

## Omolesbotransfobia interiorizzata e credenze patogene: implicazioni per lo sviluppo dell'identità LGBT+ nella prospettiva della Control-Mastery Theory

Nadia Iannella

La Control-Mastery Theory (CMT) è una teoria relazionale cognitivo-dinamica del funzionamento mentale, della psicopatologia e del processo terapeutico sviluppata da Weiss e Sampson, dal San Francisco Psychotherapy Research Group e più recentemente dal CMT-Italian Group.

I presupposti di base della CMT è che la motivazione principale delle persone è quella di **adattarsi al proprio ambiente**, di *risolvere i problemi* che incontrano e a *padroneggiare le esperienze avverse e traumatiche*. Un ulteriore fondamento teorico della CMT è che il **funzionamento psichico sia regolato dalla percezione di sicurezza e di pericolo**, e che le persone siano capaci a svolgere **in modo inconscio molte delle stesse funzioni adattive che esercitano consapevolmente**.

Quando all'interno di una relazione un aspetto di sé o i propri bisogni sono esperiti come sicuri, la persona può esprimersi in modo autentico, integrare i propri vissuti affettivi, accedere ai desideri e bisogni e raggiungere i propri obiettivi evolutivi.

Al contrario, quando l'ambiente è percepito come minaccioso per l'integrità psichica o per la stabilità delle relazioni significative, l'individuo tende a mettere in atto **strategie difensive, inibizioni e compromessi adattivi**, spesso inconsci, finalizzati a proteggere sé stesso e i legami affettivi.

Un altro aspetto centrale, per la CMT, è che **gli esseri umani hanno bisogno non solo di sentirsi al sicuro, ma anche di percepire come al sicuro le persone a cui sono affettivamente legati**. Le scelte comportamentali – soprattutto quelle inconse – sono dunque guidate dalla valutazione del rischio percepito per sé e per gli altri significativi:

l'individuo tenderà ad agire solo se ritiene che ciò non comprometta in modo eccessivo la sicurezza relazionale.

Infine, la CMT si fonda su una **visione prosociale della natura umana**: le persone sono viste come fondamentalmente orientate alla costruzione di relazioni cooperative, empatiche e di cura.

## Lo sviluppo delle credenze

Per adattarsi al proprio ambiente, l'individuo deve formarsi un insieme di conoscenze affidabili sul mondo, che Weiss ha denominato *credenze*. Le credenze non sono semplici ipotesi o idee astratte, bensì costituiscono la visione delle realtà di una persona, l'insieme di convinzioni che la orientano e le permettono di fare previsioni. Le credenze, per le persone, svolgono un ruolo di guida per il comportamento, organizzano il modo in cui percepiscono la realtà e sono alla base degli affetti che provano nelle varie situazioni di vita. Sono dunque centrali per la strutturazione della personalità. Queste credenze si sviluppano attraverso l'esperienza diretta, l'osservazione dell'ambiente e soprattutto attraverso le interazioni ripetute con le figure di attaccamento. I messaggi trasmessi dal contesto familiare, definiscono, per il/la bambino/a, ciò che è giusto o sbagliato, accettabile o minaccioso, amabile o rifiutabile. Non sono ipotesi ma ciò che una persona reputa reale. Ciò che per una persona è la realtà vincola la sua percezione, il suo modo di interpretare gli eventi, il modo in cui si deve comportare e cosa si aspetta (Gazzillo, 2021).

Le persone iniziano a sviluppare le loro credenze durante il periodo infantile ragion per cui queste convinzioni sono influenzate dalle caratteristiche cognitive ed emotive del funzionamento mentale infantili: la tendenza a generalizzare eccessivamente, la mancanza di esperienza, la necessità di vedere i nostri genitori e fratelli e sorelle buoni e saggi (e di

credere che li amino e siano felici con loro), la tendenza ad assumersi la responsabilità di tutto ciò che accade a loro e alle persone che amano e di fare inferenze causali scorrette.

Inoltre, le credenze, sono plasmate dalla tendenza a pensare che i loro genitori sono buoni, saggi, sappiano sempre la verità e sono la massima autorità morale, per cui ciò che si pensa e fa equivale a ciò che si deve pensare e fare, il modo si è trattati è il modo in cui merita di essere trattati. Le credenze tendono ad auto-alimentarsi perché la mente è naturalmente predisposta, per un principio di economia cognitiva dal valore adattivo, a selezionare inconsciamente i dati che le confermano e trascurare o distorcere quelli che le disconfermano (*bias di conferma*).

## Le credenze patogene

Dato che il/la bambino/a ha bisogno dei suoi genitori per la propria sopravvivenza e crescita, l'unica strategia efficace per l'adattamento sta nello sviluppare e mantenere con loro una relazione affidabile. Quando le persone si trovano di fronte a esperienze avverse e traumatiche, che minacciano il loro senso di sicurezza, cercano di capire perché questi eventi sono accaduti, come avrebbero potuto prevenirli e cosa potranno fare per prevenirli in futuro. Inoltre lui/lei non ha esperienza di altri rapporti, per poter valutare correttamente il comportamento dei propri genitori per cui in caso di conflitto tenderà a pensare che i genitori abbiano ragione e lui torto. In queste situazioni relazionali si sviluppano quelle che la CMT definisce *credenze patogene*. Una credenza viene definita patogene quando in essa il perseguimento di un obiettivo sano ed adattivo, normale, si associa ad un esito negativo, cioè ad un pericolo (Gazzillo, 2021). Queste credenze patogene ostacolano il desiderio di perseguire obiettivi adattivi, suscitando paura, vergogna o senso di colpa ogni volta che ci si avvicina a tali traguardi. La persona teme i pericoli esterni, come la rottura di un rapporto importante o di pericolo interni (paura, angoscia, senso di colpa). Le credenze patogene sono in genere inconscie ed esprimono inferenze, fatte nell'immediato o a posteriori, sulle situazioni traumatiche che ci si è trovati a vivere. I/le bambini/e provano profondi sensi di

colpa quando i loro comportamenti, le loro emozioni e le loro motivazioni sembrano causare sofferenza ai loro cari o minacciare la relazione con loro. Le credenze patologiche possono essere inconsce sia perché rimosse o dissociate, in quanto la loro consapevolezza è associata al pericolo, sia perché implicite, procedurali.

Le credenze patologiche si sviluppano da situazioni traumatiche e il loro obiettivo è adattarsi al trauma, capire in che modo è accaduto, perché è accaduto, in che modo si è contribuito e come si può evitare che il trauma accada di nuovo. Per la CMT le conseguenze delle situazioni traumatiche comportano che la persona associa alla propria autenticità o al perseguimento dei propri bisogni sani, un pericolo per sé stesso e per gli altri. Le situazioni traumatiche possono essere di due tipi (Gazzillo, 2021):

- *da shock*, situazioni singole specifiche di rilevante gravità e inattese che fanno sentire la persona in grave pericolo, ad es. un adolescente LGBT+ che viene mandato via da casa dai familiari, come reazione alla scoperta della sua identità.
- *Da stress*, situazioni ripetitive di natura relazionale in cui la persona individua il nesso per cui essere spontanei o autentici è legato ad una situazione di pericolo. Una persona LGBT+ che viene costantemente criticata, disconfermata o umiliata dalla famiglia riguardo la sua identità ed. es. “devi andare dallo psicologo per farti guarire”, “non può essere vero, perché devi darci questo dolore”, “sei una vergogna per la nostra famiglia”).

Da queste esperienze si sviluppano, pertanto, le **credenze patologiche** strutturate con la formula:

“ se, allora”:

- “Se rivelerò chi sono veramente, verrò rifiutato/a.”
- “Esprimere ciò che mi fa stare bene provocherà sofferenza a chi amo.”
- “Sono una delusione o una vergogna per la mia famiglia.”.

Il bambino, la bambina, poi adolescente e adulti/e, considereranno **trasgressivi o pericolosi i propri desideri più vitali** quali autonomia, felicità, amore, realizzazione

personale, arrivando a una conclusione drammatica ma adattiva: per essere amato/a e mantenere il legame, devono rinunciare a questi obiettivi sani.

Il paradosso che si crea è profondo: ciò che dovrebbe rappresentare una fonte di benessere e autenticità viene invece vissuto come minaccia, vergogna o peccato. In questo stato di conflitto interno, è frequente osservare atteggiamenti di autosabotaggio, blocchi evolutivi, evitamento del piacere, o relazioni affettive instabili e disfunzionali.

Queste credenze descrivono ciò che la persona ha appreso dalla sua esperienza e le norme morali che sembrano regolare le relazioni (come si merita di essere trattati e come si deve trattare gli altri) e si associano a quattro modalità di rapporto con le figure di riferimento e significative:

- La compiacenza rispetto ad esempi ed insegnamenti dei genitori: il/la bambino/a non solo cerca di obbedire agli insegnamenti espliciti dei caregiver traumatizzanti, ma anche di essere e fare ciò che ritiene gli stiano chiedendo in modo implicito. Ad es. Martina una ragazza lesbica che da adolescente cerca di reprimere il proprio orientamento omosessuale, intraprendendo relazioni con ragazzi solo per compiacere le aspettative dei genitori riguardo l'eterosessualità, perché ha sviluppato la credenza che mostrare sé stessa li deluderà.

- La ribellione ai precetti dei genitori. Non è la ribellione di per sé a essere problematica ma le sue manifestazioni disfunzionali quali il bisogno di punirsi quando prova a non allinearsi ai desideri dei genitori. Camilla è una ragazza lesbica cresciuta in un contesto familiare omofobo che le ha costantemente rimandato che la sua identità era sbagliata e fonte di vergogna per i familiari. Camilla pur continuando ad affermare la propria identità, ha relazioni disfunzionali, come forma di punizione inconscia ogni volta che si avvicina alla possibilità di essere felice in una relazione.

- Identificazione con i genitori traumatizzanti. È un modo per ottenere un senso di padronanza assimilandosi a loro o un modo implicito per dargli ragione e mostrare loro lealtà. Marco è un uomo gay ed è cresciuto in una famiglia in cui l'omosessualità veniva esplicitamente condannata: il padre faceva commenti sprezzanti verso le persone gay,

associandole a debolezza o malattia. Nonostante Marco viva apertamente la propria omosessualità, prova disgusto verso le persone gay che reputa “effeminate”, evita i contesti LGBT+ che percepisce come “troppo visibili” o “eccessivi”, giudicandoli con termini come “ridicoli” o “macchiette”

- La contro-identificazione con i genitori: desiderio di essere radicalmente diversi dai caregiver. Dare agli altri ciò che si sarebbe voluto per sé. Ad esempio, una donna trans che durante l'adolescenza è stata allontanata dalla propria famiglia dopo il coming out, può, da adulta, impegnarsi attivamente in iniziative volte a supportare giovani ragazzi/e trans nel loro percorso di affermazione di genere.

Le persone sono profondamente motivate, sia a livello conscio che inconscio, a disconfermare le proprie credenze patogene, poiché queste risultano costringenti e fonte di sofferenza. Tuttavia, allo stesso tempo, possono provare paura all'idea di abbandonarle, poiché tali credenze, in origine, hanno avuto una funzione adattiva: sono state sviluppate per proteggersi dal rischio di nuovi traumi e per mantenere una relazione quanto più possibile vivibile con le figure genitoriali o con i fratelli/sorelle. Un ulteriore aspetto che rende difficile per le persone disconfermare le proprie credenze patogene è dato dal fatto che hanno interiorizzato l'associazione per cui **stare meglio o soddisfare i propri bisogni potrebbe essere doloroso o minaccioso per le persone care**. In altre parole, la possibilità di sperimentare benessere viene percepita come potenzialmente pericolosa, perché potrebbe tradursi in sofferenza o colpa nei confronti dei caregiver (Gazzillo, 2021).

La CMT distingue due forme di senso di colpa:

- **Il senso di colpa consapevole**, legato a norme morali, culturali e sociali. Questo tipo di colpa è razionalizzabile, verbalizzabile, ed è solitamente proporzionato a comportamenti concreti.
- **Il senso di colpa inconscio**, molto più profondo, che ha origine nei traumi relazionali da stress o da shock.

Questi sensi di colpa diventano la base emotiva su cui si strutturano le credenze patogene, contribuendo a stabilizzare l'idea che desideri profondamente sani – come

autonomia, libertà, successo, piacere o autenticità – siano pericolosi o moralmente inaccettabili.

Il senso di colpa inconscio è spesso accompagnato dall'idea che per “riparare” il danno (presunto) sia necessario punirsi, rinunciare a qualcosa o limitare la propria felicità. Può quindi spiegare comportamenti autodistruttivi, autosabotanti o evitanti, soprattutto in contesti di crescita, benessere o realizzazione.

La CMT ha individuato 5 sensi di colpa interpersonali : **da responsabilità onnipotente** (sulla credenza secondo cui si ha il potere e il dovere di rendere felici e fare star bene le persone care), **del sopravvissuto** (credenza patogena secondo cui avere più successo, fortuna o qualità di una persona cara sia ingiusto, come se il benessere, il successo e le capacità di uno si basassero sull'infelicità o l'incapacità di un altro), **da separazione/slealtà** ( deriva dalla credenza secondo cui se ci separiamo da una persona cara questa ne soffrirà, laddove la separazione può essere intesa come distanza fisica ma anche come differenziazione psicologica), **da burdening** (è espressione della credenza patogena per la quale comunicare ciò di cui si ha bisogno e quello che si prova significa appesantire le persone amate) e **da odio di sé** (è legato alla convinzione di non valere nulla e di non meritare l'amore, il sostegno, la comprensione, la protezione e il rispetto degli altri).

Per disconfermare le proprie credenze, le persone tendono a metterle alla prova — in modo consapevole o inconsapevole — all'interno delle relazioni emotivamente significative, testando se gli altri condividono o meno le stesse convinzioni (Gazzillo, 2021). Questa attività di verifica prende il nome di **testing** ed è spesso accompagnata da un aumento dell'ansia, poiché mette in gioco la possibilità di confermare o disconfermare convinzioni profonde legate alla sicurezza affettiva. Oltre a favorire la possibile disconferma delle credenze patogene, i test permettono alla persona di verificare quanto una relazione con le figure significative sia effettivamente sicura per il perseguimento dei propri obiettivi sani.

Anche nella relazione terapeutica i/le pazienti sottopongono il terapeuta a numerosi test, talvolta in modo consapevole, ma più spesso inconsciamente, attraverso comunicazioni, atteggiamenti e comportamenti. Quando il/la terapeuta riesce a “superare” i test, disconfermando le credenze patogene del/della paziente, quest’ultimo/a si sente più al sicuro/a e libero/a di orientarsi verso la realizzazione dei propri obiettivi evolutivi e desideri sani.

La CMT ha individuato tre principali tipologie di test:

### **Test da transfert**

Sono caratterizzati dal fatto che il/la paziente attribuisce al/alla terapeuta un ruolo simile a quello del caregiver traumatizzante, mentre si identifica con il Sé traumatizzato. Attraverso questa dinamica, il/la paziente spera che il/la terapeuta risponda in modo diverso rispetto ai caregiver originari, disconfermando così la credenza patogena.

Il test può manifestarsi in due modalità principali:

- per compiacenza, quando il/la paziente si comporta come se la credenza fosse vera, riproducendo la relazione traumatica;
- per ribellione, quando il/la paziente agisce in modo sfidante rispetto alla credenza patogena, mettendo alla prova la possibilità che il terapeuta risponda in modo nuovo e più sicuro.

### **Test da passivo ad attivo**

In questo caso, il/la paziente si identifica con il caregiver traumatizzante e attribuisce al terapeuta il ruolo del proprio Sé traumatizzato. Anche qui il test può assumere due forme:

- per compiacenza, quando il/la paziente tratta il terapeuta nello stesso modo in cui è stato/a trattato/a in passato, riproducendo il comportamento traumatico. In questo modo, il paziente mette alla prova la capacità del/della terapeuta di rispondere in modo diverso, offrendo un modello alternativo che non confermi la credenza patogena;

- per ribellione, quando il/la paziente mostra, nei confronti del/della terapeuta, atteggiamenti che riflettono il modo in cui avrebbe voluto essere trattato/a durante l'infanzia, sperando che il terapeuta accolga e confermi questa modalità alternativa.

**Test osservativi:** in cui il/la paziente non agisce direttamente, ma si limita a **osservare** il/la terapeuta. Attraverso questa osservazione, il/la paziente cerca di valutare se il/la terapeuta ha caratteristiche diverse dai propri genitori o se possieda qualità e capacità che egli stesso sente di non avere, ma di cui avrebbe bisogno per la propria crescita psicologica.

## Lo sviluppo dell'identità LGBT+ e le credenze patogene

Lo sviluppo dell'identità è un processo complesso, dinamico e relazionale, che si realizza in un dialogo continuo con i messaggi provenienti dal contesto familiare, sociale e culturale. Fin dalla prima infanzia, ogni individuo costruisce una rappresentazione di sé, degli altri e del mondo circostante all'interno delle relazioni primarie – in particolare con le figure genitoriali – introiettando messaggi espliciti (come giudizi morali, divieti o disapprovazioni) e impliciti (come silenzi, sguardi, esclusioni o mancate conferme).

Questo processo avviene sempre all'interno di un quadro sociale e culturale che definisce ciò che è considerato “normale” o “accettabile”. In particolare, l'**eteronormatività** e la **cisnormatività** costituiscono due sistemi di riferimento culturali che influenzano profondamente lo sviluppo del sé.

L'eteronormatività comprende l'insieme di norme implicite che assumono l'eterosessualità come “naturale”, universale e desiderabile, mentre percepiscono le identità e le relazioni non eterosessuali come deviazioni negative o inferiori rispetto alla norma.

La cisnormatività, a sua volta, presuppone che ogni individuo si identifichi con il genere assegnato alla nascita, relegando le esperienze delle persone trans e non binarie a posizioni di marginalità o a forme di invisibilità sociale.

Per le persone LGBT+, crescere e costruire la propria identità in contesti eteronormativi e cisnormativi può risultare particolarmente doloroso. In tali ambienti, la propria esperienza

di sé viene spesso percepita – o vissuta direttamente – come “sbagliata”, “pericolosa” o di “minor valore”.

