

*Università degli Studi di Firenze*

*Dipartimento di Psicologia*

**DOTTORATO DI RICERCA IN  
Psicologia**

CICLO XXV

**Il *minority stress* nella popolazione gay e lesbica  
italiana: il ruolo dell'omonegatività interiorizzata**

Settore Scientifico Disciplinare **M-PSI/08**

COORDINATORE Prof. David Burr

**Dottorando**  
Dott. Paolo Antonelli

**Tutor**  
Prof. Davide Dèttore

Anni 2010/2012

# INDICE

Premessa .....	5
<b>INTRODUZIONE</b>	
<b>Orientamento sessuale omosessuale e <i>minority stress</i></b> .....	6
<b>1. Genere, orientamento sessuale e identità sessuale</b> .....	6
1.1 Orientamento sessuale omosessuale .....	11
1.2 Acquisizione dell'identità omosessuale .....	16
1.2.1 <i>Modelli esplicativi del processo di sviluppo dell'identità omosessuale</i> .....	20
<b>2. <i>Minority Status e Minority Stress</i></b> .....	25
2.1 <i>Minority stress</i> : espressioni e correlati psicologici .....	29
2.2 Omonegatività interiorizzata .....	37
<b>3. Obiettivi</b> .....	40
<b>STUDIO 1</b>	
<b>Adattamento italiano</b>	
<b>dell'<i>Internalized Homonegativity Inventory</i> (IHNI; Mayfield, 2001)</b> .....	42
<b>1. Introduzione</b> .....	42
1.1 Misurare l'omonegatività interiorizzata .....	42
1.2 <i>Internalized Homonegativity Inventory</i> (IHNI; Mayfield, 2001) .....	47
1.3 Obiettivi .....	53
<b>2. Metodo</b> .....	53
2.1 Partecipanti .....	53
2.2 Strumenti .....	54
2.3 Procedura .....	55
2.4 Analisi dei dati .....	56
<b>3. Risultati</b> .....	57
3.1 Verifica della struttura fattoriale dell'IHNI .....	57
3.2 Invarianza di genere dell'IHNI .....	60
3.3 Analisi delle proprietà psicometriche dell'IHNI .....	63
<b>4. Discussione</b> .....	65

## STUDIO 2

**Verifica di un modello esplicativo dell'influenza dell'omonegatività interiorizzata sul distress psicologico rispetto all'esperienza del *minority stress* nelle persone omosessuali** ..... 70

<b>1. Introduzione</b> .....	70
1.1 Omonegatività interiorizzata: correlati psicologici e influenza sulla salute mentale .....	70
1.2 Contributi teorici ed empirici del <i>minority stress</i> per le persone omosessuali .....	81
1.3 Obiettivi .....	85
<b>2. Metodo</b> .....	87
2.1 Partecipanti .....	87
2.2 Strumenti .....	88
2.3 Procedura .....	90
2.4 Analisi dei dati .....	90
<b>3. Risultati</b> .....	91
<b>4. Discussione</b> .....	92

## STUDