



UNIVERSITÀ DI PADOVA

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e
della Socializzazione**

Corso di laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche

Elaborato finale

**Ferite invisibili: Come discriminazione, stigma e
pregiudizio modellano la psicologia
delle persone LGBT+**

**Invisible Wounds: How Discrimination, Stigma and
Prejudice Shape The Psychology of LGBT+
Individuals**

**Relatrice
Prof.ssa Laura Nota**

**Laureando
Davide Sulioti**

Matricola: 2076570

Anno Accademico 2025/26

*A chi crede di essere sbagliato,
sii gentile con il tuo viaggio.*

Indice

INTRODUZIONE	4
1. STORIA DELLA SALUTE LGBT+	6
1.1 ORIENTAMENTO SESSUALE NEL DSM	6
1.2 INCONGRUENZA DI GENERE NEL DSM	9
1.3 CONTESTO ITALIANO	12
1.4 RIFLESSIONI	13
2. STATO DELL'ARTE E MODELLI TEORICI DOMINANTI	15
2.1 BENESSERE DELLA COMUNITÀ LGBT+	15
2.2 IL MODELLO DELLO STRESS DA MINORANZA (<i>MINORITY STRESS MODEL</i>)	16
2.2.1 <i>Estensioni del MSM</i>	18
2.3 MODELLO NEUROPSICOSOCIALE INTEGRATIVO	20
2.4 PROSPETTIVA DELLA SICUREZZA SOCIALE	22
3. IMPLICAZIONI, RIDUZIONE E PREVENZIONE DELLO STRESS DA MINORANZA	25
3.1 ESITI PSICOLOGICI DELLA DISCRIMINAZIONE E DEL <i>MINORITY STRESS</i> NELLE PERSONE LGBT+	25
3.2 DALLA TEORIA ALLA PRATICA: ELIMINARE LE DISPARITÀ DI SALUTE MENTALE	27
3.3 INTERVENTI A LIVELLO MACRO (ASPETTI LEGISLATIVI E ORGANIZZATIVI)	28
3.4 ESEMPIO DI INTERVENTO EDUCATIVO PREVENTIVO NELLA PRIMA INFANZIA	29
CONCLUSIONI	32
BIBLIOGRAFIA	34

Introduzione

L'uccisione di natura omofoba di Mirko Moriconi a Lucca, l'attentato di matrice islamista-estremista al Pride di Berlino, l'applicazione dell'Anti-Homosexuality Act in Uganda e il report annuale fornito dall'associazione italiana Arcigay, che conta 127 casi documentati di violenza e aggressioni nei confronti delle persone LGBT+ in Italia, sono solo alcuni degli eventi ed elementi relativi all'anno 2026 che denunciano un fenomeno globale ancora grave che coinvolge l'intera popolazione queer. È evidente che, nonostante siano stati fatti importanti passi avanti nella conquista di diritti civili e nella riduzione del pregiudizio LGBT+, chi fa parte di questa comunità non può ancora vivere serenamente in un mondo in cui si assiste ad eventi come quelli sopracitati. Sottolineando l'importanza elevata di questi fatti oggettivi, il presente elaborato si pone l'obiettivo di considerare e comprendere cosa accade nel mondo interno psicologico delle persone queer e come questo viene influenzato dall'evidente natura discriminatoria e stigmatizzante dei sistemi sociali in cui sono inserite. Il primo capitolo di questo lavoro è incentrato sugli aspetti storici della salute mentale LGBT+ e in particolare viene affrontato ed analizzata la concettualizzazione che è stata fatta nel corso del tempo delle condizioni dell'omosessualità e della varianza di genere fino ai nostri giorni. L'analisi storica, inoltre, risulta fondamentale per capire come si sia sviluppato, a partire dalla clinica stessa, lo stigma relativo alle persone LGBT+ e al loro presunto stato psicopatologico. Nella seconda parte dell'elaborato, poi, vengono presentati i principali modelli teorici sviluppati per inquadrare e sistematizzare le dinamiche complesse che riguardano i processi psicologici tipicamente innescati nell'esperienza di vita LGBT+. Si precisa che particolare importanza viene data al *Minority Stress Model*, paradigma teorico elaborato da Ilan Meyer nel 2003 (di cui vengono analizzate anche le estensioni e rivisitazioni adattate alle condizioni attuali) che ha dominato la ricerca psicologica e psichiatrica della popolazione presa in esame. Il lavoro si conclude con un'analisi delle conseguenze che la discriminazione e il pregiudizio hanno sulla pelle psichica delle persone LGBT+ e con due esempi di interventi mirati a ridurre e soprattutto a prevenire i processi discriminatori e stigmatizzanti di cui sono vittime le persone queer.

L'elaborato, per l'autore, ha un significato affettivo elevato. Non solo perché è il frutto del proprio lavoro e della propria fatica, ma soprattutto perché funge da elemento emancipatorio dalla propria sofferenza, gli ha permesso di validare la propria storia e il proprio vissuto e di guardare ad essi con occhi diversi e con una consapevolezza maggiore. L'auspicio, infine, è che un giorno il filone di ricerca che si occupa di studiare la salute LGBT+, che ultimamente sta incontrando un incremento significativo, smetta di avere senso di esistere poiché le persone saranno finalmente libere di vivere la propria identità senza dover pensare che forse, per essere amate, debbano mostrarsi per ciò che non sono.

1. Storia della salute LGBT+

1.1 Orientamento sessuale nel DSM

La depatologizzazione dell'omosessualità, tramite la sua rimozione definitiva dal DSM (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali) nel 1987, si è resa possibile grazie al lavoro di alcune ricercatrici e ricercatori e alla nascita e allo sviluppo di movimenti per i diritti delle persone LGBT+¹. Jack Drescher, nel suo articolo *Out of DSM: Depathologizing Homosexuality* (2015), ripercorre la storia dell'omosessualità in ambito psicologico e psichiatrico, e arriva a distinguere tre diversi tipi di teorie eziologiche dell'omosessualità: le teorie patologiche, le teorie dell'immaturità (ossia del mancato sviluppo) e le teorie della variazione normale. Secondo le teorie che intendevano l'omosessualità una patologia, la condizione delle persone omosessuali era dovuta a difetti interni o ad agenti patogeni esterni a cui l'individuo poteva essere stato esposto prima o dopo la nascita. Le teorie dell'immaturità, invece, tipicamente di impronta psicoanalitica, ritenevano l'omosessualità in giovane età come una normale tappa dello sviluppo dell'eterosessualità adulta. Secondo le teorie dell'immaturità, quando l'omosessualità non si limitava ad essere una fase giovanile ma “resisteva” anche in età adulta, c'era stato un arresto nel corso dello sviluppo. Le teorie della variazione normale, infine, considerano l'omosessualità una differenza naturale presente in una parte minoritaria della popolazione, esattamente al pari, ad esempio, del mancino.

Nella sua analisi storica, Drescher individua nella figura di Richard von Krafft-Ebing² uno dei primi studiosi a proporre una teoria patologica dell'omosessualità secondo cui l'orientamento sessuale non-etero costituiva un disturbo degenerativo. Lo psichiatra analizzò i comportamenti sessuali mantenendo come cornice teorica l'evoluzionismo darwiniano e concluse che i comportamenti sessuali che non permettevano la procreazione erano da considerarsi come indicatori di psicopatologia. Tutto ciò che Krafft-Ebing teorizzò nel suo *Psychopathia Sexualis* (1886) influenzerà gran parte delle assunzioni patologiche riguardanti l'omosessualità presenti nelle prime versioni del DSM.

¹ Nel presente lavoro, per rendere la lettura più fluida, verrà usato questo acronimo per indicare tutte le persone con identità di genere e orientamenti sessuali non tradizionali. È importante precisare che la sigla si è evoluta nel corso del tempo per garantire la massima inclusività e la forma finale maggiormente riconosciuta dalla comunità considerata è quella di LGBTQIA+ (Lesbica, Gay, Bisessuale, Transgender, Queer, Intersessuale, Asessuale e “Più”, simbolo per includere altre identità ed orientamenti non esplicitamente citati). Inoltre, per evitare fastidiose ripetizioni, verranno usati il termine “queer” e la sigla “SGM” (Minoranze Sessuali e di Genere) per indicare la medesima popolazione.

² Richard von Krafft-Ebing (1840-1902) è stato uno psichiatra tedesco che studiò scientificamente la sessualità e le sue manifestazioni.

Al contrario, sempre in quegli anni, il collega tedesco Magnus Hirschfeld, propose una visione normativa dell'omosessualità che, però, non riscontrò molta popolarità. Successivamente, Sigmund Freud elaborò una teoria alternativa ad entrambe le prospettive appena citate: secondo il padre della psicoanalisi ogni persona nasce con tendenze bisessuali che, durante lo sviluppo psicosessuale, dovranno tradursi nell'età adulta in una condizione di eterosessualità stabile. È importante precisare che, nonostante la sua fosse una teoria dell'imaturità, Freud non attribuiva alla condizione dell'omosessualità una natura patologica. Lui stesso, verso la fine della sua vita, scriveva:

“L'omosessualità non è di certo un vantaggio, ma non è nulla di cui vergognarsi, non è un vizio, non è una degradazione; non può essere classificata come una malattia; la consideriamo una variazione della funzione sessuale, prodotta da un certo arresto dello sviluppo sessuale.”

(Lettera a una madre americana, 1935)

Freud, inoltre, che aveva già compreso la natura fallimentare delle terapie di conversione (forme di terapia mirate a modificare l'orientamento sessuale) in un suo saggio del 1920 dichiarava:

"In generale, intraprendere la conversione di un'omosessualità pienamente sviluppata in eterosessualità non offre molte più probabilità di successo del contrario, tranne per il fatto che, per buone ragioni pratiche, quest'ultimo tentativo non viene mai fatto."