L’esposizione continua a messaggi che svalutano, ignorano o marginalizzano tutto ciò che si discosta dai modelli tradizionali di genere e di orientamento incide profondamente sul senso di sé, alimentando vissuti di vergogna, paura e colpa legati alla propria autenticità.

Ne consegue una **vulnerabilità specifica** per le persone LGBT+ rispetto al rischio di **interiorizzare vissuti di rifiuto**, svalutazione e vergogna nelle diverse fasi della loro crescita.

Nell’**infanzia**, ogni bambino/a dipende dai propri genitori e dagli adulti di riferimento, da cui trae le prime rappresentazioni di sé e del mondo. Il bisogno di sicurezza affettiva lo porta a percepire i genitori come figure forti, giuste e benevole, capaci di accoglierlo e proteggerlo. Per mantenere questo senso di sicurezza, il/la bambino/a osserva attentamente ciò che nel mondo adulto è approvato e ciò che viene disapprovato: i comportamenti che suscitano piacere o irritazione, gli interessi considerati appropriati, i modi di relazionarsi che vengono premiati o corretti. Attraverso questi segnali, spesso impliciti, interiorizza un modello di ciò che è “giusto essere” e di ciò che, invece, è percepito come sbagliato o minaccioso per il legame affettivo.

Ben prima di conoscere parole come “gay”, “lesbica”, “bisessuale” o “trans”, bambini e bambine apprendono che certi modi di essere o di esprimersi non sono neutri: alcuni vengono accolti con entusiasmo e riconoscimento, altri con fastidio, imbarazzo, ironia, vergogna o rabbia. Questa consapevolezza si sviluppa attraverso segnali espliciti e impliciti dei caregiver — espressioni facciali, sguardi, cambiamenti nel tono della voce, silenzi o piccoli ritiri corporei — che comunicano in modo sottile disapprovazione, disagio o rifiuto. Queste reazioni non si limitano a giudicare l’adeguatezza rispetto agli stereotipi di genere, ma riguardano anche segnali più sottili legati ai modi di relazionarsi, giocare, mostrare affetto o curiosità verso gli/le altri/e, influenzando profondamente la percezione di accettabilità e sicurezza del/la bambino/o all’interno della relazione con i caregiver. Nella

prima infanzia, i/le bambine/i esplorano in modo spontaneo la propria espressione di sé e di genere, senza fare, sempre, riferimento a categorie identitarie stabili. Questo processo si manifesta attraverso il gioco, le scelte nell'abbigliamento, i ruoli assunti, i modi di muoversi, parlare ed esprimere le emozioni, rappresentando una fase di curiosità, creatività e sperimentazione di possibilità.

Tuttavia, tali esplorazioni possono entrare in conflitto con le aspettative culturali e familiari su ciò che è considerato “appropriato” o “normale” per i maschi e le femmine. Ad esempio, un bambino di 5 anni che desidera indossare un vestito luccicante alla recita scolastica può esprimere un'autenticità giocosa e priva di implicazioni identitarie fisse. Per i genitori, però, questa scelta può essere percepita come “anomala” o preoccupante, perché non conforme alle norme di genere condivise. Quando i genitori intervengono criticando, umiliando o cercando di correggere il bambino, egli interiorizza il messaggio implicito che la propria espressione autentica provoca disagio o sofferenza nei genitori e mette a rischio la sicurezza del legame affettivo. Per proteggere la relazione con le figure di accudimento, il bambino tenderà progressivamente a inibire la propria spontaneità, imparando a controllare o nascondere quelle parti di sé che percepisce come fonte di disagio o rifiuto.

In molti casi, la non aderenza agli stereotipi di genere può evocare nei genitori la paura che comportamenti o preferenze associati al sesso opposto rappresentino un segnale di un futuro orientamento omosessuale. Tale timore, spesso non espresso ma radicato in schemi culturali eteronormativi, può amplificare le reazioni negative verso queste manifestazioni e contribuire a far vivere al/alla bambina/o la propria autenticità come fonte di pericolo relazionale.

In questa dinamica si configura un conflitto interno precoce tra il bisogno di autenticità e il bisogno di sicurezza affettiva. Il processo di adattamento che ne deriva, motivato dal desiderio di preservare il legame con i genitori e garantirsi la continuità dell'amore e della protezione, costituisce la base per la formazione di credenze patogene. Quando le espressioni spontanee del sé — emozioni, desideri, interessi o modalità relazionali — vengono accolte con imbarazzo, irritazione, disgusto o punizione, il/la bambino/a interiorizza messaggi impliciti di pericolo, colpa e inadeguatezza. Da queste esperienze relazionali possono originarsi credenze patogene quali:

- “Essere me stesso/a mette a rischio la relazione con i miei genitori”;
- “Ciò che desidero o provo è sbagliato e causa dolore o imbarazzo agli altri”;
- “Se mostro chi sono davvero, potrei perdere l’amore e la protezione delle persone a cui tengo”.

Nella successiva fase dell’**adolescenza**, l’individuo è chiamato ad affrontare una serie di compiti evolutivi fondamentali che concorrono alla costruzione di un’identità personale coerente e stabile. In questa fase, il soggetto è impegnato nel processo di separazione-individuazione dalle figure genitoriali, nella definizione dei propri valori, nella costruzione di relazioni significative con i pari e nella scoperta della propria intimità e sessualità. È un periodo di intensa riorganizzazione psichica, in cui la tensione tra il bisogno di autonomia e il desiderio di appartenenza diviene particolarmente evidente.

L’adolescenza è anche una fase in cui la vergogna assume una funzione centrale (Bush,2019; Gazzillo, 2021). Il bisogno di essere accettati — prima nel contesto familiare, poi nel gruppo dei pari — è così profondo che il rifiuto o la disapprovazione possono generare vissuti di umiliazione e inadeguatezza.

Il gruppo dei pari svolge una funzione psicologica decisiva. Esso diventa lo spazio in cui l’adolescente può sperimentare appartenenza, rispecchiamento e autenticità. Attraverso l’interazione con i coetanei, il soggetto trova la possibilità di confrontarsi, di differenziarsi e, al tempo stesso, di sentirsi parte di un gruppo. In questo contesto, le **credenze patogene** acquisite nelle relazioni familiari vengono spesso messe alla prova: il gruppo può replicare le esperienze di esclusione e svalutazione vissute nell’infanzia, confermando la percezione di essere indegni d’amore o non accettabili; ma può anche costituire un contesto di conferma, in cui l’adolescente sperimenta nuove modalità relazionali fondate su accettazione e reciprocità (De Luca, 2023).

Durante l’adolescenza, la persona LGBT+ inizia a sviluppare una maggiore consapevolezza del proprio orientamento affettivo-sessuale, del modo in cui si riconosce nel proprio corpo e nel proprio genere, e di come desidera essere percepita dagli/dalle altri/e.

Mostrarsi autenticamente all'interno del gruppo dei pari può, però, rappresentare una situazione potenzialmente pericolosa, poiché l'eventuale reazione del gruppo, di derisione, umiliazione, di bullismo omosessobitransfobico, può generare esperienze dolorose e svalutanti.

Quando l'adolescente vive in contesti familiari, scolastici o amicali che — anche in modo implicito — trasmettono messaggi di rifiuto, disapprovazione o invisibilizzazione, l'impatto psicologico di tali esperienze risulta ancora più profondo. Commenti, esclusioni o atteggiamenti svalutanti possono infatti consolidare ulteriormente credenze patologiche quali: “Se dico chi sono, ferirò o deluderò gli altri”, “Non posso fidarmi che gli altri mi accettino fino in fondo”, “La mia identità è un problema o una minaccia”, “Se mi esprimo liberamente sarò escluso”.

*Mirko è un adolescente gay di quindici anni. È dichiarato con i propri amici e amiche e, nel complesso, vive con serenità il suo orientamento nel gruppo. Tuttavia, in alcune occasioni, i compagni fanno battute sul suo modo di vestire o di comportarsi: «Con quei pantaloni sei troppo gay!», oppure, prima di uscire insieme, «Mi raccomando, non ti vestire troppo da gay!». In quei momenti il ragazzo abbassa lo sguardo, sorride insieme agli altri, minimizzando. Esteriormente partecipa alla risata, ma interiormente prova un misto di imbarazzo e tensione. Queste interazioni apparentemente innocue, ma sottilmente svalutanti, finiscono per confermare una sua credenza patologica: quella secondo cui per essere accettato deve adeguarsi a una norma implicita, a un “modo giusto” di essere gay per essere “accettato”: non troppo “evidente”, “non troppo femminile”, non troppo visibile. L'idea che esista una misura “corretta” di espressione della propria identità e che superarla possa generare disagio, fastidio o delusione negli altri, rafforza la credenza che l'autenticità comporti un rischio di perdita di approvazione o di appartenenza. Si tratta, in questo caso, di una credenza patologica legata al senso di colpa da slealtà: Mirko teme che, manifestando liberamente sé stesso, possa tradire le aspettative del gruppo, risultare eccessivo o far sentire gli altri a disagio. L'accettazione che riceve sembra così condizionata, possibile solo a patto di restare entro confini non minacciosi e questo lo spinge a controllare il proprio modo di essere, reprimendo spontaneità e autenticità. Il messaggio implicito, interiorizzato nel tempo, diventa: “Posso essere me stesso, ma solo fino a un certo punto”. In questo modo, anche un contesto apparentemente accogliente può trasformarsi in un terreno ambiguo, dove la paura di oltrepassare i limiti dell'accettabilità sociale conferma e mantiene attiva la credenza patologica di fondo: “Essere pienamente me stesso mette a disagio gli altri e mi espone al rischio di*

*deluderli*

## Vergogna e identità LGBT+

La vergogna è una delle emozioni che può maggiormente caratterizzare i vissuti e le esperienze relazionali delle persone LGBT+, nelle diverse fasi della loro vita. Essa nasce e si struttura all'interno delle relazioni significative e dei contesti sociali, influenzando profondamente la costruzione dell'identità e la percezione di sé. Nelle vite delle persone queer, la vergogna può assumere un ruolo centrale poiché si intreccia con esperienze di rifiuto, esclusione o mancato riconoscimento legate alla propria identità di genere o orientamento sessuale.

La **vergogna** costituisce un'emozione relazionale complessa, profondamente intrecciata ai processi di attaccamento e alla costruzione dell'identità. Essa regola, spesso in modo inconsapevole, i comportamenti interpersonali attraverso la valutazione costante del rischio di apparire inadeguati, inaccettabili o non meritevoli di amore e riconoscimento. Quando sperimentata, induce chiusura, ritiro e autocensura, come strategie di protezione dal potenziale giudizio svalutante dell'altro (Bush, 2019).

La vergogna si origina in contesti relazionali precoci in cui lo sguardo ed i comportamenti dei genitori, anziché comunicare accoglienza e valorizzazione, trasmettono delusione, rifiuto o umiliazione ed i/le bambini/e hanno una propensione innata a provare vergogna quando si sentono imperfetti/e. Nei confronti dei/delle giovani LGTB+, questi segnali possono essere diretti all'espressione di genere non conformi o all'attrazione verso persone dello stesso sesso, percepite dai genitori come "anomale" o inaccettabili.

Quando il contesto familiare enfatizza conformità, controllo o prestazione, il/la bambino/a LGBT+ può sviluppare la convinzione che solo l'adattamento alle aspettative familiari garantisca amore e accettazione. Per proteggere il legame con le figure di riferimento, tenderà dunque a nascondere o modificare aspetti autentici del sé, rinunciando progressivamente alla propria

spontaneità. Poiché il rifiuto, come osserva Bush (2019), rappresenta una delle esperienze più umilianti per le persone, i/le bambini/e e adulti LGBT+, possono sviluppare strategie orientate all'apparire "perfetti" o "normali", nel tentativo di evitare di sentirsi indegni/e, esclusi/e o sbagliati/e.

La vergogna, infatti, non riguarda ciò che si è fatto, ma *ciò che si è*: essa incide direttamente sul senso di sé e sulla percezione del proprio valore, costituendo un indicatore della sicurezza dell'attaccamento (Bush, 2019). In questo modo, il bisogno di proteggere il legame affettivo si traduce in un progressivo allontanamento dal sé autentico, sostenendo l'odio di sé. Quando tali esperienze si ripetono nel tempo, la vergogna tende a cronicizzarsi, compromettendo lo sviluppo di un'identità coerente e sicura. In questi casi la vergogna può trasformarsi in una forma di autopunizione sostenuta dal senso di colpa da odio di sé: il soggetto non prova colpa per un'azione specifica, ma disprezzo per la propria esistenza, percependosi come intrinsecamente sbagliato e indegno di affetto, protezione o stima (Crisafulli, Gazzillo, 2023).

In ambito LGBT+, questa dinamica è amplificata dalla pressione sociale e culturale: come osserva Bush (2019), *«ciò di cui una persona si vergogna è in parte determinato socialmente»*. L'etero- e cis-normatività, presente sia nella cultura dominante sia nei contesti familiari, comunica implicitamente o esplicitamente che alcune identità o desideri non sono accettabili, amabili o di valore. Tali messaggi alimentando la percezione di sé come "diverso", "sbagliato", minando il diritto all'autenticità. Queste esperienze favoriscono lo sviluppo di **credenze patogene** quali: *«Se qualcuno/a scopre che sono gay, trans o non binario/a, sarò rifiutata/o»*, *«ciò che sono non mi rende amabile»*, *«se esprimo la mia autenticità merito di essere escluso»*, *«chi sono mi rende cattivo/a»*.

La vergogna, per le persone queer, non riguarda tanto l'identità o l'orientamento in sé, quanto la convinzione di essere indegne d'amore a causa di essi. Queste credenze ostacolano lo sviluppo di un sé coerente e autentico, promuovendo comportamenti di ritiro, isolamento, relazioni superficiali o controllate e autopunizione che limitano la possibilità di instaurare legami affettivi profondi e soddisfacenti.

## Eteronormatività e cisonormatività: la conferma delle credenze patogene

Le persone LGBT+ crescono e vivono all'interno di contesti ancora fortemente eteronormativi e cisonormativi, nei quali esperienze di esclusione, invisibilità o svalutazione non rappresentano eccezioni, ma elementi strutturali della vita quotidiana.

Per una persona eterosessuale, espressioni come “oggi esco con mio marito” o “la mia fidanzata mi aspetta”, oppure gesti pubblici come tenersi per mano, sono atti spontanei e socialmente neutri: semplici condivisioni della vita quotidiana che comunicano implicitamente l'orientamento sessuale, senza bisogno di dichiarazioni esplicite. Simili comportamenti passano inosservati perché corrispondono alle aspettative implicite di “normalità” della società. Allo stesso modo, domande come “hai un fidanzato?” rivolte a una donna, “hai una ragazza?” dette a un uomo, o “tua madre e tuo padre verranno alla cena di classe?” rivolte a un/a bambino/a, possono sembrare innocue, ma trasmettono il messaggio implicito che l'eterosessualità, la conformità di genere e il modello familiare eteronormativo siano la norma, mentre tutto ciò che se ne discosta resta invisibile o marginale.

Per una persona LGBT+, invece, anche una frase o un gesto analogo può implicare una valutazione complessa. Prima di parlare o agire, spesso è necessario interrogarsi su chi è presente, quali rischi si corrono e quanto il contesto sia sicuro o potenzialmente ostile. Espressioni affettive o riferimenti alla propria vita personale, che per altri/e risultano spontanei, richiedono una costante negoziazione tra autenticità e protezione. Ogni nuovo ambiente — un colloquio di lavoro, una cena di famiglia, l'ingresso in un gruppo sociale — può trasformarsi in una situazione *potenzialmente pericolosa*, riattivando vissuti traumatici e credenze patogene legate alla possibilità di rifiuto, giudizio o esclusione.

La scelta di non fare coming out o di limitare la propria visibilità può rappresentare una strategia di coping protettiva, utile a mantenere sicurezza e legami affettivi. Tuttavia, questa invisibilità totale o parziale rischia di rinforzare le stesse credenze patogene, alimentando un circolo vizioso in cui ogni scelta di non visibilità conferma l'idea che mostrarsi pienamente sia rischioso o dannoso.

Vivere in una società eteronormativa e cisnormativa significa confrontarsi non solo con discriminazioni esplicite, ma anche con norme culturali quali, ad esempio, “il matrimonio è solo tra un uomo e una donna” o le restrizioni normative su adozione e genitorialità per le coppie LGBT+ (che mettono in discussione non solo il diritto a diventare genitori, ma anche l'adeguatezza delle loro competenze genitoriali e l'ambiente di sviluppo sano che possono offrire ai bambini/e) che generano esclusione e alimentano sentimenti di pericolo, vergogna e colpa.

Oltre alle forme dirette di discriminazione, esistono modalità comunicative e comportamentali, volontarie e involontarie, più sottili, che veicolano messaggi svalutanti, stigmatizzanti o escludenti nei confronti delle persone LGBT+. Non si tratta di insulti espliciti o di comportamenti apertamente ostili, ma di battute, sguardi, scelte linguistiche, omissioni, moduli amministrativi non inclusivi, rappresentazioni stereotipate o presupposti impliciti che, pur apparendo innocui, comunicano disapprovazione, distanza o invisibilizzazione dell'esperienza LGBT+. Ad esempio, domande come:

- *“Chi è l'uomo e chi è la donna nella coppia?”* (rivolte ad una coppia gay o lesbica): riduce le relazioni omosessuali a schemi eteronormativi e stereotipati, negando la possibilità di relazioni non conformi alle aspettative di genere.
- *“Ma sei operato/a?”*: invade la privacy delle persone trans e suggerisce che la loro identità dipenda da interventi medici, delegittimandone l'autodeterminazione.
- *“Non sembri gay/lesbica/trans?”*: implica l'esistenza di un modo “corretto” di apparire o comportarsi, suggerendo implicitamente che non conformarsi a tali aspettative sia positivo o desiderabile.
- *“Non ti sembra esagerato o inopportuno parlare della tua identità o della tua relazione sul lavoro? Che bisogno c'è?”* Commenti di questo tipo minimizzano

l'importanza dell'integrazione e dell'autenticità dell'identità LGBT+ nel contesto professionale, trasmettendo implicitamente che tali aspetti della vita della persona siano inappropriati o persino problematici.

- *“Come ti chiamavi prima?”*: rivolta ad una persona trans, ha come effetto far ricordare alla persona un periodo della sua vita spesso segnato da sofferenza e non validare la sua identità.
- *“Non ho nulla contro, ma non capisco perché dovete sbandierarlo”*: svaluta la visibilità LGBT+, riducendola a un eccesso o gesto provocatorio.

