte le identità di genere, orientamenti sessuali e caratteristiche sessuali che non sono esplicitamente nominate dalle lettere precedenti. Tale simbolo riconosce l'esistenza di persone che si identificano al di fuori delle categorie indicate, come ad esempio persone pansessuali, agender, genderqueer, demisessuali e molte altre. Il "+" sottolinea la natura aperta e inclusiva del termine.

Altri termini utilizzati nella rivista:

AFAB / AMAB: acronimi per *Assigned Female At Birth* (assegnata femmina alla nascita) e *Assigned Male At Birth* (assegnato maschio alla nascita), utilizzati per descrivere la condizione biologica assegnata alla nascita, distinta dall'identità di genere.

Coming out: indica la decisione di dichiarare apertamente il proprio orientamento sessuale o la propria identità di genere.

Cisgender: persona la cui identità di genere corrisponde al sesso assegnato alla nascita (es. una persona nata con corpo femminile e che si identifica come donna).

Gender non conforming: termine ombrello che descrive persone la cui identità e/o espressione di genere non rientra in definizioni rigide e predefinite, ma comprende una varietà di sfumature possibili. In italiano può essere tradotto con espressioni come "*genere non conforme"*, "*non conformità di genere"* o "*genere diverso"*.

Minority Stress: si tratta di una condizione di stress cronico elevato che colpisce gruppi appartenenti a minoranze stigmatizzate. Può manifestarsi in persone con basso status socio-economico, con disabilità fisiche o psichiche, appartenenti a minoranze etniche o religiose, o con identità di genere non conforme, non binaria, oppure con orientamento omosessuale.

Omo/bi/transfobia: avversione irrazionale nei confronti dell'omosessualità, della bisessualità e della transessualità

Outing: rendere pubblico l'orientamento sessuale o l'identità di genere di una persona in assenza del suo consenso.

TGD: acronimo di “Transgender e di Genere Diverso”

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.*

psicoterapeuti in-formazione

NUMERO SPECIALE, 2025

Alex ed il bisogno di essere Alex

I vissuti legati all'incongruenza di genere

Maria Cristina Greco [1], Francesco Baccetti[12], Stefania Iazzetta[1]

[1]Associazione Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Via Giovanni Lanza, 58100 Grosseto

[2]Usl Toscana Sud-Est, U.F. Salute Mentale Adulti, U.O.C. Promozione ed Etica della Salute

Riassunto

Il caso di Alex si è presentato sin da subito complesso e interessante a fronte del tema centrale riguardante l'incongruenza di genere accompagnato da stati emotivi intensi e disregolati associati a comportamenti disfunzionali di natura anche autolesiva. Per la giovanissima età, dodici anni circa al momento del primo contatto, è stato considerato opportuno effettuare un'attenta valutazione delle problematiche di natura identitaria in considerazione della fase di sviluppo in cui si trovava l'adolescente. È stato fondamentale comprendere il funzionamento e gli stati mentali di Alex per definire e condividere con lui stesso gli obiettivi terapeutici; tra quelli concordati si sono rivelati centrali: ridurre in intensità e frequenza comportamenti di evitamento e i momenti di vuoto interiore, così come i comportamenti autolesivi, agiti per gestire le intense emozioni di tristezza, rabbia, disgusto, ansia e vergogna provate rispetto la propria fase di vita. Tali condotte risultavano essere collegate a credenze patogene rispetto la propria identità, vista essenzialmente come difettosa, definendosi talora con termini come *mostruoso*, *diverso* o *sbagliato* in relazione ai vissuti di varianza di genere, connotati da incongruenza ed elevata percezione di minority stress.

Parole chiave: incongruenza di genere, disregolazione emotiva, condotte autolesive, minority stress.

Alex and the need to be Alex. Experiences related to gender inconsistency

Summary

The case of Alex immediately presented as complex and interesting relative to the central theme of gender incongruence accompanied by intense and disordered emotional states associated with dysfunctional behaviors of a self-destructive nature. Due to Alex's young age, about 12 years old at the time of first contact, it was appropriate to consider the adolescent's stage of development in a careful evaluation of his identity problems. It was crucial to understand Alex's functioning and mental state to define and share therapeutic goals with him. Among those agreed upon, the following proved to be central: reduce the intensity and frequency of avoidant and inner emptiness behaviors, as well as self-harming behaviors; manage the intense emotions of sadness, anger, disgust, anxiety, and shame experienced in relation to his life-stage. Such behaviors appeared to be linked to pathogenic beliefs about his identity, essentially perceived as defective, at

Maria Cristina Greco, Francesco Baccetti, Stefania Iazzetta Alex e il bisogno di essere Alex, *Numero Speciale, 2025, pp. 22-34.* 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

times self-defined as *monstrous*, *different*, or *wrong*, in relation to experiences of gender variance, marked by incongruence and a high perception of minority stress."
Keywords: gender incongruence, emotional dysregulation, self-harming behaviors, minority stress.

FORMULAZIONE DEL CASO

Alex, di anni dodici, arriva in consultazione a seguito di un invio da parte di una collega dietista, che lo segue da circa un anno. La richiesta di invio riguarda stati di ansia, genericamente spiegati, vissuti in ambito scolastico. La madre, al telefono, riferisce che l'ansia si presenta frequentemente a scuola e che Alex ha iniziato a chiamare per tornare a casa. Alex è di origine asiatica, adottato quando aveva circa tre mesi da genitori italiani. Vive attualmente con la madre e un fratello maggiore Peter, di 26 anni, anch'esso adottato. Nel nucleo familiare fino a qualche anno fa era presente un altro fratello, adottato anch'esso e fratello naturale di Peter, di origini ucraine. Quando la mamma contatta la terapeuta prende appuntamento per Asia, ma in prima seduta la ragazzina si presenta come Alex, un ragazzo dai lineamenti asiatici, con taglio di capelli corti e abbigliamento maschile. Appare orientato, interessato, curioso e disponibile al colloquio. La prima cosa che chiede è se la terapeuta è "*omofoba*" e cosa "*pensa*" dei disturbi di identità di genere, poiché spiega essere un argomento di cui si è informato su vari siti on line.

Descrizione dei problemi presentati

Alex dichiara di vivere una profonda sofferenza poiché non si riconosce nel proprio corpo, tanto da nutrire un sentimento di odio, disgusto e di vergogna verso quest'ultimo e in particolare nei confronti del proprio seno, che vorrebbe nascondere con un reggiseno compressivo (un corsetto che comprime il seno, appiattendo il petto, permettendo di risultare più "mascolino" come il Binder, o in alternativa, il Tape, un nastro adesivo che permetterebbe di nascondere il seno), ma anche del timbro della propria voce, che cerca di camuffare alterandone il tono, e per i fianchi, anch'essi oggetti di disprezzo usa maglie larghe e molto più grandi della propria taglia per nasconderli. Ha iniziato un percorso di dimagrimento con una dietista, da circa un anno, nel tentativo di perdere le forme femminili, *"per poter togliere il seno e i fianchi*" e assumere una fisicità percepita da Alex come potenzialmente più in linea con la propria identità di genere. Attualmente il percorso alimentare è stato sospeso, e l'adolescente afab (assigned famele at birth) ha ridotto in quantità e frequenza i pasti; perché finalizzato a mantenere una magrezza che gli permette di vedersi allo

specchio *"come un maschio*" e ridurre il disagio legato alla percezione allo specchio del proprio corpo. Il vissuto d'incongruenza legato ad aspetti corporei è emerso l'estate precedente ed è coinciso con lo sviluppo del seno; da tale momento ha iniziato a percepire alcune parti in modo diverso rispetto al passato e a pensare che quel corpo non gli appartenesse. Successivamente sono comparsi alcuni evitamenti sul piano comportamentale, ad esempio ha iniziato a evitare il mare o in alternativa a rimanere vestito sotto l'ombrellone. Tali condotte permettevano di gestire il timore di vergogna nel mostrare parti del proprio corpo, aggravato da eventuali incontri con coetanei ritenuti "*normali*" (con questo termine Alex si riferisce ai coetanei ritenuti cisgender, cioè persone nelle quali sesso biologico e identità di genere collimano).

Ci sono momenti in cui pensa di essere "*diverso"* poiché non si sente appartenere al proprio corpo, ma incongruente rispetto a come è nato. Pensa di essere "*sbagliato*", "*difettato*" anche "*non normale*", poiché prova disagio per il corpo che possiede, mentre, osservando i compagni, pensa che siano a loro agio nel corpo che hanno, avendo un corpo congruo alla loro identità di genere. Tale vissuto è andato incrementandosi, in intensità e frequenza, durante l'ultimo anno, sono comparsi comportamenti autolesivi, come il self cutting e manifestazioni di rabbia dirompente durante le quali Alex tira pugni contro il muro; tali condotte appaiono strutturarsi nel tentativo di gestire lo stato emotivo percepito come doloroso ed estremamente intenso. Alex da qualche mese frequenta un gruppo di ragazzi più grandi, con i quali condivide il vissuto d'incongruenza di genere e l'assegnazione come genere femminile alla nascita; nel tentativo di accrescere la percezione di appartenenza e somiglianza al gruppo, Alex ha adottato alcuni comportamenti tipici di tale contesto relazionale, utilizzo di alcool, utilizzo di dispositivi elettronici per fumare.

All'inizio della seconda media, Alex ha iniziato a sentire il bisogno di essere chiamato con un nome e pronomi maschili. A settembre, durante i primi giorni di scuola, provava una forte ansia legata al timore del giudizio sociale, nello specifico inerente all'abbigliamento e all'aspetto estetico (come il taglio dei capelli). Temendo di essere giudicato ha iniziato a non presentarsi a scuola oppure ad uscire anticipatamente da scuola; tali assenze, motivate da stati d'ansia, hanno allarmato la madre e i professori che hanno ipotizzato la necessità di un percorso psicologico. Alex ha ottimi voti. Alex ha ottimi risultati scolastici, è ritenuto uno studente brillante ma inizia ad accumulare un numero elevato di assenze.

Rispetto all'ambiente domestico Alex si percepisce parzialmente compreso e sostenuto nei propri vissuti, sebbene la madre accolga la richiesta di vestirsi con abiti e di portare un taglio di capelli considerati stereotipicamente maschili, allo stesso tempo si dichiara in difficoltà nell'utilizzo di pronomi maschili e nel chiamare il figlio Alex.

Le difficoltà dichiarate dalla madre sono per Alex conferma che c'è qualcosa che non va bene in lui. Dice: "se fossi come gli altri, un maschio biologico, mamma non avrebbe queste difficoltà".

Con i fratelli, in particolare Peter, il fratello che vive con Alex, c'è un rapporto definito buono e supportivo, poiché condividono i pasti insieme, a volte lo accompagna in seduta, giocano insieme alla playstation, si rivolgono a lui al maschile senza mostrare difficoltà o disagio.

Attualmente Alex ha una relazione sentimentale con una coetanea, che dura da circa un anno, tenuta segreta ai genitori della ragazza, dal momento che Alex pensa che non approverebbero la relazione. La segretezza comporta una serie di comportamenti, come vedersi insieme ad altre persone, scrivere messaggi in codice, baciarsi di nascosto con la complicità della mamma di Alex.

Alex ammette che alterna momenti in cui sente solida la relazione e momenti in cui teme di essere abbandonato perché "sbagliato", che possa essere lasciato perché non è biologicamente un maschio. In questi momenti alterna sentimenti di rabbia o di tristezza che cerca di gestire attraverso l'autolesionismo.

Considerando il desiderio di essere riconosciuto nel genere opposto a quello assegnato alla nascita, di appartenere con forme, abitudini, atteggiamenti e abbigliamento del genere desiderato, la marcata sofferenza nel riconoscere elementi fisici di un genere sentito come estraneo, che viene gestita con evitamenti esponenziali e sociali e condotte impulsive di natura autolesiva, si può ipotizzare la presenza di Incongruenza di Genere con tratti marcatamente impulsivi e di difficoltà nella gestione e regolazione di stati emotivi intensi dovuti a tale condizione di incongruenza.

Profilo interno del disturbo

Il nucleo centrale della sofferenza è la profonda discrepanza tra l'essere biologicamente una ragazza e sentirsi un ragazzo, vivere una condizione di incongruenza di genere che lo porta a pensare di essere inadeguato, scartabile, non accettabile dal resto della società poiché vive in un corpo vissuto come estraneo, che non gli appartiene. Quotidianamente si scontra con persone che, chiamandolo con il suo nome di battesimo, ricordano ad Alex di essere nato femmina, aumentando sia un senso di tristezza, pensando che non avrà un corpo maschile, che non sarà mai ciò che desidera essere; ma anche di rabbia, poiché nonostante abbia chiesto e spiegato come si sente, le persone continuano a farlo sentire "sbagliato", "inadeguato". Alex adotta evitamenti, quando possibile, per gestire queste "tempeste" emotive; evita il mare e se non può farne a meno, evitata di mettersi in costume. Prova rabbia verso sé stesso tutte le volte che si guarda allo specchio e vede il seno, vede i fianchi o sente

la sua voce, cosicché cerca di alterarla così da percepirla maggiormente maschile. Ci sono momenti in cui pensando al suo corpo desidera avere il pomo di Adamo, caratteristica fisica vissuta come simbolo di mascolinità.

A	B	C
A scuola la professoressa mi chiama Asia davanti agli altri.	Non sono Asia, sono Alex!! Continuano a vedermi come donna. Non riesco a mostrarmi per quello che sono, un maschio! Non posso essere ciò che voglio, rimango intrappolato in questo corpo, sarà sempre così! Perché, se anche lo chiedo continua a chiamarmi Asia!! Mi fa sentire solo sbagliato e inadeguato!! Non è giusto! Io sono un maschio e voglio essere chiamato come un maschio!!	Tristezza (intensità 10) Nodo alla gola Rabbia (intensità 10) Calore Battito cardiaco accelerato
A	B	C
Allo specchio guardo il seno e i fianchi	Odio questo corpo, è disgustoso, vorrei farlo sparire, distruggerlo, non vedere più queste forme.	Rabbia verso sé (verso il suo corpo)-(intensità 10) Calore Battito accelerato

Similmente questo accade anche in altri luoghi e momenti durante la giornata scolastica, in queste occasioni Alex si sente invalidato nei propri vissuti rispetto alla propria identità di genere. Alex riferisce di provare ansia anticipatoria per il timore di essere umiliato, deriso per la sua diversità rispetto ai ragazzi cisgender; sia momenti in cui pensa che tutti a scuola lo stiano guardando, giudicandolo inadeguato poiché si veste “da maschio” sebbene abbia un corpo biologicamente femminile, poiché altera la sua voce affinché sia il più simile possibile alla voce di un ragazzo cisgender. A causa di questi timori sta attento alle espressioni del volto delle persone, dei compagni di scuola, sta attento ad eventuali brusii quando passa nei corridoi, immaginando che

siano parole, giudizi che lo riguardano. Ciò determina un elevato stato di sofferenza che comporta in Alex una difficoltà a recarsi e a permanere in ambiente scolastico, tanto da avere un elevato numero di assenze a pochi mesi dall'inizio dell'anno scolastico.

A	B	C
Attraverso il cortile di scuola, noto due ragazzi che mi guardano parlottando fra loro	Oddio hanno notato che non sono un maschio, che sono una femmina. Penseranno che non sono normale, che sono strano. Rideranno di me, mi prenderanno in giro e nessuno vorrà avvicinarsi a me. Rimarrò solo, sono sbagliato e nessuno vuole avere niente a che fare con un diverso come me!	Ansia (intensità 10) Attenzione selettiva orientata ai brusii, alle espressioni dei ragazzi Battito accelerato Rimuginio Rimango paralizzato e non entro a scuola. Mi allontano dalla scuola. Tristezza (intensità 10) Dolore al petto Lacrime agli occhi

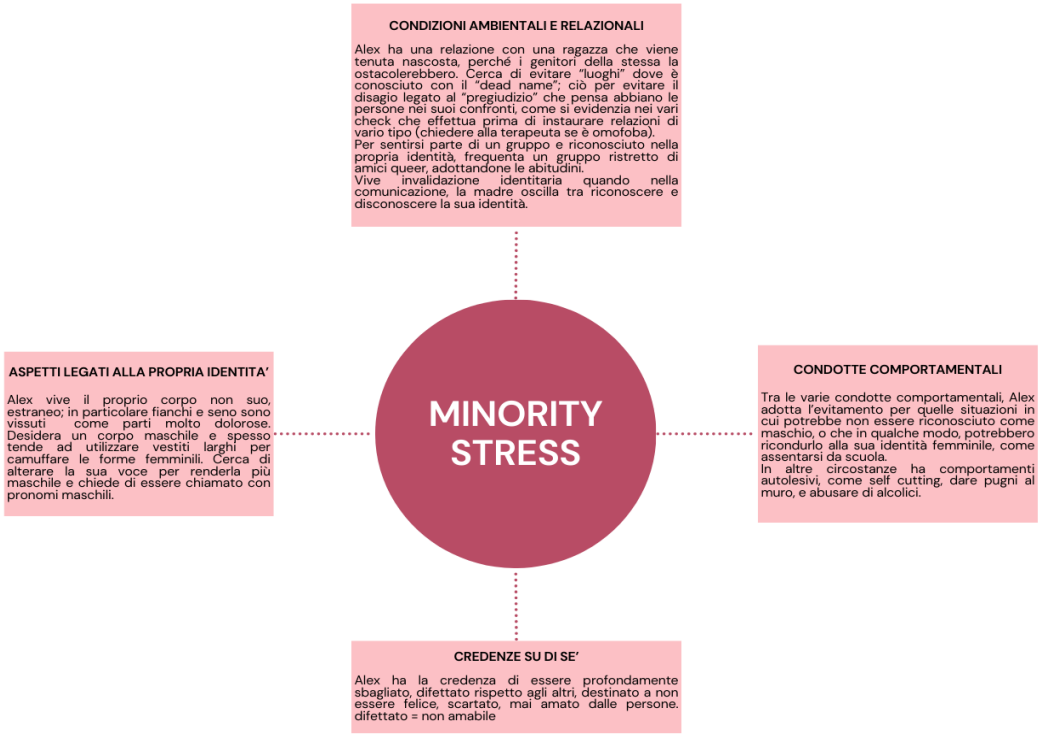
Questa sofferenza profonda emerge anche nei rapporti affettivi. In particolare, le volte in cui la propria ragazza non ha il permesso di frequentarlo in quanto considerato "strano", viene vissuta la conferma che non può essere accettato e accolto in quanto "*non è un* vero *maschio*". Questo conferma nella mente di Alex che non sarà mai adeguato, e non sarà mai accettato /amato dagli altri. Il timore di essere emarginato e abbandonato è mantenuto dalle credenze di inadeguatezza, accompagnate da una forte tensione interna pensando che la ragazza non lo "ama abbastanza" e che "nessuno lo amerà".

A	B	C
Arriva il messaggio "non mi fanno uscire".	Ecco vedi, i suoi non vogliono che mi veda, non mi vedono come un maschio ma solo un essere sbagliato e anormale! Pensano che sono da scartare da evitare! Non sarò mai accettato dagli altri Anche lei mi lascerà, tutti mi lasceranno!!	Tristezza (intensità 10) Dolore al petto Pianto Rimugina sulla propria condizione
A'	B'	C'
Rimuginio	Sono sbagliato io!! Non sono un maschio! Sono un mostro e Nessuno mi amerà mai!! Tutti mi lasceranno sempre solo!! Mi odio! Non è giusto, non dovrei essere così! Perché sono nato così? A causa di questo soffrirò per sempre!!!!	Depressione Rabbia intensa Calore Tagli sui polsi

Se il profondo senso di inadeguatezza di Alex per il suo corpo, da una parte, lo porta a sentirsi difettato sbagliato e non amabile da parte di nessuno, dall'altra compensa sull'aspetto dell'amabilità e del valore cercando di ottenere successi scolastici.

L'iperinvestimento in campo scolastico gli consente di percepirsi come "brillante, intelligente, il migliore rispetto ai propri compagni". La presenza di tali aspetti porta Alex ad una continua oscillazione tra due poli, tra una profonda inadeguatezza ogniqualvolta non viene riconosciuto come maschio e una percezione di gratificazione e riconoscimento in ambito scolastico attraverso ottimi risultati che gli permettono di pensare di essere il migliore, il più brillante della classe. Valutandosi sbagliato e difettato per la sua incongruenza di genere, ricerca attenzione nell'altro per dimostrare a sé stesso che può essere amabile anche se ha un corpo che ritiene "difettato", in cui non si riconosce. Quindi potremmo correlare l'idea di difettosità ad una profonda sofferenza e al timore di essere deriso e rifiutato dagli altri, convinto che, in genere, le persone abbiano pensieri omofobi e

pregiudizi nei confronti delle persone "diverse". Tale sofferenza comporta l'attivazione di agiti di evitamento su più livelli accompagnato da vissuti emotivi connotati da profondo dolore che cerca di regolare attraverso strategie comportamentali di tipo autolesive.



Fattori e processi di mantenimento

Interpretazione selettiva della realtà: Alex presenta pensieri di natura catastrofica, legge gli accadimenti, le condotte altrui, le espressioni altrui come conferma di essere una persona sbagliata difettata perché non è nel corpo giusto. Tale modalità mantiene uno stato di ansia e ipervigilanza.

Rimuginio: Alex passa molto tempo in casa, da solo, momenti in cui rimugina sulla sua situazione affettiva e su sé stesso, sulla propria condizione di adolescente afab (assigned female at birth). Tale attività mentale mantiene la tristezza, la rabbia, il disprezzo verso sé stesso ma anche, l'angoscia verso la possibilità di essere abbandonato.

Attenzione selettiva: Alex tende a focalizzarsi sui segnali e sulle situazioni che si presentano. Guarda l'espressione del volto dei coetanei, dei compagni di scuola, della madre, tende ad ascoltare le parole, i brusii che le persone intorno a lui possono esprimere al fine di comprenderne le loro idee, immaginando che le persone possano avere pensieri critici, omofobi, discriminati, di

conseguenza permane il timore abbandonico.

Evitamento: Alex evita di andare a scuola, di frequentare persone che lo conoscono delle scuole elementari e dell'infanzia per gestire l'ansia, l'angoscia di essere giudicato e deriso per la propria situazione di incongruenza. Non esponendosi, Alex non sperimenta la possibilità che potrebbero verificarsi scenari diversi e che le persone hanno dei giudizi. Tali credenze, di essere giudicato e deriso, mantengono lo stato ansioso correlato.

Comportamenti ambivalenti materni: i comportamenti della madre risultano essere ambivalenti poiché oscillano tra validazione e invalidazione. Infatti, se da una parte accetta le scelte di Alex, sostenendo la relazione segreta, dall'altra ha difficoltà nel chiamarlo Alex, ricordando episodi dell'infanzia in cui i comportamenti erano tipicamente femminili. Tale modalità mantiene la credenza di Alex di essere difettoso, sbagliato e la sofferenza relativa a tali credenze.

Scompenso e vulnerabilità

Alex inizia a manifestare i primi comportamenti di sofferenza nell'estate tra la prima e la seconda media, in coincidenza con i primi cambiamenti fisici, che danno origine a forti disagi con il proprio corpo. Ha iniziato a provare vergogna per le sue forme, a non sentirsi nel suo corpo cercando di nasconderlo sotto abiti larghi ~~–~~stereotipicamente maschili, chiedendo l'uso di pronomi maschili. Ha iniziato a tenere i capelli corti, nonostante le rimostranze materne. Il desiderio di percepirsi e di essere riconosciuto come un maschio viene percepito intensamente al sopraggiungere del menarca, nonostante l'abbigliamento maschile fosse già presente

Durante la scuola primaria ha sempre indossato abbigliamento sportivo, ritenuto comodo, che non aveva colori o accessori stereotipicamente femminili; non è chiaro se in tale predilezione ci fosse un vissuto inerente agli aspetti legati al ruolo o all'identità di genere. La madre narra la predilezione di abbigliamento come una scelta dettata dalla praticità e che Alex preferiva abiti neutri.

Ha sempre giocato con compagni maschi e femmine, senza particolari preferenze, neppure nei giochi. Solo durante la scuola dell'infanzia, secondo i racconti della madre, sembrerebbe che l'abbigliamento fosse stato più tipicamente femminile.-

L'improvviso allontanamento del padre all'inizio dell'estate, che ha abbandonato casa con un pretesto per poi non farci più ritorno, hanno incrementato in intensità e frequenza i sentimenti di odio, rabbia e angoscia, verso sé stesso e verso il padre così come i comportamenti autolesivi, che erano presenti anche in precedenza ma con minor frequenza.

I comportamenti autolesivi, in precedenza erano legati a momenti di angoscia e odio verso sé stesso, verso un corpo che cambiava, che era "diverso da come lo avrebbe voluto"; mentre negli ultimi mesi erano legati a momenti di forte lite con la fidanzata, profonda rabbia verso il padre, anche ~~nei~~ in momenti in cui sperimentava tristezza, in cui pensava di "essere sbagliato, difettato, diverso", che non meritava amore da nessuno.

L'essere stato abbandonato alla nascita ha creato in lui la convinzione profonda che nessuno lo voglia, rafforzatasi con l'abbandono da parte del padre adottivo. Le condizioni di "non andare bene", "di essere diverso" inizia ad esserci già alla scuola primaria quando comprende la propria storia adottiva e il relativo stato di abbandono alla nascita accompagnato dalla consapevolezza di non assomigliare ai propri genitori adottivi.

Descrizione della terapia e descrizione degli obiettivi

La terapia è iniziata a novembre del 2021, dopo pochi mesi dall'inizio della seconda media fino al settembre del 2022, dopo l'inizio della scuola. Alex ha manifestato da subito interesse, chiedendo di iniziare un percorso dopo essersi assicurato che la terapeuta fosse a conoscenza e avesse un atteggiamento di accoglienza e rispetto in relazione alle tematiche queer, con particolare riferimento all'identità di genere e all'orientamento sessuale. Ha mostrato interesse e si è sempre documentato su argomenti che lo riguardassero;-ha da subito portato l'argomento inerente al disagio vissuto con il proprio corpo e come questa esperienza lo condizionasse a tal punto da sentirsi sbagliato, da pensare che le persone pensassero male di lui, che avesse qualcosa di "non normale", e che lo avrebbero rifiutato e poi abbandonato saputa la sua situazione.

La terapia è durata dieci mesi. In considerazione dei comportamenti autolesivi e della disregolazione emotiva, inizialmente il focus è stato orientato all'introduzione di comportamenti più funzionali, riducendo la frequenza a tagliarsi o a farsi male in altro modo. È stato utile lavorare nel ristrutturare e concordare una routine quotidiana incentrata sul rispetto di alcune regole relative alla propria salute e dando molta importanza ai pasti, ad un'alimentazione equilibrata che non mantenesse l'idea di magrezza legata al genere. Si è poi cercato di intervenire sull'organizzazione del pomeriggio e dello studio per incrementare uno stato di regolazione e prevedibilità in termini comportamentali che pareva assente, coinvolgendo anche la madre, la quale durante la terapia del figlio, ha chiesto a sua volta aiuto e sostegno in termini psicoterapici. Sono state affrontate le credenze rispetto al suo "essere sbagliato, essere diverso", che facilitavano sentimenti intensi con condotte autolesive, disregolazione alimentare e saltuario usa di alcoolici e fumo di sigaretta elettronica.

In un secondo momento è stato necessario dare spazio al tema dell'identità di genere che comportava sofferenza, difficoltà nel gestire le situazioni sociali, mantenendo il timore di essere considerato sbagliato e quindi abbandonato. Alex non ha legato con i compagni di classe, privilegiando amicizie esterne percepiti da lui stesso come maggiormente sincronici poiché appartenenti alla comunità queer, per evitare critiche, umiliazioni, pregiudizi nei suoi confronti. Vedendo come fosse difficile per la madre adattarsi alle richieste di essere chiamato al maschile, ha sempre considerato che tutto il mondo non lo avrebbe mai accettato e accolto nei suoi bisogni.

Con la terapeuta sono stati cercati centri specializzati nell'inquadramento dell'incongruenza di genere, e i possibili percorsi, oltre che dispositivi, ad esempio si è cercato il miglior reggiseno compressivo che non danneggiasse la crescita, come sostenuto dalla pediatra.

In parallelo alle strategie comportamentali, dopo aver condiviso il funzionamento alla luce del meccanismo del Minority stress, è stato impostato un lavoro terapeutico centrato sul riconoscimento di pensieri di natura omotransfobica. Inizialmente si è provveduto alla ricostruzione della storia di vita incentrata sulle esperienze di vita precoci in linea con i vissuti omostransfobici, sia rispetto all'ambiente sia all'interno delle relazioni significative; successivamente è stato importante lavorare sull'identificare i costi di tale dialogo interno, sia in termini di sofferenza emotiva sia in termini interpersonali ed esperienziali. Nell'ultima fase siamo passati alla ristrutturazione cognitiva di tali pensieri, attraverso la tecnica del dialogo socratico. Tale tipologia d'intervento, per quanto vissuto come significativo da parte del pz. non è da considerarsi un primo step nella riduzione dei meccanismi di omotransfobia interiorizzata e di percezione del Minority stress, è auspicabile una seconda parte del lavoro incentrata sulla strutturazione di un maggiore riconoscimento, validazione ed espressione de propri bisogni parallelamente alla costruzione di una comunicazione maggiormente assertiva.

In un'ultima fase ha dimostrato disinteresse per la terapia chiedendo di sospenderla, una volta che i comportamenti autolesivi si sono estinti, la relazione con la scuola era percepita come buona, migliorata la relazione con la madre, più disponibile a comprare il reggiseno richiesto, a concedere tagli più corti per i capelli e con maggior frequenza. A distanza di tempo mantiene un contatto sporadico con la terapeuta e ad oggi è in procinto di iniziare un percorso in Usl territoriale per il supporto di persone con un vissuto di varianza di genere.

OBIETTIVI	RATIONALE E STRATEGIE	TECNICHE
Riduzione dell'intensità emotiva	Comprensione del funzionamento e condivisione del modello Comprensione e interruzione dei circoli viziosi di mantenimento Decatastrofizzazione degli scenari catastrofici temuti Aumentare le capacità di gestione degli stati emotivi Aumentare la conoscenza sull' incongruenza di genere e ridurre il senso di diversità che ne deriva Modifica delle credenze patogone che sostengono le crisi emotive	▫ ABC + laddering + dialogo socratico ▫ Ricostruzione e condivisione dello schema di funzionamento ▫ Defocalizzazione ▫ Disputa ▫ Psicoeducazione sulle emozioni ▫ Psicoeducazione sul disturbo di identità di genere ▫ Ristrutturazione cognitiva
Riduzione dei comportamenti autolesivi	-Interruzione delle condotte autolesive e acquisizione di tecniche di fronteggiamento più funzionali Migliorare le capacità di comunicare i propri stati emotivi e i propri bisogni	skills training (abilità di tolleranza della sofferenza e di regolazione emotiva) ▫ Tecniche di comunicazione assertiva
Riduzione della vulnerabilità e prevenzione delle ricadute	Ridurre la sensibilità all'allontanamento dell'altro e ai timori di abbandono e perdita Ridurre la sensibilità verso i temi di diversità	Ricostruzione della storia di vita. Imagery with rescription

Valutazione di esito

Gli obiettivi sono stati raggiunti in parte; in fase iniziale è stato dato spazio ai comportamenti ritenuti problematici per facilitare una maggior abilità nel gestire i propri stati interni e parallelamente dare spazio alle convinzioni e alle curiosità rispetto l'incongruenza di genere. Si è lavorato sulle credenze patogene che mantenevano le emozioni elevate, normalizzando i vissuti di disagio, condividendo esperienze altrui, condividendo percorsi e possibilità per affrontare il tema

sull'identità di genere. Dopo circa un anno, in cui i comportamenti problema non erano più presenti così come le condotte autolesive, l'alimentazione era maggiormente regolare, rispettando i pasti principali, Alex ha mostrato disinteresse, riferendo il raggiungimento di uno stato di benessere ed equilibrio e ha disinvestito nel percorso, chiedendo di interrompere le sedute. Con la fine del percorso i contatti si sono mantenuti, perché circa una volta l'anno Alex manda messaggi telefonici alla terapeuta per avere informazioni sui percorsi Usl e valutare l'inizio di tale percorso con eventuale assunzione di ormoni e variazione dei propri dati anagrafici.

Bibliografia

Andover, M. S. & Morris B. W. (2014). Expanding and Clarifying the Role of Emotion Regulation in Nonsuicidal Self-Injury, The Canadian Journal of Psychiatry

Brunetto, C. (2021). Ragazzi soli con uno schermo l'ultimo pericolo del lockdown, in La Repubblica ed. Palermo, pag. 1, 29/01/2021

Castagneri, L. (2021). Tra scuola e videogiochi troppe ore al computer. È allarme dipendenza, in Corriere della Sera ed. Torino, pag. 1, 29/01/2021

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista: psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

psicoterapeuti in-formazione

2025, NUMERO SPECIALE

Carolina e la ricerca del vero sé

Flavia Calicchia[1],

[1]Psicoterapeuta in formazione, Istituto Beck Roma, Italia

Riassunto

Il presente contributo descrive il caso clinico di Carolina, una giovane donna di 28 anni, giunta in terapia per la presenza di un disturbo da panico. Il caso si caratterizza per l'intreccio tra vulnerabilità individuali e fattori ambientali e relazionali, che hanno contribuito allo sviluppo di un marcato senso di inadeguatezza personale. In particolare, la narrazione clinica mette in luce il ruolo significativo del contesto familiare disfunzionale nel modellare un'immagine di sé fragile e criticamente condizionata da rigidi standard di genere. La difficoltà nell'esplorazione e nell'integrazione della propria identità di genere, percepita come indefinita, e la contemporanea chiarezza rispetto all'orientamento sessuale, vissuto però con giudizio e autocritica, evidenziano la presenza di un'omofobia interiorizzata che si intreccia con i sintomi ansiosi. Il trattamento, condotto secondo un modello cognitivo-comportamentale, si è inizialmente focalizzato sulla gestione del panico, per poi orientarsi, in una fase più avanzata della relazione terapeutica, all'esplorazione e alla ristrutturazione dei vissuti legati all'identità e all'accettazione di sé. Il caso solleva importanti spunti di riflessione clinica sul rapporto tra fattori ambientali, identità personale e manifestazioni sintomatologiche ansiose, nonché sul ruolo della relazione terapeutica come spazio sicuro per l'elaborazione di tematiche complesse e profondamente radicate.

Parole chiave: Disturbo da panico, identità di genere, orientamento sessuale, bisessualità, omofobia interiorizzata

Panic Disorder and Comorbidity: Carolina and the search for the True Self

Summary

This paper describes the clinical case of Carolina, a 28-year-old woman who sought therapy for panic disorder. The case is characterized by the interplay of individual vulnerabilities and environmental and relational factors, which contributed to the development of a pronounced sense of personal inadequacy. In particular, the clinical narrative highlights the significant role of a dysfunctional family context in shaping a fragile self-image, critically influenced by rigid gender norms. The difficulty in exploring and integrating her gender identity, perceived as undefined, alongside a clear awareness of her sexual orientation—experienced, however, with judgment and self-criticism—points to the presence of internalized homophobia intertwined with anxiety symptoms. Treatment, conducted within a cognitive-behavioral framework, initially focused on panic management. In a later stage of the therapeutic relationship, the focus shifted toward the exploration

Flavia Calicchia, *Carolina e la ricerca del vero sé*. Numero speciale 2025, pp. *35-47-*.
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.it

and restructuring of experiences related to identity and self-acceptance. The case raises important clinical reflections on the relationship between environmental factors, personal identity, and anxious symptomatology, as well as on the role of the therapeutic relationship as a safe space for processing complex and deeply rooted issues.

Key words: Panic disorder, gender identity, sexual orientation, bisexuality, internalized homophobia

Introduzione

Carolina, una giovane donna di 28 anni, si presenta in terapia riferendo episodi di ansia intensa e attacchi di panico che hanno avuto origine nell'adolescenza e che negli ultimi anni si sono fatti sempre più frequenti e debilitanti.

Fin da piccola ha vissuto con un senso pervasivo di inadeguatezza, che l'ha portata a sviluppare un forte bisogno di controllo nelle relazioni interpersonali e un'ansia costante rispetto al giudizio altrui. La paura di non essere all'altezza, di deludere o di risultare inaccettabile agli occhi degli altri si riflette in un'eccessiva ricerca di rassicurazioni e nella tendenza ad adattarsi ai bisogni e alle richieste altrui, anche quando queste risultano intrusive o dannose per il suo benessere.

Questa dinamica si manifesta in particolare nelle relazioni sentimentali, dove, pur sperimentando una profonda paura dell'abbandono, non interrompe mai i legami per proteggersi, ma al contrario assume un atteggiamento estremamente accondiscendente, anche di fronte a partner controllanti o abusanti. L'insicurezza e il bisogno di conferme non si esprimono attraverso richieste esplicite, bensì attraverso strategie indirette, come il monitoraggio delle attività online del partner, la lettura iper-analitica di messaggi e comportamenti e il costante tentativo di prevedere e prevenire qualsiasi motivo di conflitto o allontanamento. Il controllo, quindi, non è solo un modo per gestire l'ansia, ma diventa un tentativo di proteggersi dal timore di sentirsi inadeguata, immeritevole o rifiutata. Parallelamente, Carolina sta affrontando una profonda e complessa ricerca della propria identità di genere. Fin da bambina ha vissuto una percezione di sé che non coincideva con i modelli femminili imposti dall'ambiente circostante, arrivando a identificarsi come maschio fino a quando, in un episodio dell'infanzia, ha realizzato di non esserlo. Attualmente si identifica come donna, ma utilizza il nome Carl, nome scelto dagli amici e accettato da lei stessa con piacere, in quanto neutro e non connotato da aspettative di genere rigide.

Pur non esprimendo il desiderio di modificare il proprio aspetto fisico, fatica ad accettarsi esteticamente e predilige un abbigliamento socialmente identificabile come maschile; ciò appare un modo per gestire il proprio senso di disagio senza dover esplicitare troppo la propria complessa relazione con il genere.

Il suo orientamento sessuale è bisessuale, ma la sua attrazione per le donne è spesso accompagnata da pensieri intrusivi e credenze disfunzionali, come l'idea che questo possa significare essere in realtà un uomo o che sia una conseguenza della relazione difficile con la madre. Queste riflessioni le provocano un elevato livello di sofferenza, alimentando stati di estraniazione e di dubbio costante, seguiti da una incapacità a definire chiaramente la propria identità sessuale con gli altri. La difficoltà principale, in altre parole, non sembra del tutto legata al coming out, o alla paura di un rifiuto sociale, quanto, piuttosto, alla pressione percepita nel non individuare, nelle categorie comuni di definizione di un'identità sessuale, le proprie caratteristiche.

Gli attacchi di panico, che Carolina sperimenta fin dall'adolescenza, sono sempre strettamente legati a situazioni in cui si sente esposta al giudizio altrui o in cui si trova a confrontarsi con il proprio senso di inadeguatezza. La paura di non essere all'altezza, di essere "scoperta" come inadeguata o di non riuscire a rispettare le aspettative degli altri genera un'ansia talmente intensa da sfociare in crisi acute. Questo avviene sia in contesti relazionali, quando teme che le sue scelte possano essere viste come sbagliate o inaccettabili, sia in ambiti di realizzazione personale, dove la pressione del dover dimostrare il proprio valore la porta a vivere momenti di forte stress.

Il quadro clinico suggerisce un'interazione complessa tra ansia, difficoltà identitarie, dinamiche ossessivo-compulsive nelle relazioni e un vissuto di sofferenza radicato in esperienze familiari difficili. L'obiettivo terapeutico sarà quello di aiutarla a ricostruire un senso di sé più stabile e autentico, lavorando sulla gestione dell'ansia, sulla sua capacità di stabilire confini sani nelle relazioni, sull'esplorazione della propria identità di genere e, in una fase successiva, sul processo di accettazione e integrazione di tale identità.

Descrizione del Problema

Carolina descrive gli attacchi di panico come esperienze improvvise e intense, caratterizzate da palpitazioni, sudorazione, tremori, mancanza di respiro e una sensazione di morte imminente. Questi attacchi si verificano sia in situazioni specifiche, come luoghi affollati o mezzi di trasporto, sia in contesti inaspettati. Carolina riferisce anche un'ansia anticipatoria significativa, che la porta a evitare situazioni che teme possano scatenare un attacco, limitando notevolmente la sua vita sociale e professionale. Ha smesso di dare gli esami all'università. Questo l'ha portata sia ad allontanarsi sempre di più dalla maggior parte delle amicizie, che aveva prima del trasferimento universitario, sia a vivere il resto delle relazioni in modo compiacente.

Sulla propria identità sessuale (identità di genere e orientamento sessuale) descrive pensieri disfunzionali, ha paura di quello che potrebbero pensare o dire di lei le persone che le sono intorno

e, soprattutto, quelle del proprio luogo d'origine. Definisce "non normale" l'attrazione che ha per le donne, soprattutto quelle più grandi di lei.

Il giudizio temuto da parte degli altri è strettamente legato a un proprio giudizio interno negativo e invalidante: la ragazza non si sente legittimata a essere ciò che è, perché percepisce la propria identità come instabile, costruita su fondamenta "sbagliate" o non genuine. Questo senso di non autenticità mina il processo di definizione del sé e alimenta un circolo vizioso di autocritica e ritiro, che va ben oltre la semplice paura di non essere accettata dagli altri.

La paziente, infine, vive la propria sessualità come un problema; descrive gli atti sessuali come meccanici, goffi e privi di reale coinvolgimento; la masturbazione è accompagnata da forti sensi di colpa; ha, rispetto all'atto sessuale, una percezione di sé come "diversa, noiosa, instabile".

Storia della sofferenza

Originaria di un piccolo paese di provincia, Carolina è la secondogenita (6 anni di differenza) di una famiglia di ceto economico/culturale medio. Sin dai primi anni di età, racconta la propria percezione corporea come afferente al genere maschile. Ricorda di aver capito di essere una femmina solo all'asilo quando vede per la prima volta i genitali maschili di un coetaneo.

La storia di Carolina rivela un'infanzia segnata da relazioni familiari complesse e da una costante sensazione di inadeguatezza. La relazione con la madre le ha sempre comportato molta sofferenza. Carolina la descrive come una persona infantile, ipercritica, manipolatoria e limitante: "questo non lo puoi fare, perché io ho paura", "è colpa tua se io sono triste".

La paura del giudizio, che porta Carolina a mostrare solo aspetti di sé ritenuti socialmente accettabili e a reprimere desideri e bisogni autentici per timore di essere respinta, affonda le sue radici nella relazione con la madre, figura centrale, ma al contempo fonte di profonda sofferenza. Fin dall'infanzia, Carolina si è trovata a ricoprire un ruolo di accudimento nei confronti della madre, in un'inversione dei ruoli tipici genitore-figlio. Questo schema relazionale ha contribuito allo sviluppo di una marcata difficoltà nell'espressione dei propri bisogni, favorendo una tendenza a subordinare le proprie necessità a quelle altrui. La madre, in base a quanto la paziente riferisce, è affetta da una condizione psichiatrica cronica, per la quale segue da tempo una terapia farmacologica, esercitando un'influenza significativa sulla formazione del senso di insicurezza di Carolina, alternando atteggiamenti svalutanti a richieste pressanti di attenzione. In contrasto con questa dinamica disfunzionale, il rapporto con la nonna ha, invece, rappresentato per Carolina una fonte di maggiore stabilità affettiva, offrendole un legame più prevedibile e nutriente, laddove la relazione materna si è mostrata costantemente incerta e ambivalente.

Il rapporto con il padre ha rappresentato un ulteriore fattore di vulnerabilità, contribuendo all'acquisizione di uno stile perfezionistico. Le sue richieste, spesso centrate su aspetti performativi, scolastici, sportivi e comportamentali, hanno favorito l'interiorizzazione di standard elevati e rigidi, alimentando la convinzione di dover costantemente dimostrare il proprio valore per essere riconosciuta e accettata. Una delle sequenze prese in esame in merito al perfezionismo correlato al valore di sé è stato: "papà mi ha sempre dato tutto: volevo la moto? Mi ha detto: "te la compro, a patto che impari a fare tutto, conoscere i motori, prendertene cura, non fare stronzate". Volevo fare calcio? Ho dovuto spiegargli perché volessi farlo e che sapevo come si giocava, quale erano le regole; in un certo senso dovevo meritarlo. Le difficoltà scolastiche, in particolare rispetto alla lettura e alla scrittura, hanno contribuito a costruire una bassa autostima e un senso di fallimento.

L'adolescenza di Carolina è stata segnata da un'intensa ansia sociale e da un profondo senso di incertezza rispetto alla propria identità sessuale, che ha generato in lei una forte ambivalenza nei confronti dei propri desideri e delle proprie relazioni. Fin dall'infanzia, ha vissuto esperienze affettive e sessuali con altre ragazze, ma ha sempre nascosto questo lato di sé alla famiglia e agli amici del suo paese d'origine, temendo il giudizio e il rifiuto. L'unica eccezione al segreto è stata una ragazza per cui provava, tuttavia, sentimenti contrastanti, caratterizzati da un'intimità profonda e, allo stesso tempo, da una latente ambiguità che non riusciva a definire con chiarezza.

Nelle sue amicizie femminili, Carolina tende a sviluppare un forte senso di idealizzazione, investendo emotivamente in modo intenso e vivendo la paura che i suoi sentimenti non siano ricambiati come prova della propria inadeguatezza. Questo la porta a instaurare rapporti molto stretti, ma allo stesso tempo permeati da ansia e senso di colpa, perché non sempre riesce a distinguere tra amicizia e attrazione e questo la fa sentire sbagliata o confusa.

Un ulteriore elemento che contribuisce al suo vissuto di incertezza è l'attrazione per donne più grandi, che Carolina percepisce come problematica e "anormale". Lei stessa la associa a un tentativo di colmare le mancanze affettive della figura materna, ma al tempo stesso riconosce una componente esplicitamente sessuale, che la pone in una condizione di conflitto interiore. Questa percezione è probabilmente influenzata dalla relazione difficile con la madre, che, fin da quando Carolina era bambina, ha svalutato le sue preferenze e i suoi interessi, criticandola per il modo in cui si vestiva e per le sue inclinazioni, considerate troppo maschili rispetto alle aspettative sociali. Questo giudizio precoce ha contribuito a radicare in lei la sensazione di non essere adeguata, alimentando il bisogno di conformarsi e il timore di essere respinta.

Nel corso dell'adolescenza, queste difficoltà si sono intensificate, portandola a sviluppare un rapporto ambivalente con l'alcol e le sostanze, utilizzate come strategia di evitamento per gestire il

disagio e la paura di esporsi. In questo contesto di vulnerabilità, sono emersi i primi attacchi di panico, spesso in concomitanza con eventi stressanti o cambiamenti significativi, come la necessità di confrontarsi con la propria identità in situazioni sociali o il rischio di essere "scoperta" nelle sue emozioni. La sua narrazione riflette un costante bisogno di connessione e approvazione, che però è continuamente ostacolato dalla paura del giudizio e dalla sensazione di non essere mai completamente al sicuro nell'esprimere chi è davvero.

Profilo interno del disturbo

Carolina presenta un vissuto pervasivo di inadeguatezza, accompagnato da una percezione di sé come debole e incapace. Questa rappresentazione interna negativa si estende trasversalmente ai diversi ambiti della sua vita, influenzando in modo significativo la sua autostima e il senso di efficacia personale. Tende, inoltre, ad attribuire agli altri un giudizio critico nei suoi confronti, percependosi frequentemente oggetto di valutazione negativa.

Le situazioni più difficili da affrontare sono sempre legate ai rapporti con i pari, specialmente nel contesto del suo paese d'origine, dove si sente costantemente sotto osservazione. Uscire con gli amici diventa un'esperienza ambivalente: da un lato desidera il contatto e l'inclusione, dall'altro sperimenta un profondo disagio che la porta a sentirsi fuori posto e inadeguata. Questa insicurezza si collega a una visione di sé molto rigida e svalutante: si definisce come una persona che non è in grado di fare nulla da sola; un pensiero che, però, contrasta con le sue reali capacità. Da rilevare, infatti, che, quando ha dovuto interrompere gli studi a causa dell'ansia, Carolina è, tuttavia, riuscita a trovare ben due lavori in cui si è dimostrata competente e capace. Inoltre, è una persona sportiva, con una forte connessione con la natura, aspetti che rivelano risorse importanti che però fatica a riconoscere come parti di sé.

L'analisi del profilo interno del disturbo di Carolina evidenzia una serie di schemi cognitivi e relazionali che contribuiscono al mantenimento del suo Disturbo da Attacchi di Panico (DAP). La sua ansia è fortemente radicata nella percezione che ogni sensazione fisica inaspettata possa essere il segnale di un pericolo imminente. Quando avverte un'accelerazione del battito cardiaco, un senso di vertigine o una tensione muscolare improvvisa, interpreta questi segnali come premonitori di un evento catastrofico, come perdere il controllo o addirittura morire. Il timore di stare male in presenza degli altri si intreccia con la paura di diventare un peso per loro, alimentando un circolo vizioso in cui il panico non è solo legato alla paura della propria sofferenza, ma anche all'idea di essere fonte di preoccupazione o fastidio per chi le sta vicino. Questo meccanismo la porta a evitare

situazioni che percepisce come rischiose, in particolare quelle sociali, e a sviluppare una sensazione di isolamento e impotenza.

Dal punto di vista metacognitivo, Carolina attribuisce un valore positivo alla preoccupazione, considerandola un meccanismo essenziale per essere preparata alle difficoltà. Tuttavia, questa strategia le si ritorce contro, perché la costante anticipazione del pericolo la tiene in uno stato di allerta continua, impedendole di sperimentare la possibilità che le cose possano andare diversamente. Contemporaneamente, vive i propri pensieri come qualcosa di incontrollabile: quando l'ansia emerge, sente di non avere alcun potere su di essa e si convince che non riuscirà mai a liberarsene. Questo rafforza ulteriormente il senso di blocco rispetto al futuro, come se ogni errore passato fosse una condanna inevitabile a ripetersi.

Un altro aspetto centrale è la sua sensibilità interpersonale, fortemente legata al contesto familiare. Fin da piccola, Carolina ha imparato a mettere da parte i propri bisogni per occuparsi degli altri, in particolare della madre, con la quale ha avuto un rapporto di cura invertito. Questo schema si riflette oggi nella difficoltà a dire di no e nell'incapacità di esprimere chiaramente i propri desideri ed emozioni, poiché sente di dover sempre essere disponibile per chi le chiede qualcosa. Il bisogno di non deludere gli altri diventa quindi un ulteriore fattore di vulnerabilità, esponendola a relazioni sbilanciate e alla tendenza a mettere i bisogni altrui al di sopra dei propri. Il panico diventa, in questo quadro, non solo un segnale di allarme, ma anche l'espressione di un conflitto più profondo tra il desiderio di autodeterminarsi e la paura di non essere accettata se dovesse davvero esprimere chi è e ciò che vuole.

Fattori e processi di mantenimento

Il Disturbo da Attacchi di Panico di Carolina si radica in un insieme complesso di fattori cognitivi, emotivi e relazionali che si alimentano a vicenda, mantenendo vivo il circolo dell'ansia e della paura.

Uno degli elementi più significativi è l'evitamento: di fronte a situazioni che percepisce come minacciose, la sua strategia istintiva è quella di sottrarsi, allontanandosi dall'evento o cercando rassicurazioni esterne. Sebbene nel breve termine questa tattica le offra un senso di sollievo, nel lungo periodo rafforza la convinzione di non essere in grado di affrontare le proprie paure, riducendo progressivamente la sua autonomia e aumentando la dipendenza dagli altri. L'evitamento diventa così una trappola: ogni volta che scappa da una situazione ansiogena, conferma a se stessa di non poterla gestire, accrescendo ulteriormente il senso di fragilità e insicurezza.

A rafforzare questo meccanismo c'è una marcata ipervigilanza nei confronti delle proprie sensazioni fisiche. Carolina è costantemente attenta a qualsiasi cambiamento nel suo corpo, interpretando ogni minimo segnale – un battito cardiaco accelerato, una sensazione di vertigine, un nodo alla gola – come il presagio di un evento catastrofico. Questa lettura distorta non solo intensifica l'ansia, ma innesca un ciclo di paura che si autoalimenta: più si concentra sulle sensazioni, più queste aumentano, fino a sfociare in veri e propri attacchi di panico. Il problema non è solo il timore di stare male, ma anche la paura che gli altri possano accorgersene e giudicarla, alimentando così un senso di inadeguatezza ancora più profondo.

In questo contesto, l'uso di alcol e sostanze ha rappresentato per Carolina un tentativo di coping disfunzionale. Durante l'adolescenza, il loro consumo è diventato un modo per attenuare l'ansia sociale e la confusione riguardo alla propria identità. Tuttavia, invece di aiutarla a superare le difficoltà, questa strategia ha contribuito a radicare ulteriormente la sua insicurezza, esponendola al rischio di sviluppare una dipendenza e aumentando il senso di perdita di controllo.

Anche sul piano relazionale, Carolina ha sviluppato schemi che contribuiscono al mantenimento del suo disagio. La paura del giudizio la porta a mostrare agli altri solo una parte di sé, quella che ritiene più accettabile, trattenendo i suoi veri desideri e bisogni per timore di essere respinta. Questo atteggiamento si riflette in una costante ricerca di approvazione e affetto, che la espone al rischio di accettare comportamenti svalutanti o manipolatori pur di non sentirsi abbandonata. Le sue relazioni affettive sono spesso caratterizzate da una dinamica di dipendenza: fatica a porre confini chiari, si adatta alle richieste dell'altro e tende ad annullarsi, specialmente nelle relazioni più significative. Un esempio evidente è la sua storia con l'ex ragazzo, un rapporto in cui si è sentita controllata e sminuita, senza riuscire a opporsi.

Queste esperienze hanno alimentato un quadro di ansia generalizzata, che non si limita agli attacchi di panico, ma si estende a ogni ambito della sua vita. Carolina si preoccupa in modo eccessivo e pervasivo di molteplici aspetti: la sua salute, le sue relazioni, il suo futuro. La sua mente è costantemente impegnata in un dialogo interno negativo, in cui eventi passati vengono "ruminati" all'infinito e il futuro viene visto attraverso una lente catastrofica. Questa ansia persistente è alimentata da credenze metacognitive disfunzionali: da un lato, Carolina è convinta che preoccuparsi sia necessario per essere preparata alle difficoltà, dall'altro sente di non avere alcun controllo sui suoi pensieri, vivendo la sua mente come un luogo caotico e fuori controllo.

Tutto questo contribuisce a creare una sensazione di blocco, un'incapacità di immaginare un futuro sereno per sé stessa. Sebbene abbia dimostrato di avere risorse e capacità – riuscendo, ad esempio, a trovare due lavori in cui si è distinta nonostante le difficoltà – non riesce a riconoscere il

proprio valore. Si vede fragile, incapace, dipendente dagli altri, quando in realtà ha già dimostrato di essere molto più forte di quanto crede.

Scompenso e vulnerabilità

Lo scompenso nel caso di Carolina si è verificato in un periodo di transizione significativa, quando ha dovuto affrontare nuove responsabilità professionali e relazionali. L'aumento dello stress e la mancanza di strategie di coping efficaci hanno portato a un'intensificazione degli attacchi di panico e a un aumento dell'evitamento. Il tutto aggravato dalla relazione affettiva con l'ex ragazzo, svalutante e manipolatorio.

La vulnerabilità di Carolina al DAP è multifattoriale. Fattori genetici e biologici possono aver contribuito a una predisposizione all'ansia. Esperienze infantili negative, come le difficoltà scolastiche e le relazioni familiari complesse, hanno contribuito a una bassa autostima e a una scarsa capacità di gestire lo stress. Inoltre, il suo senso di incertezza riguardo all'identità sessuale e i conflitti relazionali hanno aumentato la sua vulnerabilità al disturbo.

Trattamento psicoterapeutico

Il trattamento psicoterapeutico di Carolina si basa sull'approccio cognitivo-comportamentale. Le componenti principali del trattamento includono:

Contratto e scopo della terapia. L'obiettivo principale della terapia è aiutare Carolina a sviluppare una maggiore consapevolezza dei suoi processi metacognitivi e interpersonali, a modificare le credenze disfunzionali e a sviluppare strategie di coping più efficaci per gestire l'ansia e migliorare le sue relazioni. Il contratto terapeutico prevede un lavoro collaborativo tra terapeuta e paziente, con un focus sull'esplorazione dei pensieri, delle emozioni e dei comportamenti.

Valutazione. La valutazione iniziale prevede l'utilizzo di strumenti standardizzati per misurare l'ansia, la depressione e le credenze metacognitive (Beck Anxiety Inventory = 35, severe anxiety, Beck Depression Inventory = 21, moderate depression, Metacognitions Questionnaire-30 = 102). Durante la terapia, vengono utilizzate tecniche di monitoraggio dei pensieri e delle emozioni per valutare i progressi e identificare le aree di difficoltà.

Psicoeducazione. Fornire informazioni accurate sul DAP e sui meccanismi che lo mantengono.

Modificare le credenze Metacognitive. Identificare e modificare i pensieri e le credenze disfunzionali che contribuiscono all'ansia.

Distacco Consapevole (Detached Mindfulness). Insegnare a Carolina a osservare i suoi pensieri come eventi mentali transitori, senza reagire o controllarli.

Esposizione Enterocettiva. Indurre deliberatamente sensazioni fisiche simili a quelle provate durante gli attacchi di panico per ridurre la paura e l'evitamento.

Gestione della Preoccupazione tramite il “Posticipo della Preoccupazione”: Carolina stabilisce un momento specifico per preoccuparsi, limitando la ruminazione durante il resto della giornata.

Valutazione dei Costi e Benefici della Preoccupazione. Carolina esamina criticamente le sue credenze positive sulla preoccupazione, valutando se i presunti benefici superano i costi emotivi e comportamentali.

Esposizione In Vivo. Affrontare gradualmente le situazioni temute per ridurre l'ansia e l'evitamento.

Training di Rilassamento. Apprendere tecniche di rilassamento per ridurre l'attivazione fisiologica e gestire l'ansia.

Inoltre, il trattamento di Carolina include un focus sull'esplorazione della sua identità sessuale e sul miglioramento delle sue capacità relazionali.

Il trattamento psicoterapeutico di Carolina si basa sull'integrazione dei principi della Terapia Metacognitiva (MCT) e di un focus sulle dinamiche interpersonali e l’utilizzo di alcuni strumenti provenienti dall’ Acceptance and Commitment Therapy (ACT) per aiutarla a gestire i pensieri di vergogna e senso di colpa.

Descrizione della Terapia

Fase 1: Psicoeducazione e Concettualizzazione del Caso: Fornire informazioni sul DAP, sulla MCT e sulle dinamiche interpersonali rilevanti nel caso. Aiutarla a comprendere come le sue credenze metacognitive e i suoi schemi relazionali contribuiscono al mantenimento del disturbo. Sono stati forniti supporti cartacei, per concettualizzare il disturbo, sia da un punto di vista evolutivo, neurobiologico che psicologico. Il circuito del Panico è stato molto utile alla paziente per identificare i fattori di mantenimento, l’utilizzo dello schema dei tre cerchi della Compassion Focused Therapy (CFT),(Gilbert, 2009) ha aiutato la paziente ad identificare le aree su cui voleva maggiormente lavorare.

Fase 2: Modifica delle Credenze Metacognitive: Utilizzare tecniche come il "dibattito socratico", “probabilità cumulativa” e gli "esperimenti comportamentali" per sfidare le credenze metacognitive disfunzionali di Carolina. Aiutarla a sviluppare credenze più realistiche e flessibili sui suoi pensieri e sulle sue emozioni. Alcuni eventi sono stati presi in esame tramite imagery rescripting, ad esempio: “quando ero piccola mi diceva che non ero capace a fare nulla, stava sempre a letto”, “non potevo invitare nessuno a casa”, “quando aveva le sue crisi, c’ero io con lei, papà anche ma è

sempre stato al lavoro, mia sorella invece mi ricordo che si arrabbiava e basta, è per questo che se ne è andata presto". Un altro evento significativo target è stato: "da piccola avevo super paura del buio, mia sorella non voleva lasciare la luce accesa, quindi io piangevo, mi ricordo che mia nonna una volta mi disse che potevo dormire con lei, ero felice perché sentivo che mi avrebbe protetta. Quando lo seppe mamma, lei, per non discutere con la figlia, si rimangiò tutto. Come se fosse colpa mia se avevo paura. Mi sembrava sempre che loro due litigassero sempre, io ero solo un pretesto". Appare chiaro come il wish della paziente sia inerente all'attaccamento, l'essere difesa, vi è un forte rimuginio sull'essere valutata negativamente e quindi con una tendenza comportamentale all'evitamento e all'ipercontrollo, caratterizzato da una deprivazione della sfera esplorativa.

Fase 3: Distacco Consapevole (Detached Mindfulness): Insegnare a Carolina a osservare i suoi pensieri come eventi mentali transitori, senza reagire ad essi o cercare di controllarli. Sono stati utilizzati sia esposizione e prevenzione della risposta (Erp) che esercizi di mindfulness per promuovere la consapevolezza del momento presente e la capacità di accettare le proprie esperienze interne.

Fase 4: Modifica dei Cicli Interpersonali Disfunzionali: Identificare e analizzare i cicli interpersonali disfunzionali di Carolina, aiutandola a comprendere come i suoi schemi relazionali contribuiscono al mantenimento del disturbo. Utilizzare tecniche come la "ristrutturazione cognitiva", il "role-playing" e strumenti ACT per sviluppare modalità di interazione più sane e assertive.

Fase 5: Consolidamento e Prevenzione delle Ricadute: Aiutare Carolina a consolidare le strategie di coping apprese durante la terapia e a sviluppare un piano per prevenire le ricadute future.

Nel corso della terapia, è stato dedicato uno spazio specifico all'esplorazione e alla chiarificazione delle dimensioni relative all'identità di genere e all'orientamento sessuale. Attraverso l'utilizzo di materiale psicoeducativo è stato proposto alla paziente il seguente modello grafico semplificato (fig. 1), per stimolare la riflessione sull'identità sessuale come un intreccio dinamico e complesso di dimensioni che comprendono: l'identità di genere, intesa come senso soggettivo di aderenza al proprio sesso biologico, che, in quanto tale, può collocarsi anche al di fuori del binarismo maschio/femmina, e l'orientamento sessuale, inteso come direzione dell'attrazione affettiva e/o sessuale, indipendentemente dall'identità di genere percepita.

È stata inoltre affrontata la tematica dell'omofobia interiorizzata, analizzandone il ruolo nel generare vissuti di vergogna e autocritica, e nel contribuire a una rappresentazione di sé negativa e distorta. L'interiorizzazione di messaggi sociali svalutanti rispetto all'omosessualità e alla fluidità di

genere si è rivelata un fattore centrale nella costruzione di una percezione di sé come “sbagliata” o “inadeguata”.

Un passaggio rilevante del lavoro terapeutico ha riguardato l’identificazione e la messa in discussione delle credenze disfunzionali legate ai ruoli di genere. Attraverso la tecnica della ristrutturazione cognitiva si è lavorato sull’analisi critica di pensieri automatici del tipo “una donna dovrebbe essere attratta solo dagli uomini” o “se provo attrazione per una donna, allora forse non sono davvero una donna”. Si è ricorso a esercizi di esame delle prove a favore e contro queste convinzioni, evidenziando come molte di esse si basassero su stereotipi sociali e non su elementi validati dall’esperienza personale.

Parallelamente, sono stati introdotti concetti relativi al genere come costrutto sociale, favorendo una riflessione più flessibile e personalizzata su cosa significhi “essere donna” o “essere uomo”, e aprendo alla possibilità che il proprio vissuto identitario non debba necessariamente conformarsi a ruoli predefiniti o aspettative esterne.

La paziente ha mostrato apertura e interesse nell’esplorazione di queste tematiche. Tale consapevolezza ha rappresentato un punto di svolta nel percorso terapeutico, favorendo una maggiore accettazione di sé e una progressiva riduzione del conflitto interno legato all’identità.

Conclusione

Il caso di Carolina evidenzia la complessità del Disturbo da Attacchi di Panico, soprattutto quando si presenta in comorbilità con vissuti legati all’identità e all’orientamento sessuale. L’intervento terapeutico ha richiesto un approccio integrato e flessibile, capace di tenere conto non solo dei fattori cognitivi, comportamentali ed emotivi, ma anche delle dinamiche relazionali e delle esperienze di omofobia interiorizzata.

Il trattamento cognitivo-comportamentale si è dimostrato efficace nella riduzione della frequenza e dell’intensità degli attacchi di panico, nel contenimento dell’ansia anticipatoria e nella promozione di un senso più stabile di autoefficacia. Parallelamente, si è osservato un progressivo miglioramento dell’autostima e una maggiore capacità da parte della paziente di riconoscere e validare i propri stati interni.

Tuttavia, il percorso terapeutico si è rivelato particolarmente impegnativo in quanto intrecciato con tematiche identitarie profonde e con la presenza di schemi maladattivi precoci legati all’attaccamento, in particolare alla ricerca di approvazione e alla paura dell’abbandono. Le metacredenze disfunzionali legate alla sessualità e all’identità di genere, pur se esplorate e in parte ristrutturate, permangono come aree di significativa vulnerabilità. L’omofobia interiorizzata,

componente spesso silente e trasversale nelle situazioni di minority stress, si sta rendendo accessibile solo ora, grazie al consolidamento dell'alleanza terapeutica e alla creazione di uno spazio sicuro di esplorazione.

Questo caso sottolinea quanto sia complesso il lavoro clinico con pazienti che vivono dimensioni multiple di vulnerabilità. Le patologie correlate al minority stress, infatti, presentano frequentemente un'alta comorbilità e richiedono un inquadramento diagnostico e terapeutico che non si limiti alla sintomatologia manifesta, ma che sappia includere le esperienze soggettive di esclusione, giudizio e invisibilità. La presenza simultanea di fattori individuali, interpersonali e socio-culturali rende imprescindibile un lavoro terapeutico approfondito, capace di integrare la gestione dei sintomi con la ricostruzione di un senso di sé più autentico, legittimato e stabile.

La paziente è attualmente seguita con cadenza settimanale da circa sei mesi, e mostra una progressiva apertura verso la rielaborazione di aspetti identitari complessi, pur permanendo elementi di fragilità che richiederanno tempo e continuità per essere affrontati in modo più profondo.

Bibliografia

Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. Behaviour Research and Therapy, 24(4), 461-470.

Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2014). Mastery of Your Anxiety and Panic: Workbook (Treatments That Work) (5th ed.). Oxford University Press.

Wells, A. (2000). Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. John Wiley & Sons.

Gilbert, P. (2009). The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges. New Harbinger.

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista: psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

psicoterapeuti in-formazione

2025, NUMERO SPECIALE

Disturbi alimentari e persone LGBTQ: il ruolo del Minority Stress

Gabriele Naticchioni[1,2]

[1] Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica e Salute, Facoltà di Medicina e Psicologia, Università di Roma "La Sapienza", Italia.
[2]UOSD Disturbi del Comportamento Alimentare, Dipartimento di Salute Mentale, ASL Roma 1, Italia.

Riassunto

La letteratura e le evidenze cliniche sottolineano una prevalenza di disturbi alimentari significativamente maggiore tra le persone LGBTQ rispetto alle persone eterosessuali e cisgender, specie tra i giovani (Johns et al., 2020). In linea con il modello del Minority Stress (Meyer, 1995; 2003), gli studi indicano che tale maggior prevalenza tra le persone LGBTQ correli sia con esperienze di discriminazione subite, sia con lo stigma interiorizzato - basato sulla non totale accettazione della propria identità sessuale (Parker & Harriger, 2020). Inoltre, altri contributi suggeriscono che le persone transgender e non binarie possono essere maggiormente esposte all'insorgenza di disturbi alimentari, anche in virtù dei "vantaggi secondari" offerti dal disturbo (Nagata et al., 2020). Tra i principali fattori di rischio si evidenzia l'insoddisfazione corporea (Jones et al., 2015) e l'auto criticismo, significativamente correlato al minority stress, in particolare all'accezione interiorizzata (Muzi et al., 2023).

Parole chiave: Disturbi alimentari - LGBTQ - Stress da minoranza - Disturbi dell'immagine corporea - Studi di genere

Summary

The literature and clinical evidence point to a significantly higher prevalence of eating disorders among LGBTQ people than among heterosexual and cisgender people, especially among youth (Johns et al., 2020). Consistent with the Minority Stress Model (Meyer, 1995; 2003), studies indicate that such higher prevalence among LGBTQ people correlates both with experiences of discrimination suffered and with internalized stigma - based on not fully accepting one's sexual identity (Parker & Harriger, 2020). In addition, other contributions suggest that transgender and nonbinary people may be more prone to eating disorders, partly because of the "secondary benefits" offered by the disorder (Nagata et al., 2020). The main risk factors include body dissatisfaction (Jones et al., 2015) and self-criticism, which is significantly related to minority stress, particularly referred to internalized form (Muzi et al., 2023).

Key words: Eating disorders - LGBTQ - Minority Stress - Body Image Disorder - Gender studies

Gabriele Naticchioni, *Disturbi alimentari e persone LGBT: il ruolo del Minority Stress*. Numero speciale 2025, pp. *48-59.* 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

Introduzione

Negli ultimi venti anni la salute mentale delle persone appartenenti a minoranze sessuali[1] è stata al centro di particolare interesse nell'ambito della ricerca così come in quello clinico. È stato infatti ampiamente evidenziato un maggior rischio, per le persone LGBTQ[2], di sviluppare sintomi e patologie psichiche a causa dello *stress* derivante dalle esperienze di stigma e discriminazione (Meyer 1995 - 2003 - 2012). Questo è tanto più vero per quanto riguarda i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e per i disturbi dell'immagine corporea, per i quali si evidenzia una rilevante discrepanza tra i tassi di prevalenza nelle persone queer[3], significativamente maggiore, e quelli delle loro controparti cisgender-eterosessuali (Simone et al., 2020; Dahlenburg et al., 2020) specie nella popolazione maschile (Kamody et al., 2020).

Numerose ricerche hanno riscontrato che più di un adolescente queer su due ha ricevuto una diagnosi formale per disturbi alimentari durante la propria vita, e la prevalenza si attesta al 70% se si considerano i disturbi alimentari sottosoglia o non diagnosticati ma sospettati (The Trevor Project, 2018; Gonzales et al., 2021). La differenza è particolarmente significativa nel confronto tra gli individui transgender e cisgender, e all'interno della popolazione cisgender tra maschi non eterosessuali ed eterosessuali. (Simone et al., 2020; Gordon et al., 2019; Cella et al., 2015; Strong et al., 2010). Risultati similari sono stati confermati da una recente ricerca italiana, che ha riscontrato una prevalenza di sintomi alimentari nettamente maggiore nei maschi non eterosessuali rispetto alla controparte eterosessuale, e risultati più misti ma comunque significativi relativamente al confronto nei sottogruppi femminili (Muzi et al., 2023).

Appurata la maggior prevalenza di sintomi e disturbi alimentari nelle minoranze sessuali, numerosi autori si sono interrogati su quali potessero essere i fattori di mediazione alla luce dei

[1]Minoranze sessuali: con tale termine si fa riferimento alla popolazione composta da individui non eterosessuali e/o non cisgender, laddove si definisce con "maggioranza sessuale" quella composta da individui cisgender (dove il genere biologico coincide con l'identità di genere) con orientamento eterosessuale. Nelle minoranze sessuali rientrano gli individui con orientamento non eterosessuale (omosessuale, bisessuale, pansessuale, asessuale, demisessuale), le persone non cisgender (transgender, non binarie), le persone intersessuali e chiunque non si riconosca nella suddetta maggioranza cisgender eterosessuale. In questo articolo, si useranno con la funzione di sinonimi i termini "minoranze sessuali", "persone queer", "persone LGBTQIA+".

[2]LGBTQIA+: Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, Intersexual, Asexual. Vedi nota 1 sulle minoranze sessuali.

[3]Queer: termine ombrello per riferirsi a chi non si riconosce nelle norme di genere eterosessual-cisgender. Vedi nota 1 sulle minoranze sessuali.

quali poter interpretare tali evidenze. Il maggior consenso è stato raccolto dal modello del *Minority Stress*, largamente utilizzato per comprendere le disparità relative al benessere mentale nelle minoranze sessuali (Meyer, 2003; Henrichs & Szymanski, 2017). Il modello del *Minority Stress* postula che le persone queer siano esposte a numerosi e specifici fattori di *stress*, di natura distale – come lo stigma e la discriminazione – e prossimale – come l'omobitransnegatività interiorizzata (Meyer, 2015) - che possono impattare gravemente sul benessere psicofisico (Brewster et al., 2016).

***Minority stress*: esistere come minoranza**

Ogni minoranza - sia essa etnica, culturale, religiosa – è esposta a specifici e peculiari fattori di *stress* ambientale a motivo della propria identità minoritaria, a fronte di un'alterità maggioritaria. Esistere percependo sé come "diverso" rispetto a una maggioranza può rappresentare una sfida altamente impegnativa, specie durante l'età evolutiva, soprattutto se nell'accezione sociale di quella diversità sia possibile rintracciare delle derive svalutanti e discriminatorie, come nei casi delle minoranze etniche o sessuali, appunto. Questo può esporre, come evidenziano numerose ricerche e contributi teorici, a un maggior rischio di sviluppare disagi psicologici tra cui ansia, disturbi dell'umore, abuso di alcool e sostanze, condotte autolesive, disturbi alimentari e dell'immagine corporea (Gonzales et al., 2021).

Accanto ai fattori di rischio però, vi possono essere dei fattori protettivi. Dei luoghi, dei contesti, dei momenti, in cui le persone appartenenti a una stessa minoranza possono ritrovarsi e trovare sostegno, rispecchiamento, reciprocità e senso di appartenenza: luoghi di culto e di aggregazione sociale, festività e ricorrenze comuni, la famiglia d'origine. Quest'ultima infatti condivide -nella stragrande maggioranza dei casi- lo status minoritario con il singolo, in relazione alla quale questi può trovare riparo, conforto, validazione e protezione. Ciò non sempre è vero per le persone appartenenti a minoranze sessuali, che a differenza delle altre minoranze generalmente non condividono il proprio status di minoranza con gli altri membri della famiglia, e di conseguenza non possono giovare degli stessi fattori di protezione citati. Anzi, spesso il contesto familiare viene esperito, dalla persona queer, come la prima fonte – sia a livello temporale sia di rilevanza – di *stress*, stigmatizzazione e disagio. Spesso l'identità sessuale – e quindi minoritaria – viene vissuta nel segreto e nella vergogna, temendo che la condivisione comporti l'esclusione, la violenza o quanto meno una risposta negativa dai familiari. Lo status minoritario, esperito dalla persona costantemente nel contesto sociale, viene quindi rinforzato tra le mura domestiche, esacerbando i fattori di rischio per la salute mentale sopra citati (Lingiardi, 2013).

Questo fenomeno prende il nome di *minority stress,* da cui prende nome il "*Minority Stress Model*", teorizzato e revisionato da Meyer rispettivamente nel 1995 e nel 2003, che oggi rappresenta uno dei modelli maggiormente significativi per lo studio, l'analisi e l'interpretazione delle dinamiche sociali salute-correlate nelle minoranze sessuali. Il MSS si compone di tre dimensioni che descrivono l'esperienza dello *stress* minoritario intersecandosi vicendevolmente, a livello inter ed intrapersonale, e che vengono così definite (Lingiardi, 2013):

- *Esperienze di discriminazione e violenza*

Appartiene a questa dimensione del *minority stress* ogni forma di violenza esplicita (verbale o fisica) subita in quanto non eterosessuale o non conforme al genere assegnato alla nascita (caratteristiche traumatiche acute). Rientrano in questa dimensione anche l'esclusione sociale e ogni forma di discriminazione a motivo della suddetta identità sessuale non conforme (caratteristiche traumatiche croniche). Un esempio potrebbe essere una persona sbeffeggiata dai propri pari, licenziata dal luogo di lavoro, o esclusa da un gruppo sportivo o dalla propria famiglia per la propria identità minoritaria.

- *Stigma percepito*

Riguarda il livello di vigilanza relativo alla paura di essere "identificati" come minoranze sessuali, per cui quanto maggiore è la percezione della possibilità del rifiuto sociale, tanto più alto sarà il grado di allerta e sensibilità all'ambiente. Ne consegue che livelli elevati di stigma percepito possono comportare stati continui di *stress* da ipervigilanza e monitoraggio. Anche il non sapere quali reazioni potrebbe suscitare, in famiglia o al lavoro, il proprio coming out come persona non eterocis, rientra in tale dimensione. Questa può essere alimentata, similarmente a quanto accade nelle dinamiche post traumatiche, anche dal venire a conoscenza di episodi di violenza e discriminazione subiti da altre persone a motivo della propria identità sessuale "non conforme", temendo che lo stesso possa accadere anche a sé.

- *Omobitransqueerfobia interiorizzata*

Con tale definizione si intende l'accettazione, da parte di una persona non eterocis, di tutti i pregiudizi, le etichette e gli stereotipi negativi, gli atteggiamenti discriminatori nei confronti delle identità queer; l'interiorizzazione del pregiudizio, più o meno consapevole, può portare a vivere in

modo conflittuale il proprio orientamento sessuale o la propria identità di genere, fino a volerle contrastare e/o nutrire sentimenti negativi nei confronti delle altre identità queer.

Alla luce di tale modello, risulta evidente come lo sviluppo psicologico delle persone queer possa essere segnato uno stato di *stress* continuativo, macro e micro traumatico, conseguenza di ambienti ostili, episodi di stigmatizzazione e violenza, sia da parte dei singoli che da parte di formazioni collettive e istituzionali.

Sulla base della letteratura clinica ed empirica, che riconosce un maggiore prevalenza di psicopatologia nelle minoranze sessuali, diversi autori si sono interrogati sul ruolo svolto dalle esperienze di discriminazione basate sulla "non conformità sessuale" come catalizzatore del rischio psicopatologico (Kamody et al., 2019). È stato così evidenziato che essere vittima di stigmatizzazione sulla base di un'identità sessuale minoritaria possa effettivamente esacerbare tale eventualità (Rodriguez-Seijas, 2019) e fornire una chiave di lettura per la disparità epidemiologica per la psicopatologia tra la popolazione eterocis e non, compreso quanto riguarda i disturbi alimentari e dell'immagine corporea oggetto del presente contributo (Hatzenbuehler et al., 2010; Pistella, 2019).

Disturbi alimentari maschili: la sofferenza di Adone

A causa degli stereotipi di genere che per molto tempo hanno ascritto i disturbi alimentari unicamente al mondo femminile, i disturbi alimentari nella popolazione maschile sono stati a lungo ignorati, sottostimati, mal diagnosticati. Numerosi studi suggeriscono che via sia un rilevante sommerso a riguardo, con una prevalenza nettamente superiore rispetto a quella comunemente sostenuta (Diemer et al., 2015). In particolare, recenti contributi ipotizzano una prevalenza di disturbi alimentari 1,9-3,6 volte superiore tra le minoranze sessuali maschili rispetto alla controparte eterosessuale (Kamody et al., 2021), arrivando a rappresentare dal 14 al 42% della popolazione clinica affetta da disturbi alimentari (Simone et al., 2020).

Se da una parte è quindi lecito ipotizzare che vi sia una considerevole quota di disturbi alimentari "sommersi", è altrettanto lecito ipotizzare che vi sia stato un incremento specifico negli ultimi decenni, così come è stato osservato nel genere femminile, sulla base di fattori socioculturali. In particolare alcuni studi hanno interpretato tale aumento adducendolo alla maggiore pressione socioculturale esercitata -anche- sui corpi maschili. Questa avrebbe portato all'interiorizzazione di standard fisici idealizzati e spesso poco realistici, esacerbando il grado di insoddisfazione corporea e il conseguente *distress* psicologico, il cui esito è spesso lo sviluppo di sintomatologie alimentari

(Simone et al., 2020; Yean et al., 2013). La ricerca di un corpo muscoloso e tonico potrebbe affondare le radici nell'interiorizzazione di quegli standard culturali che nel caso dell'uomo associano il corpo ipertrofico al potere, al prestigio e al riconoscimento sociale fin dall'infanzia (Breslow et al., 2020). Proprio come osservato per Barbie, che ha influenzato generazioni di bambine proponendo un'ideale di femminilità eccessivamente magra, sproporzionata e non verosimile rispetto alle misure anatomiche reali (Rice et al., 2016; Paxton, 2018), anche le fisicità di eroi e super eroi proposte dai media potrebbero aver influenzato largamente l'immaginario collettivo maschile fin dall'infanzia (Pope et al., 1999; Karazsia et al., 2017). Calzo (2015) ipotizza inoltre che all'interno della popolazione non eterosessuale la ricerca di un corpo tonico e muscolarizzato possa essere motivata dal tentativo di omologarsi alla rappresentazione eteronormata della mascolinità, in modo da sfuggire alle esperienze di stigmatizzazione e discriminazione sulla base di una fisicità "*deviante*" dall'ideale tradizionale di virilità, come quella di essere considerati "*femminili*" in relazione a un corpo meno muscoloso. Numerose ricerche evidenziano, a conferma di tale ipotesi, una maggior prevalenza di esperienze di discriminazione basate sulle forme corporee nelle minoranze sessuali (Parker & Harriger, 2020). Se la pressione sui corpi femminile è – tristemente – comprovata da numerosi anni, quella sui corpi maschili è di più recente acquisizione, e potrebbe correlare efficacemente con l'aumento dei disturbi alimentari e dell'immagine corporea anche nella popolazione maschile. Questo è ancor più significativo nella popolazione queer maschile, esposta a una maggior oggettivazione sessuale, come sottolineato da alcune ricerche (Breslow et al, 2020; Parker & Harriger, 2020). All'interno della stessa comunità non eterosessuale infatti, si riscontra una maggior tendenza a rappresentare il proprio e altrui corpo come un oggetto attraverso il quale ricercare riconoscimento, validazione e prestigio sociale. Il corpo –ipertrofico- diviene il mezzo attraverso cui affermare dimensioni intrapersonali come la forza e l'assertività, aspetti nucleari dell'espressione di genere maschile comunemente e stereotipicamente intesa. Attorno ad esso si gioca una sfida identitaria rilevante, ovvero l'appartenenza al genere – e di conseguenza, la validazione sociale.

La violenza del patriarcato: i disturbi alimentare nella popolazione femminile

Come già accennato le evidenze circa la popolazione femminile sono meno nitide, a fronte di fattori socioculturali complessi e in via di particolare evoluzione nella contemporaneità. Alcune ricerche riscontrano tassi di prevalenza simili nel confronto tra i sottogruppi eterocis e quelli queer, a causa delle pressioni socioculturali sulla totalità dei corpi femminili, rilevanti fattori di rischio per lo sviluppo di tali sintomatologie. Altri studi confermano una maggior prevalenza tra le donne non

eterosessuali, a causa delle esperienze di stigmatizzazione sopracitate, similarmente a quanto avviene nella popolazione maschile. Altri contributi ancora riscontrano una minor prevalenza nelle minoranze sessuali femminili, in virtù della "protezione" esercitata dalla cultura femminista largamente condivisa all'interno della comunità queer femminili. Secondo tale ipotesi il sistema di valori caratterizzante l'approccio femminista porterebbe a rigettare gli standard etero-normativi che impongono alle donne il culto della magrezza e le dinamiche di auto-oggettivazione sessuale, svolgendo un ruolo protettivo dalle suddette pressioni socioculturali.

A fronte di tali contributi apparentemente divergenti, è possibile proporre alcune riflessioni. Se da una parte è condivisibile l'ipotesi del ruolo protettivo svolto dalla cultura femminista, è altrettanto condivisibile che questa si integri nel sistema valoriale degli individui in una fase evolutiva adulta, prima della quale si è esposte largamente ai modelli e agli stereotipi di genere condivisi dalla società, (Hazzard et al., 2019). Pertanto la cultura femminista potrebbe "modulare", più che "annullare", i suddetti fattori di rischio, e solo in un secondo momento. Al tempo stesso i contributi sul *minority stress* suggeriscono che l'adesione a sistemi culturali "minoritari", propri di uno specifico sottogruppo, viaggi di pari passo al senso di appartenenza alla comunità minoritaria stessa: pertanto una persona che faccia difficoltà ad accogliere la propria identità minoritaria, difficilmente ricercherà l'appartenenza al relativo sottogruppo e di conseguenza non entrerà in contatto con il suo sistema culturale "divergente". Per fare un esempio: una donna lesbica che presenti difficoltà nell'accogliere il proprio orientamento sessuale (omonegatività interiorizzata), difficilmente ricercherà di appartenere alla comunità lesbica, non esponendosi ai valori portati dalla specifica sottocultura, tra cui le istanze femministe sui corpi in questione. Questa stessa persona potrebbe dunque ritrovarsi sotto un fuoco incrociato, con il *minority stress* –in virtù dell'orientamento sessuale- da una parte e l'oggettivazione sessuale dei corpi femminili dall'altra -in virtù del genere femminile in una società tendenzialmente patriarcale-, risultando quindi maggiormente esposta ai fattori di rischio per lo sviluppo di sintomatologie alimentari rispetto sia alle donne eterosessuali, sia alle donne lesbiche con un forte senso di appartenenza alla comunità.

Una prospettiva italiana

Come introdotto i fattori socioculturali rivestono un ruolo cruciale nell'interpretazione delle questioni relative ai disturbi alimentari e dell'immagine corporea, vista la centralità del corpo nelle dinamiche di auto ed etero rappresentazione e affermazione identitaria, che a sua volta sono inevitabilmente influenzate dalla cultura, dalla collettività e dagli specifici sottogruppi. Per tale ragione si vuole approfondire uno studio italiano condotto nel 2023 (Muzi et al., 2023) che ha

esplorato le dimensioni del disagio e dell'insoddisfazione corporea – temi centrali e comuni tra i disturbi dell'immagine corporea e quelli alimentari - in persone cisgender omosessuali, eterosessuali e bisessuali di genere maschile e femminile, approfondendo le specifiche differenze tra i sottogruppi anche in rapporto all'auto criticismo – strettamente correlato al *minority stress*, e in particolare alla sua forma interiorizzata-.

Lo studio è stato condotto su 1231 soggetti maggiorenni, di nazionalità italiana ed età media di 30.34 anni, suddivisi in sottogruppi in base al genere e all'orientamento sessuale: 13.2% donne lesbiche (L), 22.5% uomini gay (G), 11% donne bisessuali (BW), 3.2% uomini bisessuali (BM), 32.3% donne eterosessuali (HW), 17.8% uomini eterosessuali (HM). Il disagio e l'insoddisfazione corporea sono stati misurati attraverso gli strumenti BUT-A (*Body Uneasiness Test – Form A;* Cuzzolaro et al. 2006) ed EDI3-RF-BD (*Eating Disorder Inventory-3 Referral Form; Garner, 2004)*, mentre l'auto criticismo attraverso *FSCRS-IF/HS (Forms of Self-Criticizing/Attacking & Self-Reassuring Scale;* Gilbert et al., 2004). Dallo studio sono emersi i seguenti risultati:

- nella la popolazione maschile, il campione queer (G/BM) ha raggiunto punteggi significativamente maggiori rispetto al sottogruppo HM in tutte le sottoscale, evidenziando un maggior disagio corporeo e identitario, in linea con la letteratura;

- in quella femminile, coerentemente con la letteratura, i risultati sono misti. In particolare il campione L ha raggiunto punteggi minori rispetto a quello BW e HW per quanto riguarda il disagio corporeo, mentre i tre gruppi si eguagliano nella dimensione dell'insoddisfazione corporea, confermando le interpretazioni sopracitate circa l'impatto trasversale dell'oggettivazione sessuale e l'ipotetico ruolo di mediazione della sottocultura femminista;

- nel confronto tra i sottogruppi minoritari, tra quelli femminili (L/BW) emerge un maggior livello di insoddisfazione corporea rispetto a quelli maschili (G/BM), confermando le maggiori pressioni socioculturali esercitate sulle identità femminili rispetto a quelle maschili, indipendentemente dall'orientamento. Per quanto riguarda il disagio corporeo e l'auto criticismo, il campione bisessuale (BW/BM) ottiene punteggi generalmente più elevati rispetto alle controparti omosessuali. Questo trova riscontro nella letteratura che evidenzia un minor benessere psicologico nelle persone bisessuali rispetto alle controparti, a causa della minor senso di appartenenza esperito sia verso la comunità omosessuale sia verso quella eterosessuale, dalle quali spesso si sentono stigmatizzate in entrambi i casi (Parker & Harriger, 2020). Tale risultato conferma anche i

contributi che evidenziano la correlazione tra stigma sessuale interiorizzato, senso di appartenenza alla minoranza e maggior *distress* psicologico (*ibidem*).

Nonostante i limiti, come quello di coinvolgere solo persone cisgender e la minor consistenza del campione bisessuale, questa ricerca risulta particolarmente preziosa in quanto conferma - specificamente nel contesto socioculturale italiano- quanto affermato dalla letteratura. Ciò è rilevante in quanto contribuisce alla possibilità di generalizzare i risultati emersi dal corpus degli studi sulla salute mentale delle persone queer, nettamente più attenzionata nei paesi anglosassoni come USA e UK, anche all'Italia – dove gli studi queer risultano ancora una minoranza, sebbene siano in aumento.

Come ampiamente affermato dalla letteratura, e confermato dallo studio italiano approfondito, le minoranze sessuali cisgender presentano tassi di disagio e insoddisfazione corporea – strettamente correlate alla sintomatologia alimentare – nettamente superiori rispetto alle controparti eterosessuali, e i livelli di auto criticismo – a loro volta strettamente correlati alla dimensione interiorizzata del *Minority Stress* – sembrano svolgere un ruolo di mediazione.

I vantaggi secondari dei disturbi alimentari nella popolazione transgender e non binaria

Quanto finora affermato circa l'impatto del *minority stress* sulle le minoranze sessuali cisgender, è ancor più valido per quanto riguarda le persone transgender. Queste generalmente si trovano costantemente esposte a dinamiche di stigmatizzazione in forme e modalità ancor più impattanti, a livello sociale, familiare e istituzionale. Ciò per una pluralità di fattori: perché il pregiudizio e l'ostilità sociali verso le persone trans sono ben più consistenti, perché le rappresentazioni sono più sporadiche, stereotipate e stigmatizzanti (per esempio la frequente associazione tra transgenderismo e sex work, e ancora tra sex work e criminalità), perché le istituzioni sono meno coinvolte e organizzate per la tutela delle persone trans, perché le famiglie d'origine sono meno inclini ad accogliere un membro se trans, e via dicendo.

Accanto a tali fattori, è possibile inoltre rintracciare dei "vantaggi secondari" nei disturbi alimentari che porterebbero le persone trans a esporsi maggiormente a tali disturbi, nell'obiettivo di ottenere un corpo maggiormente in linea con l'identità sessuale esperita (Duffy et al., 2019). Recenti studi hanno evidenziato che le persone trans potrebbero incappare in disturbi alimentari restrittivi nel tentativo di "minimizzare" le forme corporee proprie del genere biologico, per ottenere un corpo maggiormente in linea con le fisicità del genere percepito (Parker & Harriger, 2020). Ad esempio una donna trans (genere biologico maschile, genere esperito femminile)

potrebbe ricercare, attraverso la restrizione, di ottenere un corpo più esile – socialmente associato alla femminilità – o ancora un uomo trans (genere biologico femminile, genere esperito maschile) potrebbe ottenere, attraverso al restrizione, un corpo meno formoso. O al contrario, le persone trans potrebbero esporsi a un maggior rischio di disturbi alimentari sul versante disregolato nel tentativo di ottenere un corpo meno facilmente riconducibile ad un genere, a favore di un corpo "neutro", ove le forme proprie del genere biologico si confondano con le forme conseguenti all'iperalimentazione. Ad esempio una donna trans potrebbe ricercare una condizione di ginecomastia per avvicinare il proprio corpo all'immagine femminile desiderata, o un uomo trans potrebbe trovare sollievo nel "camuffare" i propri caratteri sessuali secondari in un corpo grasso. Ancora, alcuni studi evidenziano che gli uomini trans o le persone non binarie assegnate femmine alla nascita, possano esporsi a severa restrizione alimentare con l'obiettivo di interrompere le mestruazioni, raggiungendo lo stato di amenorrea secondaria, nel tentativo di modulare lo *stress* causato da esse all'interno di un'esperienza di sé come persona trans o non binaria (Diemer et al., 2015).

Conclusioni

Alla luce di quanto evidenziato dalla letteratura, è possibile estrapolare significative implicazioni cliniche per la salute delle persone non eterosessuali, sia per quanto riguarda il trattamento, sia per la prevenzione dei disturbi dell'alimentazione. Avendo individuato nel *minority stress* un rilevante fattore di rischio per la psicopatologia in generale, e per quella alimentare in particolare, è possibile ipotizzare che intervenire nell'ottica di contenere tale specifico stressor possa avere un impatto positivo per la salute e il benessere delle persone appartenenti a minoranze sessuali. Questo può avvenire in molteplici modi, tra cui: interventi di psicoeducazione nei contesti scolastici volti alla sensibilizzazione di discenti, docenti e genitori sulle tematiche della stigmatizzazione su base sessuale; interventi clinici individuali volti all'elaborazione di vissuti micro e macrotraumatici; percorsi di psicoterapia volti alla riduzione dello stigma sessuale interiorizzato e altri ancora. L'intervento mirato alla sola remissione del sintomo alimentare, senza considerare e comprendere i fattori di stress che hanno contribuito all'insorgenza dello stesso, potrebbe portare a un viraggio della sofferenza psichica verso altre forme di espressione sintomatologica, anche più gravi, come l'ideazione suicidaria (Duffy et al., 2019). È stato visto come il sintomo alimentare, in particolare nelle persone trans, possa rappresentare una risposta ad una sofferenza identitaria ben più profonda, alleviando in parte la sofferenza legata all'esperienze di incongruenza di genere (Parker & Harriger, 2020). L'importanza della formazione dei clinici sulle tematiche relative alle questioni dell'identità di genere e dell'orientamento sessuale risulta quindi

fondamentale nel saper riconoscere, valutare e pianificare piani di trattamento che considerino le peculiarità dei vissuti delle persone non eterosessuali, sapendo attribuire un significato specifico al sintomo psicopatologico.

Bibliografia

Andersen, N., & Swami, V. (2021). Science mapping research on body image: A bibliometric review of publications in *Body Image*, 2004–2020. *Body Image, 38*, 106–119.

Breslow, A. S., Sandil, R., Brewster, M. E., Parent, M. C., Chan, A., Yucel, A., Bensmiller, N., & Glaeser, E. (2020). Adonis on the apps: Online objectification, self-esteem, and sexual minority men. *Psychology of Men & Masculinities, 21*(1), 25–35.

Calzo, J. P., Masyn, K. E., Corliss, H. L., Scherer, E. A., Field, A. E., & Austin, S. B. (2015). Patterns of body image concerns and disordered weight- and shape-related behaviors in heterosexual and sexual minority adolescent males. *Developmental Psychology, 51*(9), 1216–1225.

Calzo, J. P., Blashill, A. J., Brown, T. A., & Argenal, R. L. (2017). Eating disorders and disordered weight and shape control behaviors in sexual minority populations. *Current Psychiatry Reports, 19*(8), 49.

Cella, S., Iannaccone, M., Ascione, R., & Cotrufo, P. (2010). Body dissatisfaction, abnormal eating behaviours and eating disorder attitude in homo-and heterosexuals. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *15*, e180-e185.

Cuzzolaro, M., Vetrone, G., Marano, G., & Garfinkel, P. E. (2006). The Body Uneasiness Test (BUT): Development and validation of a new body image assessment scale. *Eating and Weight Disorders, 11*(1), 1–13.

Dahlenburg, S. C., Gleaves, D. H., Hutchinson, A. D., & Coro, D. G. (2020). Body image disturbance and sexual orientation: An updated systematic review and meta-analysis. *Body Image, 35*, 126–141.

Diemer, E. W., Grant, J. D., Munn-Chernoff, M. A., Patterson, D. A., & Duncan, A. E. (2015). Gender identity, sexual orientation, and eating-related pathology in a national sample of college students. *Journal of Adolescent Health, 57*(2), 144–149.

Duffy, M. E., Henkel, K. E., & Joiner, T. E. (2019). Prevalence of self-injurious thoughts and behaviors in transgender individuals with eating disorders: a national study. *Journal of Adolescent Health*, *64*(4), 461-466.

Garner, D. M. (2004). *Eating Disorder Inventory-3: Professional manual*. Psychological Assessment Resources.

Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology, 43*, 31–50.

Gonzales, M., & Blashill, A. J. (2021). Ethnic/racial and gender differences in body image disorders among a diverse sample of sexual minority U.S. adults. *Body Image, 36*, 64–73.

Gordon, A. R., Austin, S. B., Pantalone, D. W., Baker, A. M., Eiduson, R., & Rodgers, R. (2019). 81. Appearance ideals and eating disorders risk among LGBTQ college students: the being ourselves living in diverse bodies (BOLD) study. *Journal of Adolescent Health*, *64*(2), S43-S44.

Hazzard, V. M., Schaefer, L. M., Schaumberg, K., Bardone-Cone, A. M., Frederick, D. A., Klump, K. L., Anderson, D. A., & Thompson, J. K. (2019). Testing the tripartite influence model among heterosexual, bisexual, and lesbian women. *Body Image, 30*, 145–149.

Henrichs-Beck, C. L., & Szymanski, D. M. (2017). Gender expression, body–gender identity incongruence, thin ideal internalization, and lesbian body dissatisfaction. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *4*(1), 23.

Johns, M. M. (2020). Trends in violence victimization and suicide risk by sexual identity among high school students—Youth Risk Behavior Survey, United States, 2015–2019. *MMWR supplements*, *69*.

Jones, B. A., Haycraft, E., Murjan, S., & Arcelus, J. (2018). Body dissatisfaction and disordered eating in trans people: A systematic review of the literature. *Gender Dysphoria and Gender Incongruence*, 93-106.

Kamody, R. C., Grilo, C. M., & Udo, T. (2020). Disparities in DSM-5 defined eating disorders by sexual orientation among U. S. adults. *International Journal of Eating Disorders, 53*(2), 278–287.
Karazsia, B. T., Murnen, S. K., & Tylka, T. L. (2017). Is body dissatisfaction changing across time? A cross-temporal meta-analysis. *Psychological bulletin*, *143*(3), 293.
Lingiardi, V. (2013). *Citizen gay*. Il saggiatore.
Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior, 36*(1), 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*(5), 674–697.
Meyer, I. H. (2012). The health of sexual minorities. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 595–615). Psychology Press.
Meyer, C., Blissett, J., & Oldfield, C. (2001). Sexual orientation and eating psychopathology: the role of masculinity and femininity. *International Journal of Eating Disorders*, *29*(3), 314-318.
Muzi, L., Nardelli, N., Naticchioni, G., Mazzeschi, C., Baiocco, R., & Lingiardi, V. (2023). Body uneasiness and dissatisfaction among lesbian, gay, bisexual, and heterosexual persons. *Sexuality Research and Social Policy*, *20*(4), 1288-1303.
Nagata, J. M., Ganson, K. T., & Austin, S. B. (2020). Emerging trends in eating disorders among sexual and gender minorities. *Current opinion in psychiatry*, *33*(6), 562-567.
Parker, L. L., & Harriger, J. A. (2020). Eating disorders and disordered eating behaviors in the LGBT population: a review of the literature. *Journal of Eating Disorders*, *8*, 1-20.
Paxton, S. J., & Heinicke, B. E. (2018). Body image. *Annual Review of Eating Disorders*, 77-91.
Pope Jr, H. G., Olivardia, R., Gruber, A., & Borowiecki, J. (1999). Evolving ideals of male body image as seen through action toys. *International journal of eating disorders*, *26*(1), 65-72.
Rice, K., Prichard, I., Tiggemann, M., & Slater, A. (2016). Exposure to Barbie: Effects on thin-ideal internalisation, body esteem, and body dissatisfaction among young girls. *Body Image*, *19*, 142-149.
Simone, M., Askew, A., Lust, K., Eisenberg, M. E., & Pisetsky, E. M. (2020). Disparities in self-reported eating disorders and academic impairment in sexual and gender minority college students relative to their heterosexual and cisgender peers. *International Journal of Eating Disorders, 53*(4), 513–524.
Strong, S. M., Williamson, D. A., Netemeyer, R. G., & Geer, J. H. (2000). Eating disorder symptoms and concerns about body differ as a function of gender and sexual orientation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *19*(2), 240-255.
The Trevor Project, National Eating Disorders Association, & Reasons Eating Disorder Center (2018). Eating Disorders Among LGBTQ Youth: A 2018 National Assessment.
VanKim, N. A., Porta, C. M., Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., & Laska, M. N. (2016). Lesbian, gay and bisexual college student perspectives on disparities in weight-related behaviours and body image: A qualitative analysis. *Journal of clinical nursing*, *25*(23-24), 3676-3686.
Yean, C., Benau, E. M., Dakanalis, A., Hormes, J. M., Perone, J., & Timko, C. A. (2013). The relationship of sex and sexual orientation to self-esteem, body shape satisfaction, and eating disorder symptomatology. *Frontiers in Psychology, 4*, 887.