(Psicogenesi di un caso di omosessualità femminile, 1920)

Dopo la morte di Freud, però, molti psicoanalisti che lo succedettero elaborarono teorie che tornavano a considerare l'omosessualità come patologica. Di particolare rilievo sono i postulati teorici di Sandor Rado, che riteneva l'eterosessualità l'unica norma biologica e vedeva l'omosessualità come una fobia dell'altro sesso dovuta a cure parentali non adeguate. Il panorama psicologico-psichiatrico americano del ventesimo secolo fu fortemente influenzato da queste visioni psicoanalitiche patologizzanti tanto da classificare poi, nella prima versione del DSM, il DSM-I (1952), l'omosessualità come “deviazione sessuale” all'interno dei disturbi di personalità sociopatica. Nel DSM-II, pubblicato nel 1968, l'omosessualità venne mantenuta tra le deviazioni sessuali. Però, mentre in quegli anni psicologi e psichiatri si occupavano di capire come curare l'omosessualità, un gruppo di ricercatori iniziò a studiare le manifestazioni sessuali in popolazioni non cliniche. Bisogna evidenziare, infatti, che molte delle teorie sviluppate fino a quel momento sull'omosessualità erano state elaborate studiando popolazioni omosessuali che già presentavano forme di psicopatologia o che erano state reclutate in carcere. Tra i principali studiosi che hanno contribuito ad una ricerca più oggettiva e meno

ideologicamente influenzata, si ricordano Alfred Kinsey, Ford e Beach ed Evelyn Hooker. Kinsey e colleghi (1948, 1953) trovarono che l'omosessualità era molto più frequente nella popolazione di quanto si credesse al tempo. Gli studi di Ford e Beach (1951), oltre a supportare empiricamente le conclusioni di Kinsey tramite studi transculturali, analizzarono anche i comportamenti sessuali di altre specie animali e trovarono che l'omosessualità era regolarmente presente in natura. Evelyn Hooker (1957), invece, condusse una serie di studi innovativi per dimostrare che la psicopatologia non fosse intrinseca alla condizione di omosessualità. In particolare, sottopose test psicologici della personalità a due gruppi: 30 uomini eterosessuali e 30 uomini omosessuali (in entrambi i casi uomini senza condizioni cliniche preesistenti, non carcerati e adeguatamente integrati nella società). Poi, sottopose i risultati a diversi psicologi e psichiatri senza rivelare l'orientamento sessuale dei rispondenti. Quindi, chiese loro di indicare quali test appartenessero ai soggetti omosessuali. Gli esperti non furono in grado di operare la distinzione e così la psicologa Hooker concluse che non esisteva una relazione causale tra omosessualità e psicopatologia. Ma questi studi da soli non bastarono, tanto è vero che la psicologia e psichiatria americane ignorarono le conclusioni delle ricerche appena viste. Fu grazie alle pressioni esercitate da un gruppo di attivisti che le cose cambiarono. Infatti, sull'onda dei moti di Stonewall³ nella città di New York, alcuni militanti nei primi anni '70 fecero incursione negli stabilimenti dell'APA (American Psychiatric Association) in quanto ritenevano che l'etichetta a loro attribuita di "malati mentali" fosse uno dei principali motivi della loro stigmatizzazione. Le incursioni portarono l'associazione a concedere, nel congresso dell'anno 1972, uno spazio dedicato agli attivisti affinché potessero argomentare le loro posizioni. Il coraggioso attivismo queer ebbe un' influenza talmente rilevante che in seguito a tutto ciò l'organizzazione fu costretta a istituire un comitato di revisione (la *Nomenclature Committee*) che rivedesse la definizione di "disturbo mentale". Ciò che i clinici conclusero, alla fine, era che un comportamento, per essere considerato patologico, doveva "causare una sofferenza soggettiva o doveva essere associato ad una compromissione generale del funzionamento sociale" (Spitzer, 1981) e l'omosessualità non rientrava in questa definizione. Fu così che nella ristampa del DSM-II (1974) l'omosessualità non era più considerata una patologia ma venne inserita la categoria di "Disturbo dell'orientamento sessuale" per indicare la condizione di determinate persone omosessuali che vivevano il loro orientamento sessuale

³ Con l'espressione *Moti di Stonewall* ci si riferisce ad uno degli eventi più importanti della storia LGBT+: nel locale Stonewall Hill a New York, la notte del 27 giugno 1969, persone travestite, transgender, crossdresser e altre identità queer si ribellarono alla polizia intenta ad arrestarle. Esattamente un anno dopo, ebbe origine la prima manifestazione del Pride a New York, che fu da ispirazione per la movimentazione LGBT+ anche negli altri paesi.

con scontentezza e desideravano cambiarlo. Questa nuova categoria diagnostica legittimava la pratica di terapie di conversione, oggi considerate estremamente dannose per la salute delle minoranze sessuali. Poi, nella versione successiva del DSM, il DSM-III (1980), la diagnosi viene rinominata “Omosessualità egodistonica”. I dibattiti sulla natura dell’omosessualità iniziarono a convergere verso una direzione depatologizzante, e tra i tanti contributi, si ricorda quello di Judd Marmor (1980) che scriveva:

“La questione fondamentale, tuttavia, non è se alcuni o molti omosessuali si possano rivelare nevroticamente disturbati. In una società come la nostra, in cui gli omosessuali vengono uniformemente trattati con disprezzo o scherno — per non parlare dell'ostilità aperta nei loro confronti — sarebbe davvero sorprendente se un numero consistente di essi *non* soffrisse di un'immagine di sé compromessa e di un certo grado di insoddisfazione per la propria condizione stigmatizzata. È tuttavia palesemente ingiustificato e impreciso attribuire tale nevroticismo, laddove esista, ad aspetti intrinseci dell'omosessualità in sé. Anche se solo una minoranza di omosessuali risultasse non nevrotica secondo gli standard ordinari, sarebbe scientificamente errato stereotiparli tutti come affetti da psicopatologia. Nella realtà dei fatti, molti omosessuali, sia uomini che donne, operano in modo responsabile e onorevole in posizioni della massima fiducia e conducono vite emotivamente stabili, mature e ben adattate, che sono indistinguibili da quelle degli eterosessuali ben adattati, ad eccezione delle loro diverse preferenze sessuali.”

(*Homosexual Behavior: A Modern Reappraisal*, 1980)

Solo con la revisione del DSM-III (DSM-III-R, 1987) l’omosessualità venne definitivamente eliminata dal manuale e da quel momento in poi la clinica si pose l’obiettivo di studiare e trattare il disagio psicologico presente nelle popolazioni LGBT+ considerandolo come il risultato della stigmatizzazione e delle dinamiche discriminatorie che in cui queste persone sono coinvolte sistematicamente durante la loro vita quotidiana.

1.2 Incongruenza di genere nel DSM

Nonostante la storia dell’omosessualità nel panorama clinico condivida alcuni aspetti con quella della transessualità, quest’ultima merita di essere trattata separatamente. È sempre Drescher, questa volta in un articolo intitolato *Queer Diagnoses: Parallels and Contrasts in the History of Homosexuality, Gender Variance and the Diagnostic and Statistical Manual* (2010), a fornire una sintesi storica di come la condizione delle persone transgender è stata concettualizzata e trattata dalla psichiatria e dalla psicologia. Prima di delineare gli elementi centrali della storia clinica transgender è necessario definire chiaramente cosa si intende con questo termine. Currah e collaboratori (2008) forniscono una definizione, forse un po’ datata ma ancora scientificamente valida, secondo cui le persone transgender presentavano:

“... un senso di persistente identificazione con, ed espressione di, comportamenti legati al genere non tipicamente associati al proprio sesso alla nascita, e che non erano riconducibili né alla gratificazione erotica, né a una parafilia psicopatologica, né a un disturbo o patologia fisiologica. Il termine che ci si attribuiva intendeva trasmettere l'idea che si potesse vivere in modo non patologico in un genere sociale non tipicamente associato al proprio sesso biologico, così come la convinzione che un singolo individuo dovesse essere libero di combinare elementi di differenti stili e presentazioni di genere, o diverse combinazioni di sesso/genere.”

(The State of Transgender Rights in the United States of America, 2008)

Al pari dell'omosessualità, scrive Drescher, la transessualità inizia ad essere messa sotto la lente della medicina nel diciannovesimo secolo. Spesso accadeva che le due condizioni fossero trattate indistintamente, un errore metodologico di non poco conto considerando le differenze notevoli che oggi vengono riconosciute tra i due costrutti. Si deve a Hirschfeld una prima distinzione concettuale delle due situazioni. Krafft-Ebing, esattamente come per l'omosessualità, interpretava la condizione di disforia di genere come patologica. Nonostante le visioni patologizzanti, però, negli anni '20 alcuni medici europei iniziarono con i primi interventi chirurgici sperimentali di riassegnazione del sesso. In seguito alla vicenda di Christine Jorgensen, donna transgender che dopo essersi operata negli anni '50 in Danimarca per cambiare il proprio sesso da uomo a donna tornò negli USA e il cui caso raccolse molta visibilità, il mondo psicologico e psichiatrico dovette impiegare più risorse per comprendere la condizione transgender e formalizzò il concetto di *identità di genere*. Molti psichiatri e psicanalisti, comunque, dichiararono esplicitamente la loro ostilità alle terapie chirurgiche e ormonali ideate per le persone transgender che, secondo loro, soffrivano di una grave condizione di psicosi o nevrosi. E fu in questo clima culturale che vennero pubblicate le prime due versioni del DSM, in cui però non era inserita nessuna categoria diagnostica relativa alle persone transgender. Con il DSM-III, però, le cose cambiarono e ciò che accadde successivamente è brevemente spiegato da Zucker e Spitzer che, in un articolo del 2005, scrivono:

“Nella terza edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III; APA, 1980), comparvero per la prima volta due diagnosi psichiatriche relative alla disforia di genere nei bambini, negli adolescenti e negli adulti: il disturbo dell'identità di genere nell'infanzia (GIDC) e il transessualismo (quest'ultimo da utilizzarsi per adolescenti e adulti). Nel DSM-III-R (APA, 1987), fu aggiunta una terza diagnosi: disturbo dell'identità di genere nell'adolescenza e nell'età adulta, tipo non transessuale. Nel DSM-IV (APA, 1994), quest'ultima diagnosi fu eliminata ("soppressa"), e le diagnosi di GIDC e transessualismo furono accorpate in un'unica diagnosi omnicomprensiva, il disturbo dell'identità di genere (DIG), con set di criteri differenti per i bambini rispetto agli adolescenti e agli adulti.”

(Was the Gender Identity Disorder of Childhood diagnosis introduced into DSM-III as a backdoor maneuver to replace homosexuality? A historical note, 2005)

La collocazione della transessualità nel manuale diagnostico fu l'esito di precedenti ricerche e studi condotti da una serie di psicologi, di cui è importante esplorare il lavoro teorico ed empirico. Tra questi si possono distinguere almeno tre personalità particolarmente rilevanti: John Money, Harry Benjamin e Robert Stoller.

John Money, psicologo e sessuologo, negli anni '50 elaborò alcune teorie sullo sviluppo dell'identità di genere basandosi sullo studio di bambini nati in condizione di intersessualità⁴ concludendo che l'identità di genere fosse un aspetto dell'individualità determinato da fattori ambientali. Nella sua teoria dello sviluppo, l'identità di genere veniva acquisita tipicamente a tre anni di età e rimaneva fissa per tutta la vita, rendendo le operazioni di riassegnazione del sesso l'unica via terapeutica efficace. Il medico Harry Benjamin, invece, elaborò una teoria essenzialista dell'identità di genere. Secondo lo studioso, la transessualità aveva una base biologica ed era una condizione patologica dovuta ad una femminilizzazione del cervello della persona transgender⁵ avvenuta durante il periodo di gestazione. Benjamin fu uno dei medici che cercarono di portare alla luce la questione transgender e fu uno dei pochi, inoltre, ad offrire terapie ormonali a questa popolazione nonostante la medicina di quel tempo considerasse le persone con incongruenza di genere “degli omosessuali confusi, nevrotici, travestiti o una combinazione dei tre” (Socarides, 1969). Un altro ricercatore degno di nota fu Robert Stoller. Stoller, che lavorò con con persone transgender e intersessuali, non accettava la visione essenzialista di Benjamin e postulò che fossero, in alcuni casi, le dinamiche familiari durante l'infanzia a determinare la condizione di transessualità. Evidentemente influenzato dalle teorie psicanalitiche di separazione-individuazione di Margaret Mahler, Stoller riteneva il disturbo dell'identità di genere un “arresto dello sviluppo... in cui una simbiosi madre-bambino eccessivamente stretta e gratificante, non disturbata dalla presenza del padre, impedisce a un bambino di separarsi adeguatamente dal corpo femminile e dal comportamento femminile della madre” (1975).

Con la stesura del DSM-5 (2013), la condizione transgender non viene più considerata un disturbo psichiatrico in sé, ma la presenza di disforia di genere nella persona porta alla diagnosi. Come evidenziato da Brown nel Merck Manual (2025), importante manuale di riferimento

⁴ L'intersessualità comprende un insieme di condizioni biologiche congenite nelle quali i tratti cromosomici, gonadici o anatomici del corpo non corrispondono alle tradizionali definizioni binarie di maschio o femmina. (APA, 2023)

⁵ Si noti che le teorie classiche sull'identità di genere consideravano principalmente i soggetti nati in corpi maschili. Di questo fatto si discuterà nel paragrafo finale di questo primo capitolo.

medico-clinico, nella revisione del DSM-5 (DSM-5-TR, 2022) queste sono le conclusioni verso le quali converge la scienza clinica:

“Se un individuo vive o manifesta incongruenza di genere o non conformità di genere, questo di per sé non è considerato un disturbo. È considerato una variante normale dell'identità e dell'espressione di genere umana. Tuttavia, quando la discrepanza percepita tra il sesso di nascita e il senso interiore dell'identità di genere causa alla persona un sofferenza significativa o una compromissione funzionale, può essere appropriata una diagnosi clinica di **disforia di genere**. La disforia di genere è una diagnosi presente nel *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Quinta Edizione, Revisione del Testo (DSM-5-TR), ed è suddivisa in 2 set di criteri diagnostici: uno per i bambini e uno per gli adolescenti e gli adulti. La diagnosi è definita dalla sofferenza della persona piuttosto che dalla presenza di incongruenza o identità di genere.

Secondo alcuni esperti, la diagnosi di disforia di genere è primariamente una condizione medica generale con sintomi psichiatrici associati, simile ai disturbi dello sviluppo sessuale, e non un disturbo prevalentemente psichiatrico. Di conseguenza, l'incongruenza di genere e la disforia di genere non sono elencate come condizioni di salute mentale nella Classificazione Internazionale delle Malattie, 11ª Revisione (ICD-11), bensì nel capitolo relativo alla salute sessuale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha apportato questo cambiamento, in parte, per ridurre lo stigma nei confronti di una condizione già stigmatizzata. Al contrario, altri considerano persino le forme estreme di incongruenza di genere né come una condizione medica né psichiatrica, ma piuttosto come rare varianti normali all'interno dello spettro dell'identità e dell'espressione di genere umana.”

(Gender Incongruence and Gender Dysphoria, Merck Manual Professional Edition, 2025)

Come accade per l'omosessualità, anche per l'incongruenza di genere, il focus della ricerca clinica odierna è quello di ridurre il disagio psichico legato alla stigmatizzazione delle persone transgender e gender diverse. E in particolare, quando la discrepanza tra il vissuto interiore e il proprio corpo provoca sofferenza acuta, i professionisti si impegnano ad impiegare ogni tipo di terapia (in particolare le terapie di affermazione di genere) per contenere il dolore tipico di questa complessa condizione.

1.3 Contesto italiano

L'Italia non è certo esente dai fenomeni di discriminazione e stigmatizzazione delle persone LGBT+. Ma il modo in cui sono avvenuti i meccanismi di esclusione della comunità queer italiana è peculiare e presenta differenze rispetto agli altri paesi che sono strettamente connesse all'assetto socio-politico di quegli anni. Come evidenziano Rossi Barilli (1999) e Benadusi (2005), le condizioni delle persone LGBT+ italiane erano influenzate dall'ideologia fascista, dalla psichiatria positivista, dai primi movimenti attivisti LGBT+ italiani e da importanti riforme legislative. All'inizio del secolo scorso la clinica subiva pesantemente l'influenza della scuola lombrosiana (afferente alla psichiatria positivista) e l'omosessualità era convenzionalmente considerata “inversione sessuale”, risultato di una degenerazione ereditaria

o di un danno al sistema nervoso. Con l'avvento del fascismo, poi, si ha assistito ad una dinamica sottile di esclusione LGBT+ che ruotava attorno alla negazione dell'esistenza delle persone queer. Infatti, nonostante nella bozza del codice penale che si stava elaborando negli anni '20 fosse prevista una legge che considerava i comportamenti omosessuali come reati e li puniva in quanto tali, essa non venne mantenuta una volta pubblicato e ufficializzato il codice. L'obiettivo era quello di cancellare l'esistenza LGBT+ in Italia, che era considerata contraria all'idea dell'uomo italiano che, per Mussolini, era un uomo virile e forte. Quindi, il controllo e la repressione delle persone LGBT+ vennero delegati ai professionisti degli ospedali psichiatrici e ai corpi di sicurezza italiani⁶. Nella seconda metà del '900, invece, prevalsero teorie psicanalitiche dell'immaturità che illusero la clinica italiana di riuscire in imprese di conversione tramite le *terapie riparative*. Le cose iniziarono a cambiare il 5 aprile 1972, dopo che durante un congresso del CIS (Centro Italiano di Sessuologia) attivisti del gruppo militante "F.U.O.R.I!" bloccarono le attività e contestarono al personale medico le assunzioni fatte sulla condizione dell'omosessualità. Successivamente, nel 1978, tramite la Legge Basaglia e la conseguente chiusura dei manicomi, le persone queer non rischiavano più di essere internate per i loro comportamenti definiti "devianti" o "immorali". Inoltre, come sottolineato da Di Nuovo e Tobino (2022), nel 1982 in Italia venne emanata la prima legge che normava i percorsi medici e giuridici di riassegnazione del sesso. Ciò portò inevitabilmente la clinica italiana a strutturare protocolli terapeutici per accompagnare le persone transgender durante le pratiche chirurgiche. Le conclusioni a cui si è giunti nei primi due paragrafi del presente lavoro possono essere declinate anche al contesto italiano: per cui, si può dire che anche in Italia la psicologia e la psichiatria (e le altre discipline che si occupano di salute) sono ora focalizzate sul trattamento e sulla prevenzione degli esiti della discriminazione e della stigmatizzazione.

1.4 Riflessioni

Dopo aver scorso brevemente la parte più recente della storia della comunità LGBT+ nel contesto clinico, sociale e politico appare utile fare alcune considerazioni. Come si è potuto evincere dai pochi cenni relativi alle manifestazioni per i diritti e alla volontà di affermare le proprie identità, la popolazione queer ha alle spalle una storia travagliata e fitta di lotta alla discriminazione e alla stigmatizzazione, fenomeni che non hanno riguardato solamente le relazioni interpersonali. Il marchio imposto alle persone queer era di natura sistematica: gli

⁶ Le persone omosessuali rischiavano il confino di polizia (in isole come San Domino nelle Tremiti, Ustica o Lampedusa) o il ricovero forzato in ospedale psichiatrico.

Stati, l'intera comunità scientifica e il credo religioso (poco affrontato nel presente lavoro, ma sicuramente determinante) hanno contribuito enormemente alla diffusione di idee patologizzanti e estremamente negative. È necessario riflettere sulle conseguenze che fattori di ordine così elevato hanno avuto e hanno tutt'ora su questa popolazione. Si evidenzia la natura attuale delle conseguenze poiché, nonostante sia vero che le condizioni LGBT+ oggi non siano più ritenute intrinsecamente patologiche e che enormi passi avanti sono stati fatti in termini di conquiste di diritti civili, le SGM (*Minoranze sessuali e di genere*) devono ancora far fronte a:

- partiti politici conservatori che si oppongono, in modo diretto o in maniera sottile e subdola, all'autodeterminazione LGBT+;
- contesti sociali ancora chiusi all'idea che l'attrazione verso individui dello stesso sesso e/o la percezione di un'incongruenza tra la propria identità profonda e il sesso assegnato alla nascita siano varianti normali della natura umana, la quale ci tiene a ricordarci della sua tanto affascinante quanto irriducibile complessità;
- ambienti religiosi radicali che rifiutano tutt'ora l'esistenza queer.

Cosa significa tutto ciò in termini di psicologia individuale? Come questo sistema escludente modifica la pelle psichica delle persone LGBT+? Nel prossimo capitolo verranno analizzati i principali modelli teorici sviluppati per rispondere a queste domande.

2. Stato dell'arte e modelli teorici dominanti

2.1 Benessere della comunità LGBT+

È ormai stato ampiamente dimostrato dalla ricerca epidemiologica che le persone LGBT+ sperimentano livelli di salute fisica e mentale significativamente diversi rispetto alle persone etero-cisgender. In particolare, Kaprinis e Charalampakis, nel loro articolo “Social exclusion and psychopathology in LGBTQ+ communities: a neuropsychosocial review” (2025) pongono l'accento sul fatto che le persone queer, secondo le statistiche, sperimentano tassi elevatissimi di abuso di sostanze, ansia, depressione, disturbi mentali, suicidio e ideazione suicidaria rispetto a chi non fa parte di minoranze sessuali e di genere. I dati raccolti, inoltre, sono consistenti in diverse aree geografiche e in differenti contesti culturali⁷. Le cause di questo fenomeno vengono attribuite all'esposizione prolungata di questa popolazione a fattori di stress psicosociale, che includono: discriminazione sistemica e cronica, rifiuto interpersonale, invalidazione della propria identità e accesso limitato a risorse di supporto. Nella ricerca psicologica e psichiatrica, la salute mentale delle persone LGBT+ è sempre più spesso considerata come un fenomeno sindemico, in cui i diversi fattori di stress sociale e strutturale contribuiscono a peggiorare l'evidente emergenza psicologica legata a questa popolazione. Le pressioni a cui le persone queer sono sottoposte spesso durano per tutta la vita e superano enormemente le aspettative di chi non fa parte di questo gruppo sociale, fatto che denuncia una scarsissima consapevolezza generale delle condizioni della popolazione LGBT+ e della loro peculiare esperienza di vita. Le conseguenze psicologiche (e non solo) della discriminazione e della stigmatizzazione delle persone queer saranno oggetto di interesse per il terzo capitolo del presente lavoro. In questa parte dell'elaborato, invece, vengono presentati i principali paradigmi teorici usati come riferimento nella pratica clinica riguardante la popolazione LGBT+ che tentano di inquadrare il fenomeno della scarsa salute mentale queer. Gli autori e le autrici che hanno provato a fare ciò hanno tenuto in considerazione (chi in misura maggiore e chi no) gli aspetti personali, sociali e soprattutto strutturali della marginalizzazione. Questi ultimi, come si vedrà, giocano un ruolo cruciale nel definire il benessere delle soggettività LGBT+.

⁷ È doveroso sottolineare che in Italia esistono pochissimi studi statistici sulla salute mentale delle persone queer e i pochi dati raccolti sono spesso frutto del lavoro autonomo di associazioni LGBT+.

2.2 Il Modello dello Stress da Minoranza (*Minority Stress Model*)

Inizialmente sviluppato nel 2003 da Ilan Meyer⁸, per comprendere e spiegare i ridotti livelli di salute mentale delle persone lesbiche, omosessuali e bisessuali, e poi esteso anche alle persone transgender e gender-diverse, il Modello dello Stress da Minoranza (*Minority Stress Model*, da qui in avanti “MSM”) ha rivoluzionato il modo di vedere la salute mentale della comunità queer ed è il paradigma teorico tutt’ora dominante nella ricerca psicologica e psichiatrica riguardante questa popolazione (Meyer, 2003; Frost & Meyer, 2023). Meyer fa parte di quella generazione di studiosi che smise di intendere il disagio psichico e la psicopatologia come aspetti intrinseci all’omosessualità e portò il focus sull’ambiente e l’impatto che questo aveva sulla persona. Ispirandosi alla *Teoria dello Stress Psicosociale* di Barbara Dohrenwend, che sottolineava il ruolo significativo degli eventi della vita nell’insorgenza di problematiche di salute mentale, e sulla base di evidenze empiriche rilevate da studi di meta-analisi, Meyer postulò che le persone LGB, oltre a dover fronteggiare i normali *eventi di vita stressanti*, devono anche affrontare un tipo di stress additivo, cronico e sistematicamente strutturato. Questo tipo di stress, lo *stress da minoranza*, si distingue concettualmente da quello classico in quanto ha origine dalla stigmatizzazione e dal pregiudizio riservati esclusivamente a persone appartenenti a gruppi sociali minoritari. Inoltre, sottolinea Meyer, esso ha profonde e durature conseguenze sulla loro psicologia (intesa sia come benessere psichico sia come funzionamento psicologico nella vita quotidiana) e, come evidenziato anche da recenti studi, sulla loro biologia, la loro vita relazionale e professionale.

Nel MSM, Meyer distingue lo stress da minoranza in due ordini di fattori: fattori di stress distale e fattori di stress prossimale. Con *stress distale*, Meyer fa riferimento a come le interazioni interpersonali e le istituzioni impattano sulla vittima stigmatizzata. Ad esempio, si possono considerare fattori di stress distale: le esperienze interpersonali di microaggressione e discriminazione, la presenza di sistemi educativi eteronormativi, l’accesso iniquo alle cure mediche e la messa in atto di politiche discriminatorie anti-LGBT+. I fattori stressanti *prossimali*, invece, coinvolgono la sfera psicologica della persona e originano da un processo di socializzazione in cui chi fa parte di una minoranza stigmatizzata impara a rifiutarsi (l’immagine di sé risulta fortemente compromessa in seguito all’interiorizzazione dello stigma),

⁸ Ilan H. Meyer è *Distinguished Senior Scholar* per le politiche pubbliche presso il *Williams Institute for Sexual Orientation Law and Public Policy* della UCLA School of Law. I suoi settori di ricerca includono lo stress e le malattie nelle popolazioni di minoranza, in particolare la relazione tra lo status di minoranza, l’identità di minoranza, il pregiudizio, la discriminazione e la salute mentale nelle minoranze sessuali, oltre all’intersezione tra gli stress correlati all’orientamento sessuale, all’etnia e al genere. (UCLA Fielding School of Public Health, n.d.)

si aspetta il diniego da parte degli altri e tende a nascondere la propria identità sessuale per proteggersi.



Modello dello Stress da Minoranza (Meyer, 2003)

L'autore, inoltre, basandosi su studi classici di psicologia sociale, conclude che quando l'identità queer è saliente per la persona nell'immagine complessiva del Sé, gli agenti stressanti possono avere un impatto maggiore sulla salute mentale, fatto supportato anche da studi recenti (Thoits, 1999; Hinton et al., 2024). È importante sottolineare che la salienza dell'identità queer nello schema soggettivo del Sé non è un fattore di per sé negativo, ma inasprisce le conseguenze della discriminazione e della stigmatizzazione, quando avvengono. È altrettanto vero che, se per la persona l'identità queer è saliente, i benefici tratti dalla connessione con la propria comunità (uno dei principali fattori di protezione, come si vedrà più avanti) saranno molto maggiori rispetto a quelli sperimentati da coloro che nella gerarchia del proprio Sé collocano l'identità sessuale a livelli più marginali.

Un altro fattore importante evidenziato dal modello è la valenza data alla propria identità. Quando una persona valuta la propria identità negativamente, la probabilità che problemi di salute mentale e di depressione insorgano aumenta significativamente. Passare da una valenza negativa ad una positiva diventa quindi uno dei passaggi fondamentali nello sviluppo positivo del Sé ed è proprio su questo passaggio che le terapie affermative pensate per la popolazione queer si concentrano. Infine, l'ultimo elemento centrale capace di determinare gli esiti di salute mentale e del benessere psicologico nelle persone LGB è l'integrazione. Infatti, come accennato precedentemente, il concetto del Sé viene tipicamente teorizzato come una struttura gerarchica in cui le varie identità sociali di una persona sono organizzate secondo un ordinamento personale. Quello che ci si aspetta, secondo il MSM, è che l'integrazione dell'identità queer con

il resto degli elementi identitari che caratterizzano il Sé porti ad uno stato di benessere e di accettazione ottimali.

2.2.1 Estensioni del MSM

Come accennato precedentemente, il MSM è stato esteso anche alle identità trans e gender-diverse (“TGD”, da qui in avanti), oltre che alle minoranze sessuali. Studi attuali dimostrano che le persone transgender e gender-diverse presentano livelli di salute mentale più bassi sia rispetto alle persone cisgender sia rispetto alle minoranze sessuali (de Vries et al., 2023). È ormai chiara la natura sociale del disagio psichico LGBTQ+, intesa come conseguenza inevitabile della discriminazione sistematica, dell’invalidazione sociale e della presenza di strutture sociali etero-cisnormative. I maggiori livelli di sofferenza psichica per le persone transgender e gender-diverse vengono interpretati come la conseguenza della maggiore facilità con cui è possibile riconoscerle. Infatti, l’identità e l’espressione di genere sono costantemente soggette ad analisi visiva e l’incongruenza tra aspetti fisici attuali della persona e caratteristiche attese (sulla base del sesso che si presume abbia) permettono una maggiore facilità nel riconoscimento delle persone gender-diverse. Turone e colleghi (2025) analizzano il *Gender Minority Stress and Resilience* (GMSR), una cornice teorica che deriva direttamente dal MSM e si focalizza sull’esperienza transgender e gender-diverse e sul concetto di resilienza. Gli autori notano come l’esistenza di queste persone non sia definita di per sé, ma sia concepita essenzialmente come una devianza da una certa norma. In particolare, viene evidenziato il processo sociale tramite cui si costruiscono i copioni relativi al sesso e al genere di appartenenza e attraverso il quale coloro che non rispettano e deviano dalle norme attese presenti in questi “copioni sociali” vengono considerati come minoranza. Dato che le persone TGD contraddicono l’assunzione generale che sia necessario conformarsi alle aspettative di genere, esse vengono spesso marginalizzate e fanno esperienza di uno stress da minoranza che è qualitativamente uguale a quello teorizzato da Meyer. Anche questo modello teorico distingue fattori di stress distale e prossimale, ma, poiché l’esperienza di vita delle persone TGD differisce per alcuni aspetti da quella delle minoranze sessuali, è naturale che lo stress si declini, oltre che nelle forme viste precedentemente, anche in modalità nuove. Nonostante nel paradigma teorico classico venga postulata una relazione causale tra fattori di stress da minoranza ed esiti negativi di salute mentale, ora la condizione finale viene considerata come il risultato dell’interazione complessa e dinamica di fattori individuali e sociali. Anche in questo caso tra i fattori distali è presente la discriminazione esplicita e/o sottile (microaggressioni) che risulta l’elemento prevalente dello