Queste forme di svalutazione indiretta sono presenti anche nei mass media dove, nonostante una maggiore rappresentazione positiva e realistica delle persone queer, possono ancora dare origine a dibattiti sull'“appropriatezza” dei contenuti che mostrano identità e famiglie LGBT+, soprattutto quando sono rivolti a bambine/i e minori. Accanto a questa più ampia presenza mediatica, coesistono, pertanto, forme più sottili e indirette di esclusione, che suggeriscono implicitamente che alcune identità o famiglie debbano essere “mostrate con cautela” o valutate per la loro adeguatezza.

Discriminazioni ed invalidazioni esercitano un impatto cumulativo sul senso di sicurezza, appartenenza e validazione dell'individuo. L'esposizione ripetuta a esclusione e svalutazione rafforza nel tempo credenze patogene sviluppate nelle prime fasi della vita, come “mostrare chi sono è pericoloso” o “la mia identità è fonte di rifiuto e vergogna”. Queste esperienze agiscono come una conferma implicita del pericolo relazionale, costringendo la persona a scegliere tra esporsi e affermarsi, con il rischio di essere giudicata o esclusa, oppure tacere e adattarsi, consolidando così strategie difensive di evitamento e compiacenza.

In questo modo, la combinazione di norme culturali, comportamenti sociali e dinamiche relazionali (familiari ed amicali) amplifica il senso di pericolo, vergogna e colpa, rendendo più complesso per le persone LGBT+ vivere apertamente la propria identità e costruire relazioni autentiche e sicure.

*Carla è una donna lesbica. Dopo un'iniziale difficoltà, la madre ha progressivamente accettato il suo orientamento. Carla convive ormai da diversi anni con la compagna, che partecipa abitualmente alla vita familiare. Tuttavia, non ha fatto coming out né con la famiglia allargata né nell'ambiente di lavoro, compiacendo la madre, che una volta le disse: «Non ti complicare la vita... sai come possono reagire al lavoro o i parenti. Vivi la tua vita serenamente. E poi, come si dice in giro, "ognuno a casa propria è libero di fare quello che vuole", senza dover dare spiegazioni agli altri».*

*Quando la madre incontra le sue amiche, presenta la compagna di Carla semplicemente come "un'amica", mostrando evidente imbarazzo. Per Carla, questo comportamento conferma che il suo orientamento può creare disagio per la madre e che mostrarsi apertamente "fuori da casa" è percepito come difficile o problematico dalle persone a cui tiene. Allo stesso tempo, anche il messaggio culturale della presunta libertà "a casa propria" rafforza la credenza patogena secondo cui la propria identità possa essere vissuta solo lontano dagli sguardi altrui e che mostrarsi apertamente sia pericoloso o inadeguato.*

*Carla riceve così due conferme, relazionale e sociale, della sua credenza patogena: la sua identità è tollerata, ma non pienamente riconosciuta o valorizzata, e la propria autenticità deve essere limitata per non creare disagio agli altri o essere giudicata.*

*Una persona trans può essere frequentemente vittima di due forme specifiche di invalidazione della propria identità di genere: il **deadnaming** e il **misgendering**. Il **deadnaming** consiste nell'utilizzare il nome di nascita della persona, che non riconosce più come proprio, negando così la*

legittimità della sua identità. Il **misgendering** consiste nell'attribuire un genere errato tramite pronomi, articoli non corrispondenti all'identità reale. Entrambi i comportamenti, siano essi intenzionali o meno, invalidano la persona, le negano riconoscimento e rispetto, e possono generare disagio psicologico, vergogna e senso di pericolo relazionale, rinforzando schemi di auto-svalutazione e strategie difensive sviluppate in contesti precedenti percepiti come insicuri.

Sara è una donna trans di 37 anni e da diversi anni ha iniziato ad affermare apertamente la propria identità di genere. In ufficio, una collega, senza apparente cattiva intenzione, continua a chiamarla spesso con il **nome di nascita** e a usare pronomi maschili riferendosi a lei. Ciò che ferisce maggiormente Sara è che la collega non ha mai chiesto scusa per gli errori e che sui documenti ufficiali il suo deadname rimane invariato; in diverse occasioni qualcuno ha corretto il nome semplicemente a penna, senza modifiche formali.

Sara percepisce subito questi gesti come **invalidanti**: il deadnaming e il misgendering le comunicano che la sua identità non è riconosciuta né rispettata. In terapia racconta di provare vergogna, rabbia e ansia, e di sentirsi costretta a limitare l'espressione di sé stessa per evitare ulteriori episodi simili. Nonostante abbia iniziato a vivere apertamente la propria identità, trova particolarmente difficile chiedere che i documenti vengano aggiornati, perché sente di non poter "pretendere" un riconoscimento pieno, che sente di non meritare, ottenendo al massimo una validazione informale. Ha paura che affermare la propria identità e il diritto ad essere riconosciuta, sia attraverso i documenti sia nei confronti della collega, possa generare un clima ostile sul lavoro e che possano, per questo licenziarla.

Questa difficoltà rimanda alla relazione con i suoi genitori, la cui mancanza di riconoscimento ha lasciato profonde tracce emotive. Quando Sara fece coming out con loro, i genitori le dissero che se voleva "vestirsi da donna" doveva farlo lontano da casa e dalla loro città, perché li avrebbe fatti vergognare e preferivano non vederla piuttosto che rischiare essere derisi dai vicini e familiari. Sara, pertanto, limitò ogni forma di espressione della propria identità, fin quando rimase a vivere a casa loro. Persino oggi, che ormai vive fuori casa, sul citofono della casa dei genitori il suo nome è ancora quello maschile, e spesso i genitori continuano a usare pronomi maschili oppure quando si rivolgono a lei non pronunciano mai il suo nome.

*Queste costanti invalidazioni hanno provocato in Sara un senso di umiliazione e l'hanno portata a sviluppare una **credenza patogena (da odio di sé)** secondo cui la sua identità è una fonte di vergogna per gli altri e costituisce un elemento pericoloso nelle relazioni significative. Le mancanze di riconoscimento che continua a subire sul lavoro confermano questa credenza e, in un certo senso, vengono interpretate come "giuste" alla luce delle stesse convinzioni: "Se i miei genitori mi hanno sempre trattata così, è così che devo essere trattata". In questo modo, Sara percepisce la sua identità come potenzialmente pericolosa per le relazioni, spingendola a limitare l'espressione autentica e il diritto ad essere riconosciuta, per proteggersi dal rischio di ulteriori traumi relazionali.*

Anche le **esperienze indirette** giocano un ruolo importante nella conferma delle credenze patogene. Le notizie di aggressioni omosessobitranfobiche o di giovani che si tolgono la vita dopo essere stati presi di mira per il loro o presunto orientamento o identità di genere hanno un impatto profondo anche su chi non è direttamente coinvolto. Questi episodi confermano la credenza che la visibilità o essere sé stessi porti al rifiuto, alla violenza o produce un dolore o pericolo così grande da voler morire.

In terapia, è fondamentale esplorare come le norme sociali etero- e cisnormative non influenzino soltanto l'esperienza soggettiva, ma agiscono anche come **fattori di mantenimento delle credenze patogene**. La cultura non è uno sfondo neutro: può confermare in modo sistematico messaggi interiorizzati fin dall'infanzia, rendendo più difficile per la persona disconfermare tali credenze anche in presenza di esperienze relazionali positive. Riconoscere questo intreccio permette di comprendere la profondità del lavoro terapeutico con persone LGBT+: non si tratta solo di elaborare esperienze traumatiche passate, ma anche di affrontare un presente sociale e istituzionale che spesso continua a riprodurre situazioni svalutanti e traumatizzanti, rinforzando le stesse credenze patogene e i vissuti di vergogna, colpa o auto-svalutazione.

*Anna è una donna lesbica di 35 anni che ha sviluppato una credenza patogena legata al senso di colpa da odio di sé, secondo cui «l'omosessualità è sbagliata», «non deve essere vissuta liberamente*

*perché non è normale» e fonte di vergogna per la propria famiglia. Anna è cresciuta in un contesto familiare in cui ogni forma di diversità (passioni, desideri, modi di essere, opinioni) era considerata inaccettabile e in cui non le era permesso perseguire liberamente i propri bisogni e desideri, se percepiti come fonte di vergogna o disonore. Fin da bambina, ha interiorizzato l'idea che le caratteristiche che la rendevano diversa la rendessero, agli occhi dei familiari, «sbagliata». Veniva giudicata dai suoi genitori come la figlia che dava problemi, perché mostrava interessi diversi rispetto ai fratelli e alle sorelle: gusti musicali differenti, opinioni proprie. Verso di lei l'educazione era più rigida e punitiva, perché, secondo i genitori, doveva essere "raddrizzata". Quando, da adolescente, è diventata consapevole del proprio orientamento sessuale, ha vissuto questa scoperta con paura, sensi di colpa e come conferma che in lei c'era qualcosa di effettivamente sbagliato. Quando i genitori lo vennero a sapere casualmente, la reazione fu violenta: il padre la aggredì fisicamente e le disse che era "una vergogna per tutta la famiglia". Per mesi le fu impedito di uscire di casa e, quando finalmente le venne concesso di riprendere una minima vita sociale, i genitori le imposero di non "farsi vedere" o lasciare intendere a nessuno chi fosse davvero, minacciandola di conseguenze ancora più gravi.*

*Negli anni successivi, Anna cercò in ogni modo di riconquistare la stima e la fiducia dei genitori, conformandosi alle loro aspettative. Tuttavia, i suoi sforzi non vennero mai riconosciuti: continuava a essere trattata come "la figlia sbagliata", e persino i suoi successi scolastici e universitari venivano accolti con freddezza e squalifica: "è il minimo che puoi fare dopo quello che ci hai fatto".*

*All'età di 28 anni, Anna si trasferì in una città lontana dalla famiglia. Qui, con grande fatica, iniziò a vivere la propria affettività, ma la vergogna e i sensi di colpa le impedivano di vivere con serenità la propria identità e la possibilità di essere felice. Anna, nei primi anni, aveva avuto esclusivamente relazioni con donne sposate, le quali non erano disponibili a instaurare un legame stabile con lei e da cui si sentiva rifiutata. Aveva, inoltre, rapporti sessuali con uomini, verso i quali non provava interesse o attrazione; dopo tali esperienze, riportava un senso di totale svuotamento emotivo e affettivo. Nella sua attuale relazione, Anna aveva imposto alla propria compagna di mantenere segreta la loro relazione nei confronti dei genitori e degli amici di quest'ultima. Pur convivendo, le aveva chiesto di preservare l'apparenza di una semplice coabitazione tra amiche: avevano predisposto due camere separate, nel caso in cui amici/amiche o familiari fossero venute a trovarle. I*

*comportamenti di Anna erano espressione della sua credenza patogena “sono sbagliata” per cui meritava di punirsi o di essere punita ogni volta che provava a realizzarsi o ad esprimere sé stessa.*

*In terapia racconta un episodio avvenuto alcuni mesi prima: durante una vacanza a Londra, mentre si trovavano in metropolitana con la compagna, e si tenevano per mano (questi gesti Anna, disse, riusciva a farli solo quando era fuori dall'Italia), sono state aggredite verbalmente da un gruppo di ragazzi. Dopo essere riuscite a fuggire, Anna ha provato una forte rabbia verso sé stessa e verso la compagna, dicendo: “Si sa che non dobbiamo farci vedere così!”.*

*L'episodio ha riattivato e rafforzato le sue credenze patogene e il senso di colpa da odio di sé: Anna percepisce la propria identità sessuale come inaccettabile e giustifica l'aggressione come una conseguenza della propria “identità sbagliata”, arrivando a pensare che “sia giusto essere trattata così”. Nonostante la compagna desiderasse denunciare l'accaduto, Anna decise di non farlo, affermando: “Ce la siamo cercata noi!”*

## **Il coming out come test**

Nella Control Mastery Theory (CMT), il *testing* è il processo attraverso cui le persone mettono alla prova — in modo conscio o inconscio — le proprie credenze patogene nelle relazioni significative e nei contesti sociali. Attraverso il testing, la persona cerca di verificare se ciò che in passato è stato vissuto come pericoloso, ad esempio l'espressione autentica di sé seguita da rifiuto o punizione, verrà confermato oppure disconfermato nel presente.

Il testing ha una duplice valenza:

- da un lato rappresenta una spinta adattiva e di speranza, poiché la persona cerca risposte nuove e correttive che le permettano di modificare le credenze patogene e ampliare la propria esperienza di sicurezza;
- dall'altro comporta il rischio di ri-traumatizzazione, perché esporsi significa affrontare la possibilità di ricevere risposte simili a quelle dolorose del passato.

Anche situazioni quotidiane apparentemente neutre possono avere questa funzione di prova. Per esempio, per un uomo gay dire ai colleghi “ieri sera io e il mio compagno siamo usciti a cena” può attivare contemporaneamente la speranza di essere accolti e il timore di sguardi o commenti discriminatori.

All'interno di questo quadro, il *coming out* non rappresenta solamente il dichiarare o affermare il proprio orientamento sessuale o identità di genere, ma costituisce un vero e proprio *test relazionale*: un momento in cui la persona verifica se l'ambiente interpersonale è in grado di accogliere e sostenere il Sé autentico, oppure se rifiuterà, confermando le credenze patogene e riattivando esperienze traumatiche passate.

Dal punto di vista della CMT, il coming out mette in gioco due bisogni fondamentali e spesso in tensione:

- il bisogno di autenticità, ossia la spinta vitale a esprimere chi si è realmente;
- il bisogno di sicurezza relazionale, cioè la necessità di preservare legami significativi e proteggersi da possibili rifiuti o rotture.

Ad esempio, un coming out può configurarsi come un *test da transfert per compiacenza*, quando la persona tende a modulare la rivelazione della propria identità, cercando di minimizzare conflitti e tensioni. È un modo per proteggere sé stessa e l'altro dalla percepita pericolosità della propria autenticità.

- Un/a adolescente può iniziare con piccoli accenni al proprio orientamento sessuale con amici/amiche fidati o parenti più “aperti”, oppure parlare di “un amico gay” per osservare le loro reazioni prima di dichiararsi apertamente.

- Un giovane adulto trans può parlare dei propri desideri di transizione in modo ipotetico o attenuato, valutando se la famiglia risponde con ascolto o con disagio.

In base alle risposte ricevute, la persona può proseguire nel percorso di affermazione di sé e realizzazione dei propri obiettivi sani, oppure confermare l'aspettativa che ciò non sia possibile perché troppo rischioso. Le risposte dell'ambiente diventano così occasioni cruciali di test relazionale, che possono confermare oppure disconfermare la credenza patogena secondo cui "essere sé stessi è pericoloso o non sano".

In terapia può accadere che una persona condivida aspetti importanti della propria identità, come l'orientamento sessuale o l'identità di genere, anche dopo molto tempo dall'inizio del percorso. Spesso, questo avviene in seguito a una serie di **test** impliciti ed espliciti rivolti al/alla terapeuta: attraverso parole, comportamenti o racconti, il/la paziente esplora se l'altro/a è una figura affidabile, se la relazione è un luogo sicuro, capace di accogliere e proteggere la sua autenticità senza giudizio o rifiuto. Per poter vivere pienamente i propri sentimenti e rielaborare le esperienze e le credenze a cui essi sono legati, le persone devono sentirsi sufficientemente sicure di poterlo fare. Far sentire i/le pazienti al sicuro rappresenta la condizione necessaria affinché possano diventare più coraggiosi, coinvolgersi attivamente nel processo terapeutico, lavorare per realizzare i propri obiettivi sani e realistici, comprendere più a fondo sé stessi e acquisire una maggiore padronanza dei propri traumi e dei propri problemi.

*Marta è una donna di 43 anni. Un giorno arrivò in seduta con un notevole ritardo e, in modo agitato disse:*

*«Dottoressa, mi scusi per il ritardo, ma c'era una manifestazione per un'aggressione a due froci. Hanno dovuto bloccare tutto! Quante persone vengono aggredite durante tutto l'anno, e solo per questi però si fanno le manifestazioni di protesta! Dovrebbero impedirlo!».*

*La terapeuta rispose con fermezza che, al contrario, era necessario e fondamentale manifestare contro ogni forma di aggressione, comprese quelle omofobe, sottolineando che farlo non significava sminuire o*

*togliere valore ad altre persone o altre forme di violenza, ma piuttosto esprimere solidarietà e protezione verso chi subisce soprusi. Dopo questa risposta, Marta si mostrò più calma e riflessiva e disse «Sì, in effetti, non è una gara a chi lo merita di più».*

*La terapeuta, con il suo atteggiamento fermo e protettivo, ha superato un test da passivo ad attivo per compiacenza, offrendo a Marta una disconferma significativa delle credenze patogene radicate nella sua storia. Riconoscendo la gravità dell'aggressione e il valore della protesta, le ha trasmesso l'idea che le persone LGBT+ meritano sostegno e tutela, e che ogni forma di violenza deve essere riconosciuta e condannata, non minimizzata.*

*Dopo qualche incontro, Marta portò in seduta un episodio della sua adolescenza. Raccontò di essere stata ripetutamente bullizzata a scuola da un gruppo di ragazzi che la insultavano chiamandola “un maschio con i capelli lunghi” e, davanti alle compagne, la deridevano dicendo: «State attente a questa!». In più occasioni era stata vittima di frasi, gesti e comportamenti aggressivi, fino a un giorno in cui la chiusero nel bagno dei maschi. Solo grazie a una telefonata d'aiuto a una professoressa riuscì a farsi liberare. Quando l'insegnante era arrivata, però, aveva reagito al suo pianto e spavento, minimizzando: «Dai, non te la prendere, sono scherzi stupidi...». Anche dopo che Marta le aveva raccontato nel dettaglio le violenze subite, la professoressa aveva continuato a ridimensionare l'accaduto, dicendo: «Non esagerare, sono solo cretini... pensa a chi davvero è vittima di bullismo e finisce per togliersi la vita».*

*Gli episodi di bullismo il mancato riconoscimento del suo dolore e diritto di protezione da parte della professoressa, avevano contribuito a sviluppare in Marta le **credenze patogene** secondo cui “la mia autenticità è pericolosa”, “non merito protezione” e “le mie sofferenze non sono così importanti da richiedere attenzione o tutela”.*