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:
psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

psicoterapeuti in-formazione

2025, NUMERO SPECIALE

Adriana e l'intollerabile attesa della transizione

Veronica Satalino[1], Mirko Cario[2]

[1]Psicoterapeuta Cognitivo-Interpersonale, Associazione "Spazio Aperto – Laboratorio di Psicoterapia Cognitiva"

[2]Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, Associazione "Spazio Aperto – Laboratorio di Psicoterapia Cognitiva"

Riassunto

Adriana è una giovanissima donna transgender di 23 anni, seguita in un percorso di psicoterapia cognitiva. Presenta un pensiero ripetitivo orientato al futuro, caratterizzato da rimuginio, che alimenta uno stato ansioso e una persistente sensazione di incertezza. L'inquadramento clinico si avvale del modello del *Minority Stress*, che consente di comprendere come la stigmatizzazione sociale, la transfobia interiorizzata e un passato relazionale traumatico abbiano contribuito alla costruzione di credenze disfunzionali e a un'immagine di sé fragile. All'interno di un contesto terapeutico accogliente e validante, Adriana ha potuto iniziare a entrare in contatto con vissuti profondi e a mettere in discussione credenze patogene sulla propria identità, come la sensazione di essere un'impostora o di non potersi fidare del proprio sentire.

Parole chiave: incongruenza di genere, *worry*, ansia, *minority stress*, validazione

Abstract

Adriana is a young 23-year-old transgender woman undergoing cognitive psychotherapy. She exhibits a repetitive, future-oriented thinking style marked by worry, which fuels anxiety and a persistent sense of uncertainty. The clinical framework is based on the Minority Stress model, which helps explain how social stigmatization, internalized transphobia, and a traumatic relational history have contributed to the development of dysfunctional beliefs and a fragile self-image. Within a validating and supportive therapeutic setting, Adriana has begun to explore deep emotional experiences and to challenge pathogenic beliefs about her identity, such as the sense of being an impostor or not being able to trust her own feelings.

Key words: gender incongruence, worry, anxiety, minority stress, validation.

Veronica Satalino, Mirko Cario, *Adriana e l'intollerabile attesa della transizione.* Numero speciale 2025, pp. *60-77.*
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

Presentazione del caso

Adriana è una giovane donna *transgender* di 23 anni, impiegata presso un negozio di abbigliamento. Da circa tre anni vive con un coinquilino, con cui ha scelto di condividere un appartamento dopo essersi trasferita dalla città natale a un contesto urbano più ampio, in cerca di maggiore autonomia e libertà di espressione personale.

Accede spontaneamente alla terapia, in un momento in cui si trova in attesa del primo appuntamento con i servizi sanitari dedicati alla transizione di genere, presenti nella sua città. Riferisce un marcato aumento dello stato ansioso e un vissuto di insoddisfazione crescente, legato alla percezione di incongruenza di genere, accompagnato da una marcata mancanza di tolleranza all'attesa del primo appuntamento con i servizi, che immaginava sarebbe stata più breve. Durante il primo colloquio con la terapeuta, appare emotivamente provata e afferma, con tono sconfortato: *«non ce la faccio più. Vorrei che mi addormentassero con una flebo di ormoni e mi risvegliassero tra due anni a cose fatte»*.

Nonostante il *coming out* come persona *transgender* sia avvenuto da poco più di due mesi, Adriana manifesta una sensazione pervasiva di tempo perso, come se la vita reale possa iniziare solo una volta iniziata la transizione. Questa percezione sembra intensificare la sua frustrazione e alimentare la sensazione di sentirsi intrappolata in un corpo che non rispecchia la sua reale esperienza di genere.

Percorso di *assessment* iniziale

Nella fase iniziale del percorso clinico, la terapeuta ha scelto, in linea con le buone prassi condivise nei percorsi di invio ai servizi di transizione, di approfondire lo sviluppo dell'identità di genere di Adriana e la sua esperienza soggettiva di incongruenza. Questo tipo di esplorazione è coerente con il modello che prevede un raccordo tra i professionisti della salute mentale e i servizi endocrinologici o chirurgici, coinvolti nel processo di affermazione di genere, al fine di garantire un accompagnamento rispettoso, informato e condiviso (SoC-8, 2022).

Adriana descrive la propria identità di genere come quella di una donna *transgender*. Racconta di aver iniziato a percepire una discrepanza tra il genere percepito e il sesso biologico già all'età di tre anni, al momento dell'ingresso alla scuola materna; ricorda con chiarezza di essersi accorta delle differenze anatomiche tra maschi e femmine, e di aver espresso alla madre il desiderio di essere "come le sue amiche". Da allora, afferma di non aver mai cambiato idea, né smesso di

desiderare di essere una donna, anche se per molti anni non ha condiviso questa esperienza con nessuno, se non con la madre.

Adriana racconta di non aver potuto fare *coming out* come persona transgender in passato a causa dell'ambiente provinciale in cui ha vissuto fino ai 20 anni, che descrive come chiuso, segnato da una mentalità limitata e da episodi di omofobia. Inoltre, vivendo con la madre, separata dal padre, Adriana si sentiva investita della responsabilità di gestire e mediare dinamiche familiari spesso complesse, assumendosi il compito di mantenere un equilibrio all'interno del nucleo familiare, anche a costo di mettere da parte i propri bisogni. Solo dopo essersi trasferita in una città più grande, lontano dalla famiglia, tre anni fa, ha iniziato a sentirsi più sicura a manifestare apertamente la propria condizione, avvicinandosi gradualmente al *coming out*.

Nel corso del tempo, e in modo più evidente a partire dall'adolescenza, Adriana inizia ad adottare alcune strategie comportamentali per esprimere la sua identità di genere: preferisce indossare più frequentemente abiti neutri, o *gender free*, e trova maggiore libertà di espressione in contesti considerati più sicuri, come feste o ambienti *gay-friendly.*

Adriana manifesta subito alla terapeuta, l'intenzione di intraprendere un percorso medico di affermazione di genere, che includa la terapia ormonale sostitutiva (HRT) con estrogeni e antiandrogeni, e successivamente un intervento chirurgico di riassegnazione del sesso. La terapia ormonale ha lo scopo di indurre modificazioni corporee coerenti con l'identità di genere femminile, tra cui l'aumento del volume del seno, la riduzione della massa muscolare, il rallentamento della crescita dei peli corporei e del viso, e la redistribuzione del grasso corporeo in modo più tipicamente femminile. L'intervento chirurgico può includere vaginoplastica, aumento del seno o altre procedure, a seconda delle esigenze della persona, ed è spesso considerato un passaggio importante da chi desidera una maggiore congruenza tra corpo e identità.

Nonostante Adriana, durante i colloqui, affermi di essersi documentata sulla transizione, non sembra essere pienamente consapevole dei possibili rischi associati alla terapia ormonale e dell'impatto che tali interventi possono avere sulla fertilità. La terapeuta pone, dunque, l'accento su questi aspetti, che saranno comunque approfonditi nel successivo percorso medico endocrinologico[1].

1 L'endocrinologo avrà il compito di fornire informazioni sulla terapia ormonale, così che la persona comprenda a pieno i benefici e i rischi delle procedure (ad es. aumento del rischio di eventi tromboembolici). Per un approfondimento si segnala la lettura del testo "Trans-formazione: l'essere e il divenire delle persone transgender" (a cura di Fabio Rapisarda). Franco Angeli, 2024.

Pur riconoscendo la possibilità di incontrare ostacoli, come la mancata accettazione da parte di alcuni familiari, amici o colleghi, Adriana ritiene di poter contare su una rete di supporto significativa, costituita dalla madre, dal fratello e da alcuni amici fidati. Sottolinea, inoltre, l'importanza cruciale del sostegno terapeutico durante questo processo, in particolare quello offerto da un/a terapeuta formato/a e sensibile alle tematiche TGD (*transgender* e *gender queer*).

Descrizione del problema

Fin dal primo colloquio, Adriana riferisce uno stato di ansia costante, che si è intensificato progressivamente a partire dal momento del *coming out* come persona *transgender*, avvenuto circa due mesi prima dell'inizio della terapia. Il suo pensiero è pervaso da rimuginio persistente, focalizzato principalmente sulla lunghezza e l'incertezza del percorso di transizione di genere, in particolare sull'attesa del primo appuntamento presso il servizio specializzato, attesa vissuta come intollerabile e ingiusta. L'idea di dover aspettare ancora, dopo aver finalmente trovato la forza e il coraggio di dare voce alla propria identità, appare per lei una forma di violenza silenziosa e logorante: *«Vorrei avere tutto subito, perché ora so chi sono»*, afferma con decisione.

A fianco all'ansia dell'attesa, durante la terapia emerge un secondo scenario temuto, che la angoscia in maniera crescente, ovvero la paura di diventare una donna *transgender,* come lei dice, "non passabile". Adriana chiarisce di avere il timore che, alla fine del percorso di transizione, non riuscirà a raggiungere un'espressione di genere sufficientemente coerente con l'identità femminile, a causa di propri tratti fisici considerati ancora troppo maschili e che possa essere percepita dagli altri come un'impostora; cita in particolare l'alone della barba, il pomo d'Adamo sporgente, il timbro vocale.

A questi aspetti, si aggiunge la paura del *misgendering*: Adriana teme che, una volta concluso il percorso di transizione, le persone – in particolare sul luogo di lavoro – continuino a riferirsi a lei con pronomi maschili, negandole così il riconoscimento della propria identità.

Il rapporto con alcune amiche *transgender*, inizialmente vissuto come fonte potenziale di supporto, diventa rapidamente fonte di rabbia e delusione. Adriana riferisce che le stesse amiche mettono in dubbio la sua scelta di intraprendere la transizione, cercando di scoraggiarla tramite la condivisione di contenuti multimediali che enfatizzano i limiti o i fallimenti estetici di alcuni percorsi. Questo atteggiamento, percepito come profondamente scoraggiante, alimenta in Adriana un senso di isolamento, accompagnato da forti stati di rabbia e vissuti depressivi. Nei giorni successivi a tali episodi, tende a chiudersi in casa, rifiutando inviti da parte degli amici o momenti di socialità, e trascorre il tempo sperimentando stati di tristezza e di rimuginio ansioso.

Nel corso dei primi colloqui terapeutici, Adriana descrive un rapporto problematico con il padre, con il quale non ha ancora condiviso il proprio percorso di affermazione di genere; ha fatto *coming out* come ragazzo gay all'età di 12 anni, ricevendo accoglienza e supporto da parte della madre e del fratello, diversamente, dal padre che, pur dichiarando a parole di "volergli" bene, è stato sempre emotivamente distante, non le ha mai fatto domande sulla sua vita personale, ha mostrato una preferenza esplicita per il fratello, con il quale ha condiviso attività e momenti significativi, lasciando Adriana esclusa. La paziente riporta, inoltre, la percezione che il padre provi vergogna nel farsi vedere con lei in pubblico, a causa della sua espressione di genere "non conforme". Alla terapeuta confida: *«Non mi ha mai accettata per quella che sono, né come ragazzo gay né lo farà come donna trans!»*. Tale esperienza alimenta un forte sentimento di disprezzo per il padre e delusione, ma la rabbia rimane inespressa, compressa in un silenzio, che si accompagna ad autocritica: *«forse non sono una brava figlia, forse sto esagerando, forse non dovrei comunicare il mio essere»*.

Adriana si presenta con un aspetto androgino, una modalità di espressione che definisce come neutra, ma coerente. Indossa abiti generalmente associati a un genere maschile, abbinati ad accessori *gender fluid*, che non rimandano a un'estetica esplicitamente femminile né maschile; specifica che, finché non inizierà la terapia ormonale, non si sentirà legittimata a indossare abiti femminili, poiché teme di sentirsi, e apparire, come una falsa donna. Riferisce, inoltre, una forte ansia in contesti pubblici, come i mezzi di trasporto: teme di essere osservata, giudicata o, nel peggiore dei casi, aggredita.

Infine, Adriana, a causa delle ripetute invalidazioni vissute nel corso della sua difficile esperienza di genere, non si sente creduta e avverte un forte bisogno di convincere anche le persone a lei vicine, inclusa la terapeuta che la ascolta, dell'autenticità della sua incongruenza di genere.

Nel corso delle prime sedute sono stati somministrati il **Symptom Checklist-90 (SCL-90)** e il **CORE-OM** come strumenti pre-trattamento, con l'obiettivo di monitorare nel tempo l'evoluzione del disagio. I punteggi del SCL-90 hanno evidenziato livelli clinicamente significativi nella scala **DEP** (depressione), con marcati sintomi di demotivazione, perdita di energia e visione negativa del futuro; nella scala **PHOB** (ansia fobica), riferita a paure persistenti di trovarsi in determinati luoghi o situazioni sociali, e nella scala **PAR** (paranoia/sospettosità), con contenuti ricorrenti di diffidenza verso l'intenzionalità degli altri e la paura del giudizio.

Profilo interno

Lo scopo di Adriana di sentirsi riconosciuta e validata nella propria identità di genere rappresenta un obiettivo fondamentale per il suo equilibrio emotivo e senso di sé. Tuttavia, le strategie che ha sviluppato per raggiungere tale scopo risultano disfunzionali, poiché generano sofferenza e compromettono sia il suo benessere personale che la qualità delle sue relazioni. In questo senso, il comportamento rimane rigidamente orientato a ottenere approvazione e accettazione, anche a scapito della propria autenticità e autodeterminazione.

Il timore di non essere riconosciuta come donna, di risultare una donna *transgender* "non passabile", e di non ottenere piena legittimazione sociale, familiare e personale, si traduce in un bisogno intenso di controllo e protezione del proprio sé, che si esprime attraverso i seguenti comportamenti: controllare l'ambiente sociale per ridurre il rischio di giudizio o aggressione, l'isolamento e il rimuginio come strategie di *coping* predominanti, ritirarsi dalle relazioni per evitare ferite e delusioni. Tali strategie, sebbene funzionali alla regolazione emotiva nel breve termine, mantengono il disagio e ostacolano l'espressione autentica di sé nel lungo periodo.

L'ansia di Adriana è inoltre connessa al timore di essere vittima di *misgendering* in futuro, cioè che, anche dopo la transizione, le persone continuino a rivolgersi a lei con pronomi maschili, specialmente nel contesto lavorativo e nella sua città d'origine. Questo genera una forte insicurezza e paura di rifiuto sociale.

Le ripetute esperienze di mancato riconoscimento di bisogni interpersonali fondamentali hanno contribuito alla formazione di tratti stabili nella sua personalità. In particolare, l'assenza di approvazione, intesa come accettazione incondizionata di sé, della propria identità e delle proprie caratteristiche, fin dalle prime fasi della vita, ha alimentato nel tempo una scarsa fiducia in sé stessa e nella propria capacità di autodeterminarsi. A ciò si è aggiunta l'inibizione nell'esprimere emozioni negative e dolorose, percepite come potenzialmente destabilizzanti per l'equilibrio familiare e relazionale.

In alcuni momenti, Adriana sperimenta stati di tristezza legati alla percezione di non poter essere aiutata, che la spingono a isolarsi e a evitare le relazioni sociali. Questa tristezza diventa successivamente oggetto di una valutazione negativa da parte sua, generando un problema secondario: Adriana si chiede se ci sia qualcosa di sbagliato in lei, ritenendo anomalo il proprio malessere rispetto a quello di altre persone che hanno fatto *coming out*, che immagina essere più serene

Un esempio ricorrente è il seguente:

A	B	C
Andrea le chiede di parlare	"Non ho voglia, tanto è inutile, nessuno può consolarmi sul fatto che ci vorrà tanto"	Tristezza, tendenza al ritiro sociale e all'evitamento
Adriana si sente triste e riflette sulla sua condotta di evitamento e di ritiro	"Non è normale che io stia così, le persone che fanno *coming out* dovrebbero essere serene. C'è qualcosa di sbagliato in me?" "non mi fido di me! Mi metto in dubbio"	Rimuginio, ansia

Quando Adriana si trova in contesti pubblici come i mezzi di trasporto, le file alle poste o al supermercato, riferisce di percepire lo sguardo altrui, in particolare quello degli uomini, come giudicante, svalutante o persino ridicolizzante. Tali situazioni attivano in lei uno stato di allerta che si accompagna a vissuti di ansia, agitazione e disagio corporeo, rendendo difficile la permanenza in questi luoghi.

A	B	C
Mentre si trova in fila al supermercato/ in attesa di entrare nella metro/ nei luoghi pubblici/ camminando per strada/	"Mi sta guardando!" "ho paura che inizi a prendermi in giro" "potrebbe avvenire ciò che è successo altre volte in metro quando sono stata chiamata gay o quando ho sentito che dicevano - attento a quello che ha la sorpresa in mezzo alle gambe "	Ansia Palpitazioni, sudorazione, tensione muscolare, difficoltà di concentrazione e rimuginio Desiderio di andare via il prima possibile da quel luogo

Un momento significativo nel percorso di Adriana è rappresentato dalla comunicazione, da parte dell'ASL di appartenenza, della data del primo appuntamento presso il servizio per la transizione di genere, fissato per il mese di giugno. Sebbene inizialmente questa notizia abbia generato una reazione positiva, associata a un senso di speranza e di possibilità concreta di avvicinarsi a un'identità sentita come autentica, nel giro di poco tempo è subentrato uno stato di ansia intensa. Nella narrazione di Adriana emerge un processo di pensiero ricorrente orientato al futuro, caratterizzato da un forte grado di incertezza e spesso associato a scenari connotati negativamente. Questa modalità di pensiero, riconducibile al *worry*, si manifesta attraverso preoccupazioni anticipatorie e domande del tipo "E se…?", che attivano uno stato di ansia

persistente. Il contenuto di questi pensieri è centrato su eventi futuri percepiti come minacciosi o potenzialmente disfunzionali, generando sensazioni di allarme.

A	B	C
Adriana riceve la chiamata dall'ASL per il primo appuntamento presso il servizio dedicato alla transizione di genere	"E se non sarò una donna *transgender* passabile? E se continuano a chiamarmi con pronomi maschili? E se prenderanno in giro la mia famiglia per questo?"	Rimuginio (*Worry*) e ansia

ABC sui timori legati alla transizione

Confrontandosi con alcune amiche *transgender*, che hanno già iniziato il percorso di transizione presso lo stesso servizio, Adriana ha percepito, dalle risposte ambigue e dai commenti ricevuti ("*tanto lo sappiamo che va di moda che oggi tutti i gay vogliono cambiare sesso*"), una critica all'autenticità della sua scelta, alimentando il timore di non poter mai essere una "vera donna" e intensificando il suo senso di insicurezza.

A	B	C
Le amiche di Adriana ridicolizzano la sua scelta di iniziare il percorso di transizione con battute e prese in giro	"ma perché mi mettono in dubbio? Dovrebbero capirmi e supportarmi e invece non capiscono la mia sofferenza! Non è giusto!"	Rabbia

ABC sulla rabbia nei confronti delle amiche

Adriana riferisce di aver sempre avuto un rapporto freddo e distaccato con il padre, caratterizzato da una comunicazione superficiale e da una marcata assenza di accettazione sin da quando, durante l'adolescenza, ha manifestato il proprio orientamento sessuale. Questa distanza emotiva ha consolidato in Adriana la credenza che il padre non sia in grado di accettare aspetti importanti e autentici della sua identità.

Attualmente non ha ancora fatto *coming out* rispetto alla propria identità di genere per timore di peggiorare ulteriormente il loro rapporto. Esprime la convinzione che questa nuova rivelazione possa essere vissuta dal padre come un'ulteriore delusione. Questo timore alimenta vissuti di vergogna e la sensazione di avere qualcosa da nascondere, rinforzando l'evitamento e il blocco nell'esprimere la propria identità in ambito familiare.

Un episodio recente ha contribuito a rinforzare i timori di Adriana. Durante una serata al ristorante con alcune amiche, si è imbattuta casualmente nel padre, che era a cena con alcuni colleghi. Alla vista di Adriana, l'uomo ha mostrato un'espressione visibilmente imbarazzata, ha abbassato lo sguardo e non ha preso l'iniziativa di salutarla. Nonostante questo, Adriana ha scelto di avvicinarsi, ma tornando al proprio tavolo ha avuto la sensazione che il padre non avesse desiderato quell'incontro. Anche le amiche presenti le hanno confermato di aver notato il disagio del genitore.

A	B	C
Adriana si avvicina per salutare il padre, ma si rende conto che lui, visibilmente imbarazzato, non avrebbe voluto salutarla.	"non sono assolutamente accettata da mio padre! Si vergogna di me!	Tristezza
	"Non è giusto! Sono sua figlia! Che uomo di merda!"	Rabbia

ABC sulla rabbia nei confronti del padre

Attraverso il lavoro sugli ABC, Adriana ha potuto prendere consapevolezza dei suoi processi di pensiero, quando affronta la sofferenza legata all'incongruenza di genere e delle strategie di *coping* che attua, spesso maladattive, come l'isolamento e il rimuginio. Questi meccanismi, sebbene protettivi nel breve termine, mantengono e aggravano il suo malessere.

Adriana mostra una buona capacità di accedere ai propri stati interni, ma tende a farlo con un certo distacco emotivo, come forma di protezione. Quando racconta episodi caratterizzati da tristezza e dolore, il suo volto non appare congruente all'emozione riferita; lei stessa afferma di non provare più sofferenza per il comportamento del padre, sostenendo che ormai ciò la fa solo ridere.

Il caso clinico di Adriana può essere compreso alla luce del modello del *Minority Stress* (Meyer, 2003), che evidenzia come le persone appartenenti a minoranze sessuali e di genere siano esposte a fattori di stress cronici legati alla stigmatizzazione sociale. Tali fattori risultano essere predittivi di disagio psicologico e incidono significativamente sul funzionamento globale della persona.

- **Fattori di stress ambientali e distali**

Adriana ha riportato numerosi episodi di bullismo e discriminazione fin dai primi anni di vita, tra cui insulti e scherni a scuola e atteggiamenti di ridicolizzazione o sguardi giudicanti nei contesti

pubblici. Questi eventi hanno contribuito a strutturare in lei la credenza di vivere in un ambiente potenzialmente ostile e non sicuro, tipico dei fattori distali identificati nel modello.

Aspettativa di rifiuto e stato di ipervigilanza

Nel tempo, Adriana ha sviluppato una marcata aspettativa di rifiuto, che l'ha portata ad adottare strategie protettive come nascondere la propria identità di genere. Questo ha contribuito a una condizione di ipervigilanza, in particolare rispetto al giudizio altrui, e a un conflitto interno tra l'autenticità e la sicurezza.

- **Interiorizzazione dello stigma (stress prossimale)**

Adriana mostra segni di interiorizzazione dello stigma, come emerge dai contenuti di autosvalutazione: affermazioni quali "c'è qualcosa che non va in me" o "sono io il problema" indicano un'integrazione negativa del giudizio sociale all'interno della propria identità, contribuendo a stati emotivi come vergogna, tristezza e senso di inadeguatezza.

- **Conseguenze psicologiche**

Le esperienze prolungate di discriminazione, l'aspettativa di rifiuto e l'interiorizzazione dello stigma hanno avuto un impatto significativo sulla salute mentale di Adriana, contribuendo allo sviluppo di un funzionamento psicologico caratterizzato da evitamento sociale, difficoltà nella regolazione emotiva e vissuti di solitudine. I meccanismi secondari legati alla valutazione negativa delle proprie emozioni, come nel caso della tristezza vissuta come anomala e sbagliata, accentuano il disagio, rafforzando la sensazione di non essere adeguata.

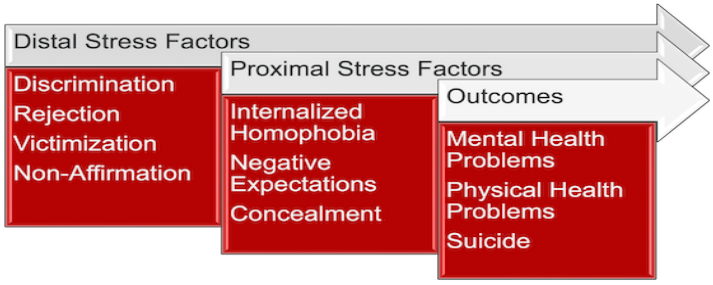


Fig. 1 Minority Stress Theory (Meyer, 2003)

Meccanismi di mantenimento

Adriana entra frequentemente in uno stato di rimuginio, nel quale immagina scenari negativi riguardo al futuro post-transizione. Tra questi, teme che le amiche possano deriderla, definendola

una donna "non passabile", e che, nella sua città di provenienza, suo fratello e sua madre possano essere presi in giro o addirittura aggrediti a causa della sua condizione. Un ulteriore timore riguarda il padre, la cui posizione è ambivalente: da un lato afferma di volerle bene, dall'altro la evita in pubblico, alimentando in Adriana la credenza di avere qualcosa di cui vergognarsi.

Adriana sperimenta un problema secondario, legato alla sua tristezza: il giudizio critico che rivolge a se stessa rispetto a come dovrebbe sentirsi ("le persone che fanno coming out sono serene, quindi c'è qualcosa di sbagliato in me") alimenta il suo disagio emotivo.

L'autocritica alimenta strategie di evitamento, sia emotivo che comportamentale: Adriana tende a isolarsi, a rimuginare e a dissociarsi dal momento presente, limitando così la possibilità di entrare in contatto con emozioni più positive o neutre.

Anche il sonno diventa una strategia di evitamento: prima di addormentarsi, infatti, pensa "voglio che il tempo passi", utilizzando il sonno come una via di fuga dall'ansia e dalla sofferenza legata all'attesa.

Il rimuginio su scenari negativi futuri e il dubbio costante su di sé ("forse sto sbagliando", "dubito", "ragiono male") rinforzano il senso di inadeguatezza e colpevolizzazione, contribuendo al mantenimento di uno stato mentale ansioso, dominato dal timore di non riuscire a trovare mai un equilibrio identitario e relazionale soddisfacente.

In contesti pubblici, soprattutto quando si trova da sola sui mezzi di trasporto, Adriana sperimenta un costante stato di allerta, frutto di un *bias* cognitivo di attenzione selettiva e ipervigilanza, finalizzata a prevenire possibili aggressioni o giudizi negativi. In questi momenti emergono ulteriori *bias* cognitivi, quali la lettura della mente, che la portano a interpretare gli sguardi altrui come giudizi ostili o derisori (es. "guarda quella che non è né maschio né femmina", "sta solo cercando di diventare donna e non ci riesce", "è un ricchione"). In questi momenti, il fenomeno del *mood congruency effect* fa sì che Adriana ricordi con facilità episodi passati di aggressioni, derisioni e discriminazioni, rinforzando così il suo stato di ansia e la sua tendenza a mantenere una postura difensiva e di evitamento nelle interazioni sociali.

Inoltre, si osserva in Adriana un *bias* importante, legato al pensiero dicotomico "tutto o nulla": crede che, finché non inizierà almeno la terapia ormonale, non si sentirà né maschio né femmina, ma una condizione indefinita, "né carne né pesce". Questa visione rigida e polarizzata alimenta ulteriormente la sua insoddisfazione corporea e identitaria, contribuendo a mantenere l'ansia e la difficoltà nell'accettarsi.

Un ulteriore fattore di mantenimento è rappresentato dal ciclo interpersonale disfunzionale con il padre. Il comportamento ambivalente di quest'ultimo, che dichiara amore, ma la evita nei

contesti pubblici, rinforza in Adriana la credenza di non essere accettata per quella che è, incrementando il sentimento di esclusione. Questo ciclo alimenta una dinamica di ritiro e silenzio da parte di Adriana, che evita di comunicare apertamente la sua rabbia e il suo dolore, rimanendo intrappolata in una spirale di pensieri negativi e isolanti.

In sintesi, il mantenimento del disagio di Adriana si basa su un intreccio di rimuginio ansioso, ipervigilanza, evitamento sociale e isolamento, oltre che su cicli interpersonali ambivalenti e disfunzionali che consolidano le sue credenze di inadeguatezza e di autocritica.

Esordio e scompenso

Adriana ha vissuto inizialmente come una liberazione il *coming out* come persona *transgender*, un momento in cui finalmente sapeva chi era e cosa desiderava. Tuttavia, con il passare del tempo e l'avvicinarsi del primo appuntamento al servizio di transizione, sono emersi segnali di peggioramento del suo stato emotivo e psicologico.

Lo scompenso si manifesta con un aumento marcato degli stati ansiosi e depressivi, accompagnati da intensi pensieri negativi riguardanti il futuro della transizione e la propria identità di genere. La paura di non riuscire a essere una donna "passabile" e il timore di essere giudicata o respinta da familiari, amici e colleghi si intensificano, fino a sfociare in episodi di isolamento sociale prolungato.

Parallelamente, emergono sentimenti di rabbia e risentimento soprattutto nei confronti del padre, con cui Adriana non ha ancora fatto *coming out*, ma verso cui nutre un forte rancore per la percepita mancanza di accettazione. Questa rabbia rimane non espressa, contribuendo al senso di frustrazione e alla difficoltà di instaurare relazioni autentiche.

Storia della sofferenza

I genitori di Adriana si sono separati quando lei aveva circa due anni: lei e il fratello sono rimasti con la madre, mentre il padre è andato a vivere altrove. Nonostante i contatti nei fine settimana, Adriana non si è mai sentita davvero considerata dal padre, percependolo fin da piccola come freddo e distante. Ricorda episodi in cui, in occasioni significative come l'uscita da scuola o le feste di compleanno, lui è assente, a differenza dei padri dei suoi coetanei.

Adriana racconta di aver spesso assistito, durante l'infanzia, a episodi in cui il padre denigra verbalmente la madre, accusandola di non valere nulla. In più occasioni si è trovata a intervenire per difendere la madre e a ricoprire un ruolo di mediatore tra i genitori, assumendosi un carico emotivo

non adeguato alla sua età. Le discussioni riguardavano frequentemente temi legati al mantenimento, all'affidamento dei figli e alla gestione dei tempi e degli spazi condivisi.

Nonostante la separazione risalga a quasi vent'anni fa, i genitori divorzieranno legalmente solo nell'anno in corso, decisione maturata da circa due mesi, in concomitanza con la scelta di Adriana di iniziare il percorso di transizione di genere.

I primi vissuti di incongruenza di genere emergono molto presto, già all'età di tre anni, quando all'asilo nota le differenze anatomiche rispetto alle sue compagne e dice alla madre che vuole essere come loro. Durante la scuola primaria desiderava avere il seno come quello della madre e amava indossare la sua biancheria intima, immaginandosi nei suoi panni.

Nel contesto familiare, Adriana ha sempre vissuto un forte legame affettivo con la madre e il fratello, che rappresentano figure di accettazione e protezione. Al contrario, il padre viene descritto come critico, narcisista e giudicante. La relazione con lui è da sempre conflittuale: non ammette mai di aver sbagliato e tende ad accusarla di avere il carattere della madre. Mentre ne parla, Adriana manifesta un'intensa rabbia.

Durante l'infanzia e l'adolescenza è stata frequentemente oggetto di bullismo, soprattutto per il suo modo di relazionarsi con le ragazze e per i tratti espressivi considerati femminili. Gli episodi di derisione aumentano durante le scuole medie, con insulti a sfondo omofobico e sessuale. Racconta, tuttavia, questi eventi sorridendo, una reazione incongrua, che lascia intendere un possibile scollamento emotivo.

A 13 anni fa *coming out* come persona gay e, nonostante il padre si sia mostrato inizialmente tollerante, nel tempo il suo comportamento ha rivelato una persistente ambivalenza e rifiuto implicito.

La sua unica relazione stabile risale all'adolescenza, con un uomo di dieci anni più grande, descritto come freddo, manipolatore e giudicante. Durante questa relazione, Adriana sviluppa un rapporto disfunzionale con il corpo e l'alimentazione: si provoca il vomito per perdere peso, cercando di somigliare alle sue amiche modelle e per rispondere alle critiche del partner che la considerava sovrappeso. Tali comportamenti si sono risolti con la fine della relazione, una decisione che Adriana ha scelto autonomamente.

Queste esperienze precoci – il rifiuto paterno, il bullismo omofobico, la relazione affettiva disfunzionale e la lotta per sentirsi riconosciuta – rappresentano una base di vulnerabilità che ha contribuito allo sviluppo di pensieri rimuginanti, bassa autostima, vissuti depressivi, ansia sociale e forti paure legate al giudizio altrui, tuttora presenti nel suo funzionamento attuale.

Trattamento

Le sedute si sono svolte presso gli studi dell'associazione *Spazio Aperto – Laboratorio di Psicoterapia Cognitiva*. La presa in carico di Adriana è iniziata nel mese di marzo 2025 ed è attualmente in corso, con una cadenza settimanale. Fin dalle prime fasi (da obiettivo n. 1 a obiettivo n. 6 in Tabella n. 1) è emersa una buona *compliance*. Una volta condiviso e esplicitato il nucleo del funzionamento psicologico di Adriana, anche attraverso il modello del *Minority Stress*, è stato avviato un lavoro di ricostruzione della sua storia di genere. Tale lavoro ha permesso di rileggere alcuni eventi significativi alla luce del modello, ridefinendone il significato e favorendo una maggiore consapevolezza identitaria.

In questa fase iniziale si è lavorato sul potenziamento delle competenze relazionali, con l'obiettivo di aiutare Adriana a riconoscere, legittimare e comunicare in modo efficace le proprie emozioni. Attraverso l'introduzione graduale dei principi base del training assertivo, tuttora in corso, si sta lavorando per promuovere una modalità relazionale in cui Adriana possa esprimere i propri bisogni, diritti e sentimenti, mantenendo nel contempo relazioni positive con gli altri.

Parallelamente è stato affrontato il tema dell'accettazione dei limiti legati alla propria struttura fisica, come la larghezza delle spalle, la dimensione delle mani o la presenza del pomo d'Adamo. In questo contesto, Adriana ha individuato alcune aree su cui intervenire per sentirsi più in linea con la propria identità di genere, iniziando a indossare abiti tipicamente femminili, adottando un'alimentazione più equilibrata e lasciando crescere i capelli. Inoltre, è stato individuato un servizio logopedico specificamente rivolto a persone *transgender* per la femminilizzazione o mascolinizzazione della voce, al quale Adriana è stata indirizzata.

Dopo aver messo in discussione le credenze patogene associate alla transfobia interiorizzata e aver promosso un'accettazione più serena dell'attesa legata all'inizio del percorso, è stato avviato un lavoro di esposizione graduale, con abiti comunemente considerati femminili, a situazioni potenzialmente ansiogene. Le prime esposizioni hanno riguardato luoghi definiti da Adriana *safe space*, come feste *gay-friendly*, abitazioni di amici o brevi tragitti in zone familiari. Durante queste esperienze, Adriana ha iniziato a presentarsi con un'espressione di genere femminile più completa, indossando anche parrucche e un trucco più marcato. Progressivamente, tali esposizioni saranno estese a contesti pubblici più ampi e lontani da casa.

Questa esposizione progressiva ha contribuito, e continua a contribuire, alla riduzione dell'evitamento di situazioni temute e all'aumento della tolleranza verso l'attivazione fisica ed emotiva, favorendo una maggiore fiducia nel proprio processo identitario e nel rapporto con l'ambiente sociale.

Obiettivo	Strategia	Tecniche
1. Costruire una buona alleanza terapeutica	Fornire una restituzione sul suo funzionamento, anche attraverso la condivisione del modello del Minority Stress e la riduzione dei giudizi secondari sui suoi stati interni	Psicoeducazione, validazione, normalizzazione delle emozioni, condivisione del profilo di funzionamento
2. Promuovere una migliore autoregolazione emotiva	Ridurre l'atteggiamento iperprudenziale e aumentare la tolleranza alla sofferenza emotiva	Ristrutturazione cognitiva, dialogo socratico, defusione.
3. Gestire situazioni emotive e conflittuali in modo assertivo ed efficace	Esplicitare i vissuti di rabbia e ingiustizia (es. verso il padre, le amiche) e trovare modalità funzionali per esprimerli	Training assertivo, tecnica del DEAR MAN
4. Promuovere una maggiore accettazione dei limiti corporei legati ai marcatori biologici	Accompagnare Adriana verso l'accettazione che il suo corpo si allineerà in parte alla sua identità di genere. Sostenere l'integrazione di una rappresentazione interna del proprio passato corporeo, anche come ponte verso una nuova narrazione di sé	ACT, accettazione, ristrutturazione di credenze rigide rispetto al genere
5. Ristrutturare l'idea dell'altro come costantemente	Promuovere esposizioni sociali graduali, partendo da ambienti protetti fino a spazi	Tecnica della torta, piramide capovolta, disputing, ERP

critico sulla sua identità di genere	pubblici, per ridimensionare il timore di essere giudicata "non passabile"	
6. Ridurre evitamenti e comportamenti protettivi	Accettare livelli crescenti di minaccia e imprevedibilità	Analisi costi-benefici degli evitamenti, ristrutturazione cognitiva, decentramento
7. Tollerare l'attivazione fisica ed emotiva collegata all'attesa dell'inizio del percorso medico	Portare la sintomatologia a livelli tollerabili senza ricorrere agli evitamenti	Mindfulness, controllo del respiro
8. Ridurre la vulnerabilità	Costruire un senso di sé soggettivo più positivo e promuovere pensieri, emozioni e comportamenti più adattivi	Imagery with rescripting
9. Costruire sicurezza e autonomia nel percorso di affermazione di genere	Rafforzare il legame con la comunità TGD, fattore protettivo per l'accettazione di sé	Ricerca di spazi di attivismo LGBT+, partecipazione a gruppi o eventi della comunità
10. Gestire le ricadute	Costruire una "cassetta degli attrezzi" per affrontare eventi attivanti e fronteggiare un contesto sociale non sempre accogliente	Revisione del percorso terapeutico: cosa ha funzionato, limiti, consolidamento strategie efficaci

Tabella n. 1

Successivamente (da obiettivo n. 7 a obiettivo n. 10), si prevede di lavorare nell'ottica di dare significato e integrazione alle memorie traumatiche di Adriana, attraverso l'impiego di tecniche

immaginative come l'*Imagery with Rescripting*, al fine di favorire un'elaborazione emotiva delle esperienze significative del passato. Al momento, tuttavia, la paziente non appare sufficientemente pronta: la terapeuta ritiene prematuro affrontare ricordi traumatici legati a una vittimizzazione pervasiva e sistematica, agita in ambito interpersonale sin dalla prima infanzia, che ha contribuito all'interiorizzazione di messaggi negativi e svalutanti. In prospettiva, si prevede inoltre un lavoro mirato alla costruzione di un senso di sé più stabile e coerente nel tempo, che consenta ad Adriana di sviluppare una rete sociale appagante e di definire obiettivi personali, sociali e lavorativi congruenti con la propria identità e con le proprie risorse.

Valutazione di esito

Nel corso dei primi mesi di terapia si è lavorato alla costruzione di una formulazione condivisa del caso, coerente con la storia di vita di Adriana e con le sue esperienze relazionali e identitarie, tenendo in considerazione anche l'imminente avvio del percorso di affermazione di genere. Tale percorso, che include anche una presa in carico psicologica da parte del servizio di riferimento, sarà integrato con l'attuale lavoro terapeutico, poiché Adriana ha espresso il desiderio di proseguire la psicoterapia con la terapeuta attuale. È stato pertanto concordato che il servizio verrà aggiornato sugli obiettivi già affrontati e sulle aree ancora in fase di elaborazione, così da garantire continuità e coerenza nel trattamento.

Dal punto di vista clinico, si osserva una significativa riduzione della sintomatologia ansiosa, favorita dalla possibilità di disporre di uno spazio accogliente e validante, in cui Adriana ha potuto esplorare e comprendere i propri vissuti emotivi. Questo ha permesso una maggiore integrazione delle esperienze, con un miglioramento nella coerenza narrativa di sé.

Nel corso delle ultime settimane, Adriana ha iniziato ad affrontare in modo più attivo e consapevole diverse situazioni, per lei inizialmente fonte di disagio e attivazione. Ha acquistato e iniziato a indossare diverse parrucche, tornando a partecipare alle serate in discoteca con gli amici. Durante una di queste occasioni, ha avuto un'interazione positiva con un ragazzo che la ha approcciata con interesse. Questo episodio ha rappresentato per lei un importante momento di validazione.

Concludendo, il percorso clinico di Adriana evidenzia la complessità del lavoro terapeutico con persone *transgender*, in cui l'identità, la storia personale e la sofferenza si intrecciano profondamente. Sebbene si siano già osservati cambiamenti significativi, in termini di consapevolezza e riduzione dell'ansia, il trattamento è ancora nelle fasi iniziali: il nucleo centrale legato al trauma relazionale e agli effetti del *minority stress* rimane da affrontare in modo più

strutturato e profondo. Un assetto relazionale aperto, accogliente e validante rappresenta la base imprescindibile per sostenere questo processo nel tempo.

Bibliografia

Coleman, E. et al. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. International Journal of Transgender Health, 23.

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.

Rapisarda, F. (a cura di). (2024). Trans-formazione: L'essere e il divenire delle persone transgender. Teorie, contesti e interventi. Milano: Franco Angeli. ISBN: 978-88-351-6100-4.

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista: psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

psicoterapeuti in-formazione

2025, NUMERO SPECIALE

Relazione conclusiva del progetto pilota sull'incongruenza di genere nel servizio pubblico

Francesco Baccetti,[12], Serena Tornitore[2], Giovanna Brilli[2], Margherita Papa[2], Agnese Mattera[2], Claudia Cotoloni[2], Guya Monti[2],Paola Manna[2], Gianpaolo Sammarco[2], Liliana Gitto[2], Valeria Bartoli[2], Sonia Cerulli[2]

[1]Associazione Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Via Giovanni Lanza, 58100 Grosseto

[2]Usl Toscana Sud-Est, U.F. Salute Mentale Adulti, U.O.C. Promozione ed Etica della Salute

Riassunto

A partire da Marzo 2021, la U.O di Psicologia dell'Usl Toscana SudEst ha attuato un progetto pilota che ha come obiettivo quello di accogliere ed esplorare le tematiche relative alla varianza all'incongruenza di genere e il conseguente miglioramento delle qualità di vita delle persone LGBTQIA+, con particolare riferimento sia all'area dell'affettività che a quella sociale.

Da tale obiettivo nasce un tavolo di lavoro tra servizi, multiprofessionale per tematiche lgbtqia+:

Le attività che si propone il presente tavolo sono duplici:

– attività di promozione e prevenzione con servizi di prevenzione specificatamente declinati e un intervento di formazione per i docenti delle scuole secondarie di secondo grado

– attività clinica di sostegno alla persona e alla famiglia, con la costituzione di un gruppo di psicoterapia assertiva per la varianza di genere e un gruppo di psicoeducazione per i familiari, nonché l'intervisione di situazioni cliniche complesse

Il presente lavoro si pone l'obiettivo di focalizzarsi sulla strutturazione e la conduzione dei gruppi di psicoterapia asservita.

Parole Chiave: psicoterapia assertiva, minority stress, varianza di genere, lgbtqia+, promozione della salute, prevenzione

Abstract

Starting from March 2021, the U.O of Psychology of the USL Toscana SudEst has implemented a pilot project that aims to welcome and explore the issues related to gender variance and incongruence and the

Francesco Baccetti et al., *Relazione conclusiva del progetto pilota sull'incongruenza di genere nel servizio pubblico*. Numero speciale 2025, pp. *78-86.*
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

consequent improvement of the quality of life of LGBTQIA+ people, with particular reference to both the affective and social areas.
From this objective, a working table between services, multi-professional for lgbtqia+ issues is born:
The activities that this table proposes are twofold:

– promotion and prevention activities with specifically designed prevention services and a training intervention for secondary school teachers

– clinical activity to support the person and the family, with the establishment of an assertive psychotherapy group for gender variance and a psychoeducation group for family members, as well as the intervision of complex clinical situations

The present work aims to focus on the structuring and management of subservient psychotherapy groups.

Key words: assertive psychotherapy, minority stress, gender variance, lgbtqia+, health promotion, prevention

A partire da Marzo 2021, la U.O di Psicologia dell'Usl Toscana SudEst ha attuato un progetto pilota che ha come obiettivo quello di accogliere ed esplorare le tematiche relative alla varianza all'incongruenza di genere e il conseguente miglioramento delle qualità di vita delle persone LGBTQIA+, con particolare riferimento sia all'area dell'affettività che a quella sociale.

Partendo dal presupposto che in questa popolazione è frequente il timore di una discriminazione sociale (sia in termini di accesso agli ambienti lavorativi, che sociali), e che tutto questo viene percepito come un ostacolo significativo alla divulgazione della propria identità e alla propria affermazione di sè. Tali vissuti possono favorire lo strutturarsi di credenze verso se stessi come persone inadeguate, sbagliate o mancanti; queste convinzioni a loro volta inficiano la progettualità di una vita futura caratterizzata da scenari positivi e sperati, mantenendo così un processo di omo-transfobia interiorizzata che tende a cronicizzare in uno stato di malessere generale e di rischio per la salute in termini bio-psico-sociali.

La letteratura relativa al fenomeno del minority stress e ai rischi in termini di salute (sia in termini relazionali, emotivi che rispetto alle problematiche di natura organica), indicano la necessità di spazi di accoglienza, riflessione e supporto rispetto a tale fascia della popolazione, con partciolare attenzione al mondo degli adolescenti e dei giovani adulti.

I dati emersi negli ultimi anni mostrano come la popolazione LGBTQIA+ sia costantemente esposta ad un malessere psicofisico che può sfociare non di rado in patologie quali ansia e depressione, compromettendo la qualità della vita (Lorraine et all, 2020).

Ciò sembra accadere a causa di una serie di fattori:

• discriminazione sociale, come risultato della loro posizione come minoranza (Mongelli et all;2019)

• difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari, a causa di atteggiamenti eteronormativi da parte degli operatori sanitari. Questo processo oltre ad essere svantaggioso per la persona come attacco alla propria immagine personale, induce un allontanamento sempre maggiore dai servizi sanitari contribuendo in ultima analisi a ridurre le possibilità di sviluppare un'opera sanitaria educativa e preventiva (Alencar Albuquerque, 2016).

• ritardo nella presa in carico della persona: può infatti capitare ad esempio, che nel tentativo di sopprimere le caratteristiche del sesso biologico, venga attivata una modifica della condotta alimentare, tale per cui il professionista non va oltre tale tipo di diagnosi (Coelho et all. 2019)

• credenze disfunzionali rispetto a sé e il mondo che tendono a mantenere il problema.

I rischi in termini, in termini di sofferenza, risultano strettamente connessi alle difficoltà di accettazione da parte della famiglia e del sistema sociale rispetto a questa manifestazione identitaria (Rigobello, Gamba, 2016). Alcuni contributi di Lingiardi et al.(2017) suggeriscono che il rischio psicopatologico non è tanto legato all'elemento di diversità in sè, ma ai traumi a cui tali soggetti sono esposti a partire dall'ambito familiare, a scuola e in altri contesti di vita, poiché non vedono riconosciuta quella che sentono essere la loro identità psicologica e sessuale. Questo stato di non accettazione, amplificato da stereotipi e pregiudizi socio culturali, determina un incremento del processo di omo-transfobia interiorizzata, intesa come insieme di atteggiamenti e sentimenti negativi che una persona può provare nei confronti del proprio orientamento sessuale, della propria identità e ruolo di genere.

Le ricadute in termini di sviluppo vanno a coinvolgere le dimensioni inerenti I processi di empowerment, sia sul piano individuale, sia in quello relazionale e sociale; con lo strutturarsi di atteggiamenti e condotte caratterizzate da disempowement, sia rispetto alla persona stessa sia in riferimento alla famiglia d'origine, con vissuti d'isolamento, stigmatizzazione, da sempre fortemente predisponenti per lo sviluppo di condizioni di disagio psicofisico e sociale.

Target

Adolescenti e giovani adulti con vissuti di varianza di genere e loro familiari (età di accesso dai 14 anni).

Obiettivi generali:

• costruire un servizio territoriale volto alla realizzazione di interventi di gruppo riguardanti la varianza di genere in un primo step e successivamente riguardanti tematiche LGBTQIA+,

• creazione di una rete professionale con il centro regionale di riferimento (CRIG -Centro di coordinamento Regionale per le problematiche relative all'Identità di Genere).

• costruire una rete di servizi rivolti alle famiglie d'origine dei/lle ragazzi/e soggetti al fenomeno del minority stress

• modificare l'impatto negativo dell'incongruenza di genere e dello stigma della salute mentale

• ridurre l'omo-transfobia interiorizzata

• promuovere la possibilità di una vita relazionale, affettiva, sessuale, sociale e lavorativa

• incrementare le risorse di resilienza contro lo stigma e l'omo-transfobia (attuare quindi un'azione di prevenzione)

• favorire un processo di crescita e sviluppo personale in un'ottica di promozione della salute (azioni di empowerment)

• costituire uno spazio di confronto sui casi tra servizi, favorendo il passaggio e la condivisione dei casi

Indicatori di processo

- numero d'incontri effettuati dal tavolo di lavoro per tematiche lgbtqia+
- numero di accessi in prima visita
- numero di partecipanti al gruppo di terapia assertiva
- numero di partecipanti allo spazio di sostegno alla genitorialità

Contesto

- spazio dedicato all'interno dell'UFSMA Grosseto (Unità Operativa di Psicologia) per il gruppo di terapia assertiva
- spazio dedicato all'interno dell'UFAC Grosseto per il tavolo di lavoro, per lo spazio di sostegno alla genitorialità, per l'ambulatorio ginecologico

Modalità di attuazione

Per il tavolo di lavoro tra servizi, multiprofessionale per tematiche lgbtqia+:

Costituzione di un tavolo tra servizi, di natura multidisciplinare, a cadenza mensile, della durata di circa due ore. Le figure professionali coinvolte attualmente sono: psicologi, assistente sociale, ginecologa. Gli incontri sono stati a cadenza mensile.

Le attività che si propone il presente tavolo sono duplici:

– attività di promozione e prevenzione (è stato istituito un canale d'invio presso l'ambulatorio ginecologico del consultorio di Grosseto per persone con incongruenza di genere a partire dal 2021), è stato proposto alle scuole secondarie di secondo grado una formazione per i docenti relativa alle buone pratiche per l'accoglienza di persone LGBTQIA+, per gli anni 2022 e 2023 relativamente alla provincia di Grosseto, per l'anno 2024 per le province dell'Usl Toscana SudEst

– attività clinica di sostegno alla persona e alla famiglia (svolti numero quattro gruppi di terapia assertiva per persone con varianza di genere e numero tre gruppi psicoeducativi di sostegno alla genitorialità per le famiglie d'origine)

– intervisione e condivisione di casi

Strutture Aziendali Coinvolte

- Unità Operativa di Psicologia (Area Grossetana)
- Unità Funzionale Salute Mentale Adulti (zona-Distretto Grossetana- Colline Metallifere Amiata Grossetana)
- Unità Funzionale Attività Consultoriali (Zona-Distretto Grossetana-Colline Metallifere-Amiata Grossetana, zona distretto Colline dell'Albegna)
- Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia ed Adolescenza (Zona-Distretto Grossetana-Colline Metallifere-Amiata Grossetana, zona distretto Colline dell'Albegna)
- Coordinamento Salute e Medicina di Genere (Area Grossetana)
- Educazione alla salute (Area Grossetana)

Focus specifico sul gruppo di terapia assertiva

Il gruppo si rivolge ad adolescenti e adulti con età a partire dai 15 anni, gli incontri sono a cadenza bisettimanale della durata di 90 minuti e sono svolti alla presenza di due conduttori (psicoterapeuta e specializzanda in psicoterapia).

Il progetto basato su interventi Schema Therapy (ST) ha un duplice obiettivo: la modificazione degli schemi disfunzionali ed aiutare i partecipanti a soddisfare in modo adattivo i propri bisogni emotivi fondamentali. La terapia è scomponibile in una fase di assessment-psicoeducazione e in una di cambiamento (Serrani, 2013). All'interno del trattamento vengono utilizzate sia tecniche cognitive che tecniche esperienziali; tra queste ultime le più utilizzate sono: Imagery work for Reparenting, Imagery Dialogues e Imagery for Pattern Breaking (Young, 2010).

Altre tecniche utilizzate:

• psicoeducazione rispetto ai costrutti principali di ST con attenzione alle parti disfunzionali presenti

• chairwork (volta a comprendere meglio e a distinguere tra loro le diverse parti, imparando ad arginare le modalità genitoriali critiche interiorizzate e favorire un dialogo tra la parte sana e funzionale e quella vulnerabile)

• role-playing (al fine si esaminare e simulare delle interazioni tra sé e tra sé e l'altro. Questo permetterebbe di sperimentarsi in nuove modalità comportamentali, favorire un cambio di prospettiva e dare un senso alle esperienze sociali problematiche (Pugh, 2021)

• tecniche di mindfulness (per coadiuvare la consapevolezza degli schemi automatici, imparare a riconoscere gli elementi ricorrenti a livello di credenze disfunzionali, "entrare in modalità essere e rimanerci", cosicché i "processi di reazione vecchi e radicati perdono di potere e permettono di raggiungere la libertà di reagire in modo differente" (Van Vreesvijk, 2016).

• Training assertività (al fine di "favorire un ulteriore lavoro su di sé, sull'autostima, sul concetto di diritto e valore personale, per poi costruire su questi fondamenta dei solidi pilastri che sostengano la sfera interpersonale, quindi i rapporti con gli altri" (Albanese et al., 2013).

Sulla base di questi interventi sono state previste tre fasi:

1. FASE DI VALUTAZIONE: attraverso la somministrazione dello YSQ - Young Schema Questionnaire (YSQ-L, Young 2010) sono stati rilevati gli SMP (Schemi Maladattivi Precoci). Si tratta di uno strumento self-report per la valutazione dei 18 schemi, composto da 232 item a cui rispondere utilizzando una scala Likert a sei punti. Gli item sono suddivisi in gruppi in base allo schema di riferimento.

2. FASE DI TRASFORMAZIONE: Riorganizzazione cognitiva, creazione di una voce sana interiorizzata ed esercizi comportamentali ed esperienziali ideati per interrompere

modalità di coping disfunzionali, volti ad una maggiore consapevolezza degli stati emotivi e ad un passaggio all'accettazione di questi.

3. FASE DELLA SPERIMENTAZIONE: esplorare e sperimentare nel contesto quotidiano di appartenenza i pensieri funzionali e le modalità di coping esplorati e discussi nel contesto di gruppo.

Ad oggi sono stati condotti e conclusi cinque gruppi. All'osservazione è stato possibile riscontrare un decremento dell'angoscia legata all'incongruenza di genere, che era supportata da credenze omo-transfobiche interiorizzate.

Il clima generale di accettazione e condivisione, ha fatto si, in accordo con le ipotesi iniziali e con la letteratura (Bockting et al., 2013), che si arrivasse sia a sviluppare resilienza nella connessione con i pari che a moderare la relazione tra lo stigma e la salute mentale.

In generale, la condivisione in gruppo e il clima di accettazione, ha permesso di abbattere molte delle credenze omo-transfobiche che erano di ostacolo all'apertura di sè, rappresentando la dimensione valoriale nel mettersi a disposizione degli altri, attraverso le proprie conoscenze ed esperienze personali.

Ciò depone a favore di una visione migliore di sé e delle proprie capacità in contrapposizione al senso di diniego, inutilità e disvalore con cui si sono affacciati al trattamento.

Progettualità futura:

In riferimento a quanto emerso e strutturato in questi anni di attività e in linea con quanto emerso dalla letteratura presente sul tema delle discriminazioni e sulle conseguenze per la salute ed il benessere della persona che ne è esposta, si auspica la strutturazione di un coordinamento che possa proseguire con il lavoro implementato, ampliando il raggio d'azione alle discriminazioni ed ai processi di disempowerment in riferimento a stigma, marginalizzazione dei gruppi minoritari, estendendo l'operato non solo alla popolazione LGBTQIA+, ma in riferimento alle minoranze in senso maggiormente ampio (abilismo, etnia, ageismo, sessualità, religione, genere), con lo scopo della creazione d'interventi e servizi per favorire il contrasto all'isolamento, la prevenzione di problematiche secondarie associate a tali vissuti e la promozione di processi di empowerment della persona e del contesto di provenienza ed appartenenza.

Bibliografia

Albanese S., Domenichini I, Baggio F. "Come costruire un training assertivo", in "Assertività e training assertivo. Teoria e pratica per migliorare le capacità relazionali dei pazienti." A cura di Francesca Baggio, Franco Angeli, 2013Alencar

Albuquerque, G., de Lima Garcia, C., da Silva Quirino, G. et al. Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. BMC Int Health Hum Rights16, 2 (2016).https://doi.org/10.1186/s12914-015-0072-9

Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. American Journal of Public Health, 103, 943–951. http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2013.301241

Coelho JS, Suen J, Clark BA, Marshall SK, Geller J, Lam PY." Eating Disorder Diagnoses and Symptom Presentation in Transgender Youth: a Scoping Review." Curr Psychiatry Rep. 2019 Oct 15

De Vries E, Kathard H, Müller A. Debate: Why should gender-affirming health care be included in health science curricula?. BMC Med Educ. 2020;20(1):51. Published 2020 Feb 14. doi:10.1186/s12909-020-1963-6

Fulginiti, A., Rhoades, H., Mamey, M.R. et al. Sexual Minority Stress, Mental Health Symptoms, and Suicidality among LGBTQ Youth Accessing Crisis Services. J Youth Adolescence 50, 893–905 (2021). https://doi.org/10.1007/s10964-020-01354-3

Gonzalez C.A, "Dresses, Spiderman, and Gender Dysphoria: A Gender- Affirming Schema Therapy Approach", in Schema Therapy Bulletin, Aprile 2018, Issue 10

Greaves C.C, Reicherter, "Disforia di genere " in "DSM-5 istruzioni per l'uso", Raffaello Cortina Editore, 2017

Helminen, E. C., Ducar, D. M., Scheer, J. R., Parke, K. L., Morton, M. L., & Felver, J. C. (2022). Self-compassion, minority stress, and mental health in sexual and gender minority populations: A meta-analysis and systematic review. Clinical Psychology: Science and Practice. Advance online publication. https://doi.org/10.1037/cps0000104

Lingiardi, V., Giovanardi, G. (2017), "Di che genere credi di essere?", in Il Sole 24 ore del 19 Febbraio.

Lorraine E. Lothwell, M.D., Naomi Libby, M.D., Stewart L. Adelson, M.D.," Mental Health Care for LGBT Youths", 2020, in "Focus" Volume 18 Issue 3

Mongelli F., Perrone D., Balducci J., Sacchetti A.; Ferrari S., Mattei G, Galeazzi G.M, "Minority stress and mental health among LGBT populations: an update on the evidence", In: Minerva Psichiatrica. - ISSN 0391-1772. - 60:1(2019), pp. 27-50. [10.23736/S0391-1772.18.01995-7]

Pugh M.," Tipologie di chairwork", in "Il chairwork nella terapia cognitivo -comportamentale. Una guida pratica alla tecnica delle sedie", Giovanni Fioriti Editore, 2021

Rigobello, L., Gamba, F. (eds.) (2016), Disforia di genere in eta evolutiva. Sostenere la ricerca dell'identita di genere nell'infanzia e nell'adolescenza: Sostenere la ricerca dell'identita di genere nell'infanzia e nell'adolescenza, Franco Angeli, Milano

Serrani, M.F," Schema therapy: modello teorico e trattamento" in Cognitivismo clinico, Volume 10, numero 1, Giugno 2013

Strano P., Baccetti F., Papa M., Facchi E., “Disforia di genere in un progetto pilota attraverso l’uso della Schema Therapy”, in Nuova Rassegna Di Studi Psichiatrici, rivista online di psichiatria, Volume 24 - 9 Settembre 2022 https://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/volume-24/disforia-genere-progetto-pilota-schema-therapy

Strano P., Baccetti F., Papa M., Facchi E., “Report finale, gruppo pilota per l’incongruenza di genere”, in Nuova Rassegna Di Studi Psichiatrici, rivista online di psichiatria, Volume 26 – 20 febbraio https://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/volume-26/report-finale-gruppo-pilota-incongruenza-genere

Van Vreesvijk, J. Broersen, G. Schurink. Mindfulness e Schema Therapy (2016). Istituto di Scienze Cognitive Editore.

Young J-E, Klosko J.S, Weishaar M.E., “Schema therapy. La terapia cognitivo comportamentale integrate per I disturbi della personalità”, Erikson, 2010

Per comunicare con l’autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista: psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it