stress a livello macro, correlato con uso di sostanze, suicidalità, ansia e depressione. Tra le microaggressioni si evidenzia la pratica del *misgendering*, per cui ci si riferisce alla persona TGD con pronomi diversi da quelli che vuole vengano usati nei suoi confronti, portando ad una negazione dell'identità di genere dell'individuo. Tra i fattori distali c'è il rifiuto da parte degli altri: la negazione da parte della famiglia o la sua indifferenza (es. non informarsi sulla diversità di genere), in particolare, hanno effetti gravosi sulla salute mentale. Uno specifico stressor delle persone che fanno parte delle minoranze di genere è, infatti, la non-affermazione della propria identità. Gli autori collocano questo fattore a metà tra lo stress distale e quello prossimale, poiché ha un forte impatto anche su aspetti importanti dello sviluppo di sé. Come accennato, l'assorbimento di attitudini sociali negative verso le minoranze di genere può tradursi in processi prossimali di interiorizzazione dello stigma (transfobia interiorizzata), in aspettative future negative e nel nascondimento della propria identità di genere. La consapevolezza di far parte di una minoranza stigmatizzata può, inoltre, portare ad eventi psicologici interni negativi anche in assenza di eventi negativi reali. Con l'espressione *transfobia interiorizzata* si fa riferimento alla condizione in cui l'attitudine negativa data dallo stigma è rivolta verso di sé. Questo processo ha quattro importanti implicazioni psicologiche: compromissione dell'orgoglio per la propria identità, volontà di essere percepiti come persone cisgender, vergogna per chi si è e dissociazione ed estraniamento dalle altre persone TGD. Poi, è stato dimostrato che le *aspettative negative per eventi futuri* sono il principale elemento che porta le persone TGD ad evitare le strutture mediche, fatto che porta a conseguenze fortemente negative per salute mentale e fisica. Un altro fattore prossimale è la *non-divulgazione*, ovvero la volontà di non far trasparire la propria condizione di TGD. A volte questo fattore non dipende dalla persona, poiché non sempre ne si ha il controllo. Nonostante quest'ultimo elemento sia quello che ha effetti meno significativi sulla salute mentale, esso è utile per spiegare contemporaneamente l'associazione tra stigma strutturale e bassa soddisfazione di vita e il suo ruolo protettivo contro la discriminazione. Anche in questa estensione teorica si fa riferimento a fattori di protezione e in particolare ci si concentra sul potenziamento della resilienza, possibile tramite la connessione con la propria comunità (costruire e mantenere rapporti con individui del proprio gruppo marginalizzato) e l'orgoglio per la propria identità (inversamente correlato con la transfobia interiorizzata, mitiga gli effetti psicologici negativi della discriminazione). Infine, i limiti teorici delineati dagli autori consistono nel fatto che il modello non esaurisce la realtà complessa che caratterizza l'interazione tra la società e le persone TGD e le implicazioni che questa relazione ha sulla salute mentale di questa popolazione. Poi, è importante evidenziare che i benefici in termini di salute mentale dati dall'espressione della

propria identità dipendono fortemente dalla presenza o assenza di rinforzi ambientali. Un'ipotesi avanzata dagli autori è che l'impatto mentale della stigmatizzazione, invece che dallo stress, dipenda dalla negazione sistematica della sicurezza sociale di cui godono le persone non marginalizzate, che prevede senso di inclusione, di riconoscimento e di protezione. Si affronterà questo aspetto in uno dei paragrafi successivi, quando verrà analizzata la *prospettiva teorica della sicurezza sociale*.

2.3 Modello neuropsicosociale integrativo

In un'ottica teorica integrata, Kaprinis e Charalampakis (2025), hanno fuso insieme tre differenti paradigmi teorici per cercare di spiegare in modo esaustivo come la marginalizzazione sistematica delle persone LGBT+ entra nel loro mondo interiore e psicologico e lo modifica. In particolare, gli autori esaminano e legano fra loro il MSM, il modello della mediazione psicologica (Psychological Mediation Framework) e il paradigma della sensibilità al rifiuto (Rejection Sensitivity Model). Avendo già sviluppato e analizzato il MSM in uno dei paragrafi precedenti, non verrà detto molto di più di quanto non sia stato visto prima. Ciò che è importante precisare è che i ricercatori sottolineano come il MSM sia supportato da molteplici evidenze neuroscientifiche, che dimostrano come l'esclusione sociale e la stigmatizzazione attivino gli stessi circuiti neurali del dolore fisico (le aree maggiormente coinvolte sono quelle dell'insula anteriore e della corteccia cingolata anteriore dorsale). I fattori di stress individuati dal modello, inoltre, sono stati empiricamente associati ad infiammazione sistemica, modificazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (asse HPA) e ad alterati livelli di cortisolo. Queste considerazioni sono molto importanti, in quanto sottolineano la natura fisica dello stress da minoranza. Come è stato già ampiamente evidenziato, anche la dimensione psicologica risente enormemente di questo tipo di stress, tanto che le ricerche di psicologia clinica considerano l'interiorizzazione dello stigma sociale come un predittore attendibile dell'insorgenza del disturbo depressivo maggiore e di disturbi d'ansia.

Il modello della mediazione psicologica (PMF), invece, declinato nel contesto LGBT+ da Hatzenbuehler, ha origine per superare in qualche modo i limiti del MSM. Questa cornice teorica rappresenta un avanzamento sostanziale nella scienza clinica e applicativa. Secondo questa visione, infatti, la relazione tra stigma sociale/strutturale e salute mentale LGBT+ non è lineare e diretta, ma è mediata da alcuni processi psicologici interni modificabili. In particolare, è possibile evidenziare tre mediatori principali: la disregolazione emotiva, l'insorgenza di

processi cognitivi disfunzionali e l'esclusione sociale, accompagnata dallo sviluppo di un'acuta sensibilità al rifiuto. Con "disregolazione emotiva" ci si riferisce al fatto che le persone LGBT+ che fanno esperienza di stigma, rifiuto e bisogno di nascondersi sviluppano spesso difficoltà nella regolazione delle loro emozioni, in particolare in contesti collettivi o di alta pressione sociale. Queste problematiche possono consistere in una reattività emotiva accentuata, repressione delle emozioni o difficoltà a ripristinare l'equilibrio emotivo dopo lo stress. Inoltre, alcuni studi hanno dimostrato che una maggiore disregolazione emotiva è direttamente legata a maggiori livelli di suicidalità tra le giovani persone transgender. Mentre con l'espressione "processi cognitivi disfunzionali" (o "valutazioni cognitive disadattive") ci si riferisce allo sviluppo di visioni negative di sé, degli altri e di eventi futuri. Chi fa parte di una minoranza, infatti, può usare meccanismi di fronteggiamento allo stress quali la ruminazione, l'accettazione di stereotipi negativi e l'adozione di quadri esplicativi negativi per gli eventi di vita. La ricerca empirica dimostra proprio questo: le persone LGBT+ sono più inclini a sviluppare schemi di sé negativi e secondo studi di neuroscienze affettive le risposte neurali ai feedback sociali sono significativamente alterate in seguito all'esposizione prolungata allo stigma (con un'iperattivazione dell'amigdala e una ridotta attività della corteccia prefrontale). L'ultimo mediatore, che costituisce un aspetto molto preoccupante, è il deterioramento delle connessioni sociali: gli individui LGBT+, infatti, spesso devono far fronte al rifiuto da parte dei pari e ad un ridotto, se non assente, supporto familiare. Tutto ciò può risultare in esclusione sociale cronica, che è riconosciuta come un precursore di depressione, abuso di sostanze e ideazione suicidaria. All'esclusione, inoltre, si accompagna una forte sensibilità e anticipazione psicologica al rifiuto, che risulta essere un fattore di vulnerabilità cognitivo-affettiva importante. Questo modello enfatizza la penetrazione profonda dello stigma nei corpi e nelle menti LGBT+ ed esorta a concepire le avversità esterne in termini di sofferenza psichica interna, stabilendo una forte connessione tra stigma sociale/strutturale e azione clinica.

Il modello della sensibilità al rifiuto (RSM), infine, si focalizza proprio sull'ultimo mediatore psicologico visto nella teoria precedente. Esso, formulato da Downey e Feldman nel 1996, individua una tendenza cognitivo-affettiva per cui gli individui anticipano, percepiscono e rispondono in modo intenso al rifiuto. Sebbene la teoria abbia avuto origine per studiare le relazioni romantiche e l'attaccamento, essa è stata poi declinata e adattata al fenomeno del rifiuto di cui fanno esperienza i membri di gruppi marginalizzati (la comunità LGBT+ in particolare). Ciò che si è concluso è che le persone queer possono sviluppare, dopo ripetute esperienze di stigmatizzazione, bullismo, rifiuto familiare e invalidazione sociale, una vigilanza

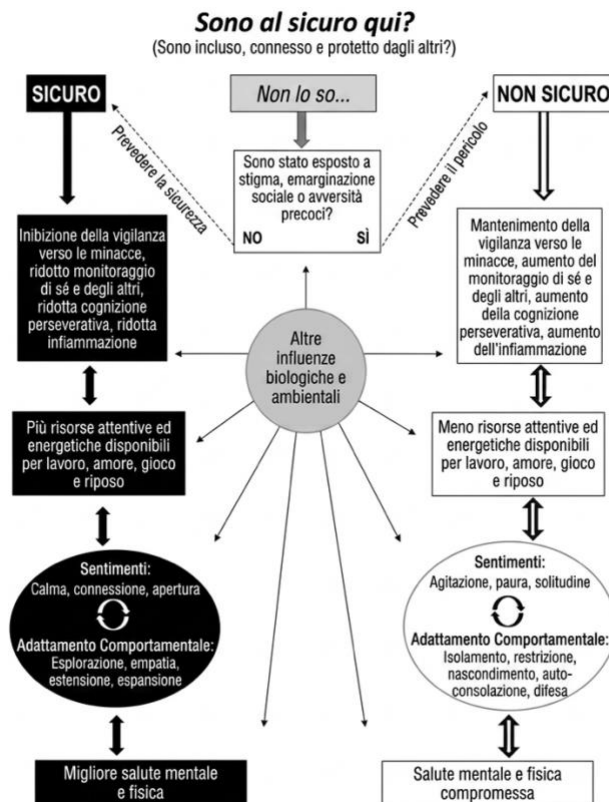
acuta verso i segnali di rifiuto, attiva anche quando i segnali sociali sono di carattere ambiguo. Questo *bias di aspettativa* intensifica la percezione del pericolo sociale, aumentando le possibilità per l'individuo di sviluppare forme di psicopatologia. Quando la paura del rifiuto viene fortemente interiorizzata, inoltre, essa può risultare in strategie di coping disfunzionali, tra cui l'evitamento delle relazioni sociali e il ritiro preventivo da contesti sociali e professionali. La ricerca empirica ha evidenziato l'importanza di questo fattore, correlato a elevati rischi di ideazione suicidaria per le persone transgender. La paura del rifiuto, come si è visto, è un processo psicologico interno modificabile e perciò sono stati elaborati diversi approcci terapeutici per dominarlo.

In conclusione, i tre modelli visti e sintetizzati da Kaprinis e Charalampakis nella loro recente revisione scientifica presentano, ciascuno, alcuni limiti nella spiegazione della sofferenza LGBT+. Nonostante ciò, se considerati in un'ottica globale, risultano molto efficaci nell'inquadrare il complesso fenomeno della salute delle persone queer.

2.4 Prospettiva della sicurezza sociale

Come è stato accennato precedentemente, il MSM non spiega perché alcune persone LGBT+ che subiscono discriminazioni non abbiano livelli di salute mentale e fisica significativamente bassi e nemmeno perché, nonostante alcuni individui queer non dichiarino di essere stati stigmatizzati, essi presentino livelli di salute bassa. Diamond e Alley (2022) sintetizzano il lavoro di alcuni ricercatori che hanno messo in dubbio l'assunzione generale per cui la sofferenza psichica sia il risultato delle modalità con cui l'individuo reagisce allo stress. Molti studiosi, infatti, notano che i classici modelli teorici dello stress prevedono che lo stato neurobiologico di base dell'essere umano sia l'equilibrio omeostatico, che durante la vita viene alterato da fattori di stress esterno. I ricercatori, però, ritengono che questo postulato sia poco sensato, in quanto, da un punto di vista evoluzionistico, l'equilibrio omeostatico come condizione di base sarebbe stata poco adattiva visti gli ambienti pieni di pericoli in cui ha vissuto l'essere umano. Lo stato basale atteso sarebbe stato, piuttosto, di diffidenza e vigilanza cronica. Le autrici allora si chiedono quale sia l'elemento che riduce i livelli di diffidenza e vigilanza e concludono, sulla base di evidenze scientifiche, che sia la sicurezza sociale. Essa viene definita come l'insieme di più fattori: connessione sociale, inclusione sociale, protezione sociale, riconoscimento sociale e accettazione sociale. Diamond e Alley si avvalgono, per validare le loro argomentazioni, di studi scientifici che dimostrano che le risposte neurali allo stress sarebbero inibite se ci fossero elementi di sicurezza sociale nell'ambiente (l'inclusione in un

gruppo sociale risulta essere il fattore più potente in questo senso). Il bisogno di appartenenza, del resto, è sicuramente una delle necessità psicologiche dell'essere umano più studiate nella ricerca.



Rappresentazione grafica delle potenziali conseguenze della percezione di una bassa rispetto a un'alta sicurezza sociale per molteplici domini del funzionamento. (Diamond & Alley, 2022)

Studi ormai classici di psicologia sociale, ad esempio, hanno concluso che il bambino impara presto a distinguere il proprio gruppo sociale (*ingroup*) dagli altri (*outgroup*) e l'appartenenza alla propria categoria viene difesa con molto interesse. Anche Maslow aveva compreso, già nel 1954, la centralità del bisogno di appartenenza tra i vari bisogni dell'essere umano collocandolo al terzo livello nella sua piramide teorica. L'importanza dell'esigenza di appartenere spiega, inoltre, anche perché la solitudine e l'esclusione sociale siano così deleteri per la psiche e la salute mentale. Le autrici sottolineano, tra le altre cose, che quando le persone hanno accesso alla sicurezza sociale, la corteccia prefrontale sopprime i circuiti neurali responsabili della vigilanza della minaccia, che altrimenti rimane elevata, occupando importante energia cognitiva e attentiva nonostante non ci sia un pericolo concreto. Le ricercatrici dichiarano che il modello teorico della sicurezza sociale è profondamente influenzato dai lavori di Bowlby (in particolare quelli relativi al sistema attaccamento-esplorazione e il loro antagonismo) e ha come assunto di base che si riesce ad esplorare l'ambiente solo se le condizioni locali sono sufficientemente

sicure. Per questo motivo l'essere umano, al pari di altre specie animali, tende a monitorare costantemente l'ambiente e i possibili indicatori sociali che permettono di poter dire che ci sia una sufficiente sicurezza sociale. Le autrici ritengono, quindi, che la sicurezza sociale sia uno degli elementi più importanti per il benessere e il fatto che essa sia estremamente bassa per le persone LGBT+ è, secondo loro, la causa principale dei loro ridotti livelli di salute mentale e fisica.

3. Implicazioni, riduzione e prevenzione dello stress da minoranza

3.1 Esiti psicologici della discriminazione e del *minority stress* nelle persone LGBT+

Nel presente elaborato è stato ormai più volte specificato che l'esclusione sociale è uno dei fattori determinanti quando si affronta l'argomento della salute mentale LGBT+. Kaprinis e Charalampakis (2025) fanno notare che negare la partecipazione queer ai principali domini della vita (sociali, culturali, legali) ha ripercussioni negative sulla resilienza emotiva, sul concetto del sé e sulla probabilità di sviluppare disturbi psichiatrici in questa popolazione. Tra questi ultimi si possono individuare: disturbo d'ansia generalizzata, disturbo d'ansia sociale, disturbo d'ansia, agorafobia. Nell'articolo citato viene sottolineato anche che i sintomi legati a questi disturbi emergono spesso durante l'inizio dell'adolescenza, un momento dello sviluppo particolarmente importante per la costruzione del sé, in cui per l'individuo è estremamente rilevante la valutazione da parte dei pari. Inoltre, l'ansia anticipatoria, che è spesso indotta da un'insufficiente sicurezza percepita in contesti significativi (es. luoghi di lavoro, le istituzioni scolastiche e strutture mediche), può tradursi in eccessiva vigilanza, comportamenti di evitamento e in un aumento di meccanismi disfunzionali di fronteggiamento, tra cui l'abuso di sostanze e il distacco. Un'altra conseguenza per le persone LGBT+ di cui tener conto è l'ideazione suicidaria e la pianificazione suicidaria. I tassi di queste variabili sono elevatissimi nella popolazione queer: la ricerca afferma che i giovani che fanno parte di minoranze sessuali sono fino a 5 volte più propensi a pianificare e a tentare il suicidio (Russell e Fish, 2020). Kaprinis e Charalampakis, nell'articolo preso in considerazione, citano anche studi longitudinali che dimostrano come la negazione di cure di affermazione di genere aumenti il rischio di suicidio per le persone TGD, che altrimenti sarebbe ridotto del 70% (Turban et al., 2020). Nel secondo capitolo di questo elaborato sono stati analizzati diversi modelli teorici della salute mentale LGBT+ e si è esplorato il fenomeno dell'interiorizzazione dello stigma ("omofobia interiorizzata" per le minoranze sessuali e "transfobia interiorizzata" per quelle di genere) per cui, quando le persone queer vivono in contesti ostili nei confronti della loro identità, spesso si trovano ad assorbire la visione negativa che li riguarda. Questo processo può declinarsi in situazioni di umiliazione costante e di odio per se stessi, entrambi fattori connessi con ansia, depressione e suicidalità (Feinstein, 2020).