*Considerando questi racconti, si comprende come l'irritazione di Marta per la manifestazione era stato un modo per testare la terapeuta. La risposta ferma e validante ha rappresentato per lei un'esperienza relazionale nuova, permettendole di sentirsi in un contesto sicuro dove dolore, identità, paura e bisogno di protezione venivano riconosciuti e legittimati. Solo dopo che la terapeuta ha superato il test e disconfermato le sue credenze patogene, Marta è riuscita per la prima volta a parlare apertamente della propria omosessualità, un aspetto di sé fino ad allora nascosto e mai condiviso in terapia.*

## **L'omolesbotransfobia interiorizzata**

Un fattore importante che ostacola lo sviluppo sano dell'identità LGBT+ e la possibilità per le persone di perseguire i propri bisogni di realizzazione di sé è rappresentato dall'omolesbotransfobia interiorizzata. Questo concetto si riferisce al processo attraverso cui una persona LGBT+ assorbe e interiorizza i pregiudizi, gli stereotipi e i messaggi negativi che la società veicola nei confronti delle identità non eteronormative e non conformi al genere (Gonsiorek, 1982; Kahn, 1991; Shildo 1994). Si tratta di una forma di auto-stigmatizzazione che può manifestarsi in sentimenti di vergogna, disprezzo verso sé stessi/e, desiderio di nascondere la propria identità e profondi sentimenti di colpa legati al semplice fatto di esistere come soggetto queer.

Questa dinamica è ben descritta nel modello del minority stress di Meyer (2007), che evidenzia come le persone appartenenti a minoranze sessuali e di genere, siano sottoposte a uno stress cronico non solo a causa di episodi espliciti di discriminazione, ma anche a causa delle micro-aggressioni quotidiane.

Non si tratta solo di introiettare stereotipi culturali, ma di costruire una struttura complessa e pervasiva di svalutazione di sé, che si manifesta a livello cognitivo (credenze disfunzionali), emotivo (vergogna, ansia, senso di colpa), comportamentale (evitamento, camuffamento, iperadattamento) e relazionale (isolamento, diffidenza, autoesclusione).

Le manifestazioni dell'omolesbotransfobia interiorizzata variano in base alla fase di sviluppo, alla gravità della stigmatizzazione subita o percepita e alla qualità delle prime relazioni affettive. In alcuni casi, si traduce in una negazione completa dell'identità LGBT+, sacrificando il sé autentico. In altre, si presenta in forma più sottile e latente, come un disagio persistente, inadeguatezza, colpe, dubbi sul proprio valore e vergogna per i propri desideri e legami affettivi, accettazione parziale o condizionata di sé.

## **Il lavoro clinico con l'omolesbotransfobia interiorizzata in ottica CMT**

Omolesbobitansfobia interiorizzata e credenze patogene sono due costrutti teorici distinti, provenienti da cornici epistemologiche differenti, ma profondamente interconnessi nel descrivere i processi che ostacolano lo sviluppo di un senso di sé autentico, libero e coeso nelle persone LGBT+. L'omolesbobitansfobia interiorizzata si origina dall'assimilazione di messaggi sociali stigmatizzanti, mentre le credenze patogene si formano all'interno delle relazioni familiari come strategie adattive volte a garantire la sicurezza e il mantenimento del legame affettivo.

Sia l'omolesbobitansfobia interiorizzata sia le credenze patogene si **radicano nell'esperienza relazionale, familiare e sociale** e si strutturano in risposta a segnali di disapprovazione, rifiuto o pericolo affettivo. Operano, inoltre, al livello **inconscio** o pre-riflessivo: non sono sempre verbalizzate né immediatamente accessibili alla consapevolezza, ma condizionano profondamente emozioni, pensieri e comportamenti, soprattutto nei contesti interpersonali più significativi.

L'omolesbobitansfobia sociale e quella interiorizzata si inseriscono in un ambiente relazionale e familiare in cui nel bambino/a già si possono essere sviluppate sensi di colpa e credenze patogene relative al pericolo riguardo l'espressione di sé e dei propri bisogni sani.

In questi ambienti familiari, assumendo il punto di vista della **Control-Mastery Theory**, l'omolesbobitansfobia interiorizzata può prendere la forma di credenza patogena non perché induce la persona a sentirsi "sbagliata in quanto gay", ma perché sviluppa la convinzione patogena che esprimere apertamente la propria identità danneggerà inevitabilmente le persone amate o comprometterà il legame affettivo con loro. Ad esempio:

“Se i miei genitori scoprono che sono lesbica, li deluderò irrimediabilmente.”

→ Credenza patogena legata a colpa da slealtà

“Essere gay mi rende inferiore e sbagliato, non valgo quanto gli altri.”

→ credenza patogena da odio di sé.

Le credenze patogene ed i sensi di colpa interpersonali possono spiegare perché alcune persone LGBT+ riferiscono che, nonostante un coming out positivo e la presenza di ambienti familiari, sociali, lavorativi accoglienti, continuano a sperimentare ansia, vergogna o una sottile inibizione nel parlare di sé, nell' esprimere apertamente il proprio orientamento o identità, e nel vivere pienamente la propria affettività.

La CMT, da questo punto di vista, offre un modello utile ed interessante per comprendere che ciò che mantiene questi vissuti negativi non è l'aver mantenuto parzialmente un'idea sbagliata di sé (quindi indice di aver non elaborato completamente l'omolesbobitransfobia interiorizzata) ma dipende dalle sensi di colpa e dalle convinzioni patogene che hanno legato la libertà, la felicità o aspetti di sé ad una minaccia del legame e un pericolo per il benessere degli altri significativi: cioè *“essere sé stesse/i” non solo è sbagliato, ma soprattutto pericoloso*. Dato che queste credenze si sono sviluppate, inizialmente, con una funzione adattiva protettiva, non si modificano “semplicemente” attraverso il processo di accettazione di sé, il coming out, l'inizio di una relazione affettiva o la costruzione di una famiglia, perché abbandonarle è rischioso in quanto potrebbe esporre la persona ad esperienze negative di disconferma ed invalidazione. Per questo motivo, esse tendono a persistere e a resistere al cambiamento e possono generare angoscia, tristezza o vissuti di indegnità, fino a dare origine a comportamenti auto-sabotanti, atteggiamenti punitivi verso di sé o stati emotivi dolorosi.

Con questi/e pazienti, lavorare sull'omolesbobitransfobia interiorizzata rappresenta certamente un passaggio fondamentale nei percorsi di consapevolezza e crescita delle persone. Tuttavia, può emergere un limite importante quando l'intervento si concentra esclusivamente sulla decostruzione dei pregiudizi interiorizzati e non sulle credenze patogene e i sensi di colpa sottostanti.

Questi ultimi, inoltre, svolgono un ruolo centrale nel *mantener e rinforzare l'omolesbobitransfobia interiorizzata, perché se essere sé stessi/e, mette a rischio i legami affettivi significativi*, allora mantenerla è una “forma di protezione”: conservare e sostenere il pregiudizio di non valere o di essere sbagliato diventa un modo per proteggere gli/le altri/e

per mantenere il legame con loro. Se continuo a pensarmi sbagliato/a (e tutto anche all'esterno mi conferma che lo sono - bias di conferma) difficilmente crederò di meritare la felicità. Di conseguenza, non farò nulla per cercarla davvero. In questo modo, evito di mettere a rischio il legame con i miei genitori, per i quali la mia gioia o realizzazione potrebbe rappresentare una fonte di dolore, rabbia o delusione.

*Luca, cresciuto in una famiglia formalmente "tollerante" ma emotivamente distante. I genitori non hanno mai espresso esplicitamente omofobia, ma fin dall'infanzia Luca ha percepito chiaramente che l'approvazione, l'amore e il riconoscimento passavano attraverso la conformità a un'immagine ideale: educato, sportivo, non "effeminato". Quando ha fatto coming out a 23 anni, è stato accolto con parole rassicuranti: "L'importante è che tu sia felice", gli hanno detto. Eppure, a distanza di anni, Luca racconta di **non riuscire a parlare del suo compagno con la stessa naturalezza con cui lo fanno i suoi amici eterosessuali**, di sentire un senso di disagio anche solo nel tenersi per mano in pubblico, di provare una vaga ma persistente ansia ogni volta che parla della sua relazione con dei nuovi amici o al lavoro. Nelle feste di famiglia, spesso non invita il compagno, perché dice "in fondo lui non c'entra, sono cose che riguardano noi di famiglia".*

*In terapia, emerge che **Luca ha sviluppato nella sua infanzia delle credenze patogene secondo cui l'espressione autentica della propria identità comporta il rischio di deludere i genitori (senso di colpa da slealtà) e appesantire le persone che ama (senso di colpa da burdening)**. Sebbene i suoi genitori non abbiano mai apertamente condannato l'omosessualità, la comunicazione emotiva implicita che ha ricevuto è stata: "Non ci deludere e non complicarci la vita, e, sii discreto." Queste aspettative non dette si sono trasformate in una convinzione profonda: "Se mi mostro per quello che sono, deludo ed affatico chi amo o sarò meno degno del loro affetto."*

*Le credenze patogene principali di Luca sono:*

- "Se parlo di chi amo, affaticherò chi mi ama" (senso di colpa da burdening)

- *“Se vivo la mia identità, deluderò le persone importanti” (senso di colpa da slealtà)*

*Sono queste convinzioni a mantenere vivo un **sottile ma costante senso di pericolo relazionale**, anche in contesti obiettivamente accoglienti. Per Luca, parlare del suo compagno, mostrarsi affettuoso in pubblico, raccontare di sé come uomo gay, **non è ancora percepito come pienamente sicuro**. È come se vivesse su due piani: uno sociale, dove sa che “oggi si può essere e posso essere apertamente gay”, e uno affettivo profondo, dove ancora teme che “essere gay” significhi perdere l’amore, la stima, il legame. È questa a generare ansia, inibizione e un senso costante di dover filtrare, controllare, minimizzare.*

Ogni gesto di espressione autentica, ogni esperienza di felicità o di perseguire un desiderio sano, può attivare segnali inconsci di pericolo e colpa, perché continuano ad operare le credenze patogene secondo cui il soddisfacimento dei propri bisogni e desideri rappresenta una minaccia per le relazioni affettive, un potenziale danno per l’altro.

Nel lavoro terapeutico è importante individuare e portare alla luce i sensi di colpa che hanno originato le credenze patogene, perché essi costituiscono il nucleo profondo che mantiene l’omolesbobitransfobia interiorizzata, anche quando quest’ultima è già stata riconosciuta a livello consapevole. Nella relazione terapeutica il clinico dispone di diversi strumenti attraverso i quali può favorire il cambiamento: le proprie comunicazioni, il modo in cui risponde ai test del paziente e la qualità della relazione che offre nel corso della terapia. L’atteggiamento del/della terapeuta, inteso come il suo modo complessivo di essere in seduta e di porsi in relazione con il/la paziente, riveste un ruolo centrale. È infatti necessario che il/la terapeuta assuma un atteggiamento capace di disconfermare le credenze patogene e i sensi di colpa inconsci, sostenendo il desiderio di realizzazione degli obiettivi sani della persona.

Perché questo sia possibile, è essenziale che l’atteggiamento del terapeuta sia differente sia da quello assunto dalle figure genitoriali e di riferimento nelle esperienze traumatiche del passato, sia da quello che il paziente aveva adottato nei loro confronti in tali situazioni. Solo così la relazione terapeutica può configurarsi come un contesto nuovo e trasformativo, nel

quale il/la paziente possa sperimentare modalità relazionali sicure e favorevoli alla sua crescita e autenticità.

*Giulia ha 37 anni, è una donna lesbica e vive con la sua compagna da cinque anni. La loro relazione è stabile, riconosciuta e condivisa anche con le rispettive famiglie. Quando Giulia comunica ai genitori l'intenzione di avere un/a figlio/a, si confronta con una reazione di ostilità e critica. Le viene fatto notare che dovrebbe prioritariamente considerare il benessere dei/delle bambini/e e che la sua scelta è giudicata come egoista. Le viene sottolineato che una famiglia composta da due madri è "problematica, non adeguata" per il/la bambin/a che rischierebbe, inoltre, di affrontare esperienze di discriminazione. I genitori aggiungono che sarebbe difficile "giustificare" questa scelta di fronte agli altri.*

*Questa reazione dei genitori si colloca in continuità con esperienze precedenti vissute da Giulia in relazione al proprio orientamento sessuale. Al momento del coming out, i genitori avevano manifestato preoccupazione e difficoltà ad accettare pienamente la sua identità, esprimendo timori legati al giudizio sociale e al confronto con gli altri. Avevano lasciato intendere che l'essere lesbica rappresentasse, in qualche modo, "qualcosa di meno" e che avrebbe comportato inevitabili rinunce.*

*Per il padre, la "rispettabilità" aveva sempre rappresentato un valore fondamentale, strettamente connesso all'immagine di una persona "irreprensibile" e conforme ai canoni sociali condivisi. In questa cornice di riferimento, l'omosessualità della figlia era stata vissuta come un elemento che incrinava la percezione di una famiglia aderente alle norme e alle aspettative della società, minando, ai suoi occhi, quell'ideale di rispettabilità che aveva sempre cercato di mantenere. La madre, invece, aveva mostrato soprattutto preoccupazione per la sicurezza della figlia, sottolineando i rischi di vivere in un contesto sociale potenzialmente ostile e consigliandole di "stare attenta" rispetto a dove, come e con chi mostrarsi, per evitare discriminazioni o violenze. Le ricordava che avrebbe dovuto pensare anche al fatto che lei stessa, come madre, non poteva vivere con questa costante preoccupazione, e che sarebbe stato quindi meglio evitare situazioni che potessero esporla o metterla in pericolo. Questi messaggi hanno progressivamente condotto Giulia a sviluppare strategie di adattamento basate sulla cautela e su una parziale invisibilità. Nel corso del tempo, infatti, ha mantenuto un "basso profilo": tende a evitare manifestazioni pubbliche di affetto con la compagna, non frequenta contesti sociali LGBT+ percepiti*

*come troppo visibili e, sul luogo di lavoro, ha scelto di fare coming out solo con alcuni colleghi, evitando di parlarne con i superiori per timore che la propria identità potesse influire negativamente sulla carriera.*

*Le reazioni dei genitori al suo desiderio di genitorialità hanno ulteriormente consolidato queste credenze patogene: perseguire i propri obiettivi evolutivi e i desideri di realizzazione personale viene visto come fonte di pericolo, di non adeguatezza, faticosa per i propri familiari e considerata una scelta egoista.*

*Nella relazione terapeutica, Giulia ha testato le credenze da odio di sé (se esprimo i miei desideri, le persone per me importanti mi faranno sentire inadeguata e sbagliata) e da responsabilità onnipotente (se non mi prendo cura delle persone per me significative, sono egoista ed insensibile) con la sua terapeuta, sperando che quest'ultima, con il suo atteggiamento, disconfermasse le sue credenze patogene.*

*Ad esempio, attraverso:*

- **Test da transfert per compiacenza (dal senso di colpa da responsabilità onnipotente).** *In seduta afferma: “Credo che questo desiderio sia un atto di egoismo, penso solo a quello che voglio io e non alle possibili conseguenze per un bambino nascere in una coppia di mamme. Forse dovremmo lavorare su questo mio desiderio e capire che non posso avere tutto ciò che voglio. Sono irresponsabile.”. Giulia spera che la terapeuta disconfermi la sua credenza che il suo desiderio sia pericoloso ed egoistico e che debba metterlo da parte per dare priorità alle necessità degli altri.*

- **Test da passivo ad attivo per compiacenza (dal senso di colpa da responsabilità onnipotente).** *Ad es. racconta di aver visto delle iniziative delle Famiglie Arcobaleno (Associazione di genitori LGBT+) a cui anche la terapeuta ha partecipato e commenta: “Però pubblicare le foto di queste iniziative sui social, in cui si vedono anche i figli, mi sembra troppo! Lei, come psicologa, non ha pensato di dire a chi le ha pubblicate che è pericoloso? Va bene fare iniziative, ma bisogna pure considerare il bene dei bambini ed esporli così pubblicamente non va bene! Chissà quanti commenti violenti avranno ricevuto!”. Giulia spera che la terapeuta mantenga la propria posizione senza sentirsi turbata o svalutata nella sua professionalità, mostrando di poter sostenere con sicurezza il proprio ruolo e decisioni anche di fronte a un giudizio critico e svalutante.*

- **Test da transfert per ribellione (da odio di sé)** *“Ho letto comunque diversi studi*

*scientifici che confermano che le coppie LG sono famiglie adeguate per una crescita e sviluppo sano dei bambini. Gli altri se ne dovranno fare una ragione! La scienza è scienza non è una opinione!”. Giulia spera che la terapeuta la sostenga in questa scelta nel perseguire i suoi obiettivi valutati come sani e che la protegga da possibili gesti autopunitivi.*

Per la CMT, ogni intervento clinico deve essere necessariamente *caso-specifico*, perché le esperienze, le relazioni e le credenze che un individuo sviluppa sono uniche e strettamente legate alle esperienze traumatiche familiari vissute da quella persona. Nel lavoro con le persone LGBT+, non basta affrontare l'omofobia interiorizzata o il disagio legato all'identità sessuale o di genere. È fondamentale individuare le credenze patologiche e i sensi di colpa interpersonali specifici di ciascun/a paziente, cioè gli schemi patogeni che interferiscono con la possibilità di vivere autenticamente e di perseguire i propri obiettivi personali.

## **Bibliografia**

- Bush M. (2019), *La vergogna*. <https://www.cmt-ig.org/articoli/vergogna-marshall-bush>
- Gazzillo F. (2021), *Fidarsi dei pazienti. Introduzione alla Control Mastery Theory*.

Raffaello Cortina, Milano

- Gazzillo F. (a cura di), (2023), *La Control Mastery Theory nella pratica clinica*. Carrocci Editori- Manuali Faber
- Meyer, I.H. (2007). Prejudice and Discrimination as Social Stressors. In I.H. Meyer & M. Northridge (Eds.), *The Health of Sexual Minorities. Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations* (pp. 242-267). New York: Springer
- Weiss J., (2024), *Come funziona la psicoterapia*. Bollati Boringhieri