Gli autori, infine, pongono attenzione anche ai cambiamenti indotti dallo stress da minoranza a livello neurobiologico. Affermano che la ricerca neuroscientifica, tramite tecniche di neuroimmagine, e la psiconeuroendocrinologia hanno trovato evidenze rilevanti sulla relazione

tra esclusione sociale e modificazioni biologiche. Una delle principali conseguenze è l'alterazione dell'HPA, che è il sistema responsabile della risposta corporea allo stress. In situazioni di discriminazione, nascondimento della propria identità e rifiuto sociale l'asse è costantemente attivato, provocando aumentati livelli basali di cortisolo, ridotta variabilità di questi ultimi durante la giornata e ridotta reattività a stimoli stressanti improvvisi. Alcuni studi dimostrano che le modificazioni appena viste sono presenti con costanza nei soggetti LGBT+. Tra gli altri cambiamenti a livello cerebrale vi è anche una riduzione del volume dell'ippocampo⁹, clinicamente associata all'insorgenza del Disturbo Depressivo Maggiore e del Disturbo Post-Traumatico da Stress. Un ultimo aspetto di cui gli autori tengono conto è quello della connettività tra corteccia-prefrontale (responsabile della regolazione emotiva e delle funzioni cognitive di controllo) e amigdala (che dà significato emotivo agli stimoli e reagisce alle minacce). In condizioni normali la corteccia prefrontale inibisce le risposte dell'amigdala quando queste sono intense. Le cose cambiano se si prende in considerazione chi è esposto a minacce sociali croniche¹⁰: per queste persone il circuito cerebrale potrebbe venire alterato. Quest'alterazione provoca diversi fenomeni, tra cui: compromissione della connettività tra le due regioni cerebrali, aumentata attivazione dell'amigdala in risposta a stimoli sociali e ridotta capacità cognitiva di valutare le minacce reali. Quelle finora citate sono solo alcune delle conseguenze (bio)psicologiche rilevabili nella popolazione queer e imputabili allo stress da minoranza. La realtà è ancora più complessa di così: esistono filoni di ricerca che indagano come la stigmatizzazione influenzi la qualità della vita di coppia nelle relazioni sentimentali queer (si parla, in questo senso, di "stress da minoranza a livello di coppia"). Inoltre, gli studi sulla relazione tra l'essere una persona LGBT+ e la soddisfazione lavorativa e la percezione di un ambiente professionale sicuro e inclusivo sono in continuo aumento. Infine, è importante ricordare che per le persone queer di molti Paesi alcuni diritti (/bisogni psicologici essenziali), primo tra tutti quello di costruire una famiglia, sono ancora lontani dall'essere conquistati. Si può concludere che le implicazioni dovute all'essere LGBT+ in un mondo ancora ostile si estendono a tutti i principali aspetti della vita, tra cui: salute mentale, funzionamento psicologico, benessere lavorativo, vita relazionale.

⁹ L'ippocampo è una regione cerebrale che si occupa di valutare le minacce ambientali, consolidare gli eventi in memoria e di regolare il feedback dell'HPA.

¹⁰ Non serve che le minacce siano reali, esse possono anche essere solo percepite. Si è già parlato di come, davanti a stimoli sociali ambigui, i soggetti LGBT+ tendano a negativizzare tali stimoli mettendo in atto i processi legati alle aspettative di rifiuto

3.2 Dalla teoria alla pratica: eliminare le disparità di salute mentale

Mustanski e Macapagal (2023) evidenziano come la ricerca psicologica e psichiatrica riguardante la salute mentale e fisica LGBTQ+ sia esponenzialmente aumentata e abbia raggiunto importanti risultati in termini di spiegazione e documentazione del fenomeno. Nonostante ciò, gli autori denunciano il fatto che il filone di ricerca sviluppato abbia dato poco spazio a progetti che mettessero in pratica e alla prova interventi di tipo clinico. Si può ipotizzare, infatti, che un aumento quantitativo di studi sulla salute queer si traduca in effettivi miglioramenti per questa popolazione. Un esito di questo tipo, però, non è congruente con i dati osservati. È possibile individuare, invece, un andamento opposto alla direzione attesa: le disparità di salute dei soggetti queer sembrano diventare sempre più marcate (Liu & Reczek, 2021). Quello che i ricercatori si sono chiesti è come possano gli psicologi e le psicologhe far coincidere un aumento nel numero e nella qualità delle ricerche con un aumento positivo dei livelli di salute nelle persone LGBTQ+. Innanzitutto, sarebbe auspicabile indirizzarsi verso approcci che tengano in considerazione i vari ambiti compromessi nella vita queer. Gli adattamenti del MSM (che, si ricorda, è il paradigma teorico dominante nella ricerca e pratica clinica riguardante le SGM), scrivono gli autori, sono i più efficaci nello spiegare il disagio LGBTQ+ e sono da usare come guida nel trattare il fenomeno riscontrato. Tuttavia, gli interventi che si pongono l'obiettivo di lavorare sui meccanismi psicologici derivanti dallo stress da minoranza e dallo stigma (es. ruminazione ed altri visti precedentemente) sono ancora in una fase di testing, più che di effettivo impiego. Mustanski e Macapagal, che nel loro lavoro si dicono entusiasti della teoria di Diamond e Alley relativa alla sicurezza sociale, sottolineano l'importanza della ricerca nel comprendere come la vigilanza cronica e l'aspettativa costante di minacce sociali influenzino le funzioni cognitive, emotive e immunologiche. In particolare, si concentrano sul fatto che sono stati rilevati, in giovani uomini gay e bisessuali, alti livelli di infiammazione sistemica che enfatizzano le conseguenze psicologiche ampiamente analizzate nel presente elaborato. Una meta-analisi recente (Shields et al., 2020) ha concluso che gli interventi psicologici nati con l'obiettivo di ridurre la disfunzione immunologica hanno effetti più duraturi e sono meno dispendiosi rispetto alla terapia farmacologica. Inoltre, gli autori sottolineano come un focus sugli aspetti dello sviluppo sia fondamentale nella ricerca LGBTQ+. Poter effettuare interventi in età evolutiva sarebbe ottimale, in quanto esperienze tipiche di questa fase di età nella popolazione LGBTQ+ hanno un'importanza elevata. Tra queste è plausibile considerare il coming out, le prime esperienze sessuali e romantiche e l'esplorazione dell'identità. Quindi, intervenire durante l'infanzia o durante l'adolescenza rende possibile avere un impatto

significativamente positivo sul futuro della giovane persona LGBTQ+, che può essere talvolta impensabile in interventi sviluppati in età adulta. Infine, le potenzialità della ricerca LGBTQ+ sono indiscutibili e un'implementazione dei modelli teorici in ottica di azione clinica (trattamento) e preventiva non è lontana dall'essere possibile. Nei paragrafi successivi vengono considerati due approcci di natura preventiva: il primo intervento è di livello legislativo/organizzativo e l'altro è di natura psicopedagogica.

3.3 Interventi a livello macro (aspetti legislativi e organizzativi)

A questo punto risulta indispensabile ricordare che secondo i vari modelli teorici riguardanti la salute mentale LGBTQ+, le determinanti del disagio psichico sono da collocarsi non solo sul livello intra/interpersonale ma anche su quello strutturale. Mustanski e Macapagal (2023) sottolineano che interventi psicoterapeutici focalizzati esclusivamente sulla dimensione clinico-individuale, sebbene positivi, non bastano a mitigare gli effetti dello stress da minoranza. È stato più volte specificato l'aspetto strutturale dello stigma che coinvolge la popolazione queer, che rende i processi di discriminazione ed esclusione cronici. Per queste ragioni è importante lavorare anche sulla sistematicità della stigmatizzazione, ideando programmi che modifichino l'assetto legislativo e istituzionale e le politiche del mercato del lavoro. Queste ultime risultano particolarmente importanti nel gestire un aspetto spesso ignorato quando si affronta il tema dei soggetti queer: le disparità socio-economiche. Appare superfluo sottolineare la relazione tra un elemento di questa natura e la salute. Gould e colleghi (2025), in una revisione della letteratura, riassumono le evidenze scientifiche circa le strategie più efficaci nel migliorare gli esiti professionali ed economici delle persone LGBTQ+. Gli autori pongono particolare attenzione a fattori come la stabilità lavorativa, l'equità retributiva e soprattutto alla tutela dalla discriminazione sul luogo di lavoro. Dall'articolo considerato, inoltre, è possibile distinguere tre tipi di intervento strutturale: tutele legislative e normative, politiche organizzative e aziendali (a cui si fa spesso riferimento con l'espressione *DEI*, acronimo per *Diversity, Equity, and Inclusion*), e i programmi specifici di supporto socio-occupazionale. Il primo elemento individuato considera l'impatto delle leggi sui diritti e sulle garanzie di non discriminazione nei contesti lavorativi. Leggi che tutelino direttamente le persone queer contro il licenziamento, la mancata assunzione o il mobbing basati sull'orientamento sessuale o l'identità di genere non esistono e questa mancanza è da considerarsi come uno dei principali fattori di stress distale. Gould e collaboratori sottolineano che qualora leggi di questa natura venissero introdotte, esse provocherebbero numerosi effetti positivi per le persone LGBTQ+. In particolare, secondo gli autori, le conseguenze sarebbero: la riduzione delle disparità retributive, la promozione

dell'autenticità sul lavoro (*outness*) che diminuirebbe i processi cognitivi legati al nascondimento (che ha l'obiettivo di mantenere il posto di lavoro) e infine il miglioramento dei parametri fisiologici e di quelli legati alla salute mentale (ci si aspetta in questo senso una maggiore sicurezza sociale, correlata con la riduzione di ansia, depressione e dell'iperattivazione dell'asse HPA). Detto questo, i ricercatori evidenziano che le modifiche alla legislazione e l'impiego di terapie individuali rimangono comunque insufficienti per il contenimento dello stress LGBT+. Quello che completerebbe il quadro sarebbe lo sviluppo di pratiche a livello macro-organizzativo da implementare nelle politiche aziendali. Tra le pratiche organizzative più efficaci che gli autori individuano è possibile trovare: la garanzia di una copertura sanitaria per i percorsi di affermazione di genere per i soggetti transgender, l'estensione dei congedi parentali e dei benefici per coppie dello stesso sesso (pratiche già esistenti per le coppie eterosessuali), l'aggiornamento dei sistemi informatici aziendali con i nomi d'elezione e i pronomi corretti, la formazione obbligatoria dei dipendenti contro processi che ledono la salute mentale queer (es. *misgendering*, microaggressioni ecc.) e la creazione di reti interne di personale LGBT+ (finalizzata ad aumentare il loro senso di appartenenza, che costituisce un bisogno particolarmente importante per le persone queer). Inoltre, altre opzioni proposte per ridurre le disparità viste considerano lo sviluppo di percorsi di formazione ed inserimento lavorativo mirati e di programmi di sensibilizzazione per i datori di lavoro, che spesso si trovano ad ignorare questo tipo di problema.

Per concludere, l'analisi proposta da Gould e collaboratori è utile per ricordare che la salute mentale delle persone LGBT+ non può essere concepita come slegata dalle condizioni di vita e di lavoro. Gli interventi a livello macro sono una forma di prevenzione indispensabile: entrare nell'ottica di modificare l'ambiente istituzionale e lavorativo (da cui derivano i principali processi di stress distale) rende possibile per le persone queer sviluppare il proprio potenziale psicologico, relazionale ed emotivo.

3.4 Esempio di intervento educativo preventivo nella prima infanzia

Si è più volte sottolineata la natura tardiva degli interventi psicologici e sociali che coinvolgono le minoranze sessuali e di genere. L'impiego di tali interventi è spesso avviato quando la sofferenza clinica, l'interiorizzazione dello stigma e la discriminazione si sono già strutturate e hanno invaso lo sviluppo della persona. La letteratura scientifica recente sottolinea che guardare al fenomeno della salute mentale LGBT+ in ottica di prevenzione fin dai primi anni di vita può essere inestimabile. Il contesto centrale nella prima infanzia è sicuramente quello educativo,

che diventa lo spazio sociale in cui i bambini iniziano processi importanti di sviluppo, che guideranno in buona parte le traiettorie della propria vita. Tra questi processi, individuati da tempo ormai dagli studi di psicologia dello sviluppo sociale, si possono distinguere: la costruzione della propria identità, l'interiorizzazione dei ruoli e delle aspettative di genere e la comparsa delle prime dinamiche di inclusione ed esclusione dal gruppo dei pari.

In questa parte finale dell'elaborato viene dato spazio al lavoro di Burkholder, Malins, Whitty e Razavi (2025), un contributo teorico e applicativo di forte innovazione in termini di prevenzione del disagio psichico LGBT+. Gli autori, che propongono una visione nuova dell'educazione inclusiva, si separano dalla tipica concettualizzazione che tratta la diversità di genere e quella sessuale da un punto di vista a posteriori (prevalentemente in ottica di gestione del bullismo omotransfobico). Nel compiere questo passaggio di metodo, propongono una visione psicopedagogica, che mettendo al centro il concetto di *Queer Joy*, si pone l'obiettivo di trattare le differenze non come qualcosa da tollerare, ma come fonti importanti di scoperta, benessere emotivo e sicurezza sociale. La metodologia di cui si parla nel lavoro citato è basata sulla co-costruzione di "inviti al gioco", occasioni educative e materiali didattici ideati per promuovere nei bambini l'esplorazione libera, non strutturata e de-stereotipata dei ruoli e delle identità. Dall'analisi emerge che questo intervento preventivo ha diversi aspetti benefici. Innanzitutto, la pressione al conformismo di genere (una delle prime radici dello stress distale) è ridotta precocemente, molto prima che abbia accesso alla psiche infantile e la cristallizzi a tempo indeterminato. Inoltre, viene costruita una valenza positiva attorno alla diversità, tramite la narrazione di felicità, autenticità e legame comunitario LGBT+, invece di presentare le minoranze di genere e sessuali esclusivamente tramite la lente della discriminazione o del trauma (come spesso accade). Infine, i pregiudizi vengono decostruiti alla loro origine e il gioco è orientato verso pratiche di cura reciproca e riconoscimento; tutto ciò dentro un processo educativo inteso non come un'imposizione calata dall'alto ma come un dialogo continuo tra educatori e bambini.

Un ambiente educativo che presenti le caratteristiche sopracitate, che permetta al bambino un'esplorazione serena della propria identità e che riconosca la pluralità delle strutture familiari (incluse le famiglie omogenitoriali) funge da importante fattore di protezione. In particolare, si può assistere alla riduzione dell'ipervigilanza basale: un clima scolastico inclusivo segnala al sistema neurobiologico dei bambini che l'ambiente è sicuro, limitando l'attivazione cronica delle risposte alla minaccia e dei processi di disregolazione emotiva. Inoltre, fare esperienza dell'accettazione e dell'inclusione degli adulti significativi e dei pari durante l'età della prima

infanzia contrasta l'insorgenza di bias di aspettativa di rifiuto (si ricordi il modello della sensibilità al rifiuto) e fa sì che non si debba ricorrere poi a strategie di fronteggiamento disfunzionali come il ritiro sociale o il nascondimento. Interventi basati sulla gioia queer, poi, educano l'intero gruppo della classe all'empatia e al rispetto delle differenze, elementi fondamentali per imparare a vivere con l'altro da sé e per smantellare i presupposti socioculturali dell'eteronormatività e della transfobia. In conclusione, l'esperienza analizzata da Burkholder e colleghi dimostra come gli interventi educativi nella prima infanzia costituiscano una forma innovativa e strutturata di prevenzione primaria e promozionale della salute mentale. Pensare di rendere le aule scolastiche e le strutture educative degli spazi di sicurezza sociale, accettazione e gioia, rende possibile prevenire la formazione di traumi causati dallo stigma, garantendo a ciascun individuo la possibilità di sviluppare una struttura del Sé integra, resiliente ed esente da condizionamenti discriminatori.

Conclusioni

Il percorso tracciato nel presente elaborato ha permesso di ricostruire il modo in cui si sviluppa la complessa interazione tra i contesti-socioculturali, l'insorgenza di processi di stigmatizzazione e i livelli bassi di salute mentale e fisica LGBT+. Tramite questa analisi, iniziata dall'evoluzione storica dei manuali diagnostici fino alle più recenti formulazioni neuropsicosociali, emerge con chiarezza il fatto che il disagio e le disparità di salute osservabili in questa popolazione non costituiscano una condizione intrinseca all'orientamento sessuale o all'identità di genere, ma rappresentino la risposta adattiva e il costo somatopsichico dell'esposizione cronica a un ambiente ostile e discriminatorio. L'esame della letteratura ha poi mostrato in che modo sono cambiati i paradigmi concettuali: se il *Minority Stress Model* di Meyer ha rivoluzionato la ricerca clinica spostando il focus dai deficit individuali all'impatto degli stressor distali e prossimali, le recenti integrazioni teoriche tra cui il modello della mediazione psicologica, la sensibilità al rifiuto e la prospettiva della *Social Safety* hanno ampliato la comprensione del fenomeno. In particolare, la cornice teorica della sicurezza sociale proposta da Diamond e Alley permette di rileggere la sofferenza psicologica non solo come reazione a eventi negativi espliciti, ma come esito inevitabile dell'assenza sistemica di protezione, inclusione e riconoscimento sociale. La mancanza di tali condizioni mantiene l'organismo in uno stato di ipervigilanza basale, determinando modificazioni neurobiologiche e neuroendocrine (come la cronicizzazione della risposta allo stress e l'alterazione dell'asse HPA) che si traducono in un maggior rischio di ansia, depressione e condotte suicidarie.

A fronte di tutto ciò, la sfida della psicologia clinica e della ricerca contemporanea sta nella capacità di superare la semplice documentazione delle disparità di salute per orientarsi verso la loro effettiva eliminazione. Come è stato evidenziato nell'ultimo capitolo, l'azione non può esaurirsi nell'ambito della psicoterapia individuale, che risulta comunque fondamentale per rafforzare la regolazione emotiva e decostruire lo stigma interiorizzato. Risulta, però, indispensabile un cambio di paradigma verso interventi di natura strutturale e preventiva. A livello macro-organizzativo e legislativo questo può accadere attraverso l'implementazione di tutele normative e politiche di *Diversity, Equity, and Inclusion* (DEI) nei contesti lavorativi, capaci di garantire parità di diritti, protezione dalla discriminazione e sicurezza sul posto di lavoro. A livello educativo ed evolutivo, invece, ciò può avvenire attraverso interventi precoci nella prima infanzia che, ponendo al centro la valorizzazione della *Queer Joy* e la decostruzione degli stereotipi di genere, trasformino le aule in spazi di sicurezza sociale, prevenendo la

formazione stessa del pregiudizio e riducendo la pressione al conformismo fin dai primi anni di vita.

Per concludere, provare a sanare le “ferite invisibili” causate dalla discriminazione richiede un impegno collettivo e multilivello, in cui la psicologia assume un ruolo scientifico, ma anche etico-politico. Solo garantendo ad ogni individuo la possibilità di crescere e vivere in contesti realmente inclusivi e protettivi sarà possibile liberare le persone LGBT+ dal peso dell'ipervigilanza, restituendo loro il diritto ad uno sviluppo integrato, sereno e autentico del Sé.

Bibliografia

- Burkholder, C., Malins, P., Whitty, P., & Razavi, Z. (2025). Centering queer joy in early childhood classrooms by co-constructing invitations to play. *The Critical Social Educator*, 3(2), 26-52. <https://doi.org/10.70707/ncsk11243d>
- Diamond, L. M., & Alley, J. (2022). Rethinking minority stress: A social safety perspective on the health effects of stigma in sexually-diverse and gender-diverse populations. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 138, 104720. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104720>
- Drescher J. (2010). Queer diagnoses: parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the diagnostic and statistical manual. *Archives of sexual behavior*, 39(2), 427–460.
- Drescher J. (2015). Out of DSM: Depathologizing Homosexuality. *Behavioral sciences* (Basel, Switzerland), 5(4), 565–575.
- Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2023). Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. *Current opinion in psychology*, 51, 101579.
- Gould, W.A., Kinitz, D.J., Shahidi, F.V. *et al.* Improving LGBT Labor Market Outcomes Through Laws, Workplace Policies, and Support Programs: A Scoping Review. *Sex Res Soc Policy* 22, 329–346 (2025). <https://doi.org/10.1007/s13178-023-00918-9>
- Kaprinis S. and Charalampakis A. (2025) Social exclusion and psychopathology in LGBTQ+ communities: a neuropsychosocial review. *Front. Sociol.* 10:1638766. doi: 10.3389/fsoc.2025.1638766
- 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.

UCLA Fielding School of Public Health. (n.d.). Ilan H. Meyer. Consultato il 25 luglio 2026, da <https://ph.ucla.edu/about/faculty-staff-directory/ilan-h-meyer>.

Mustanski, B., & Macapagal, K. (2023). Clinical psychological science must move beyond documenting disparities in LGBTQ health toward eliminating them. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 91(2), 57–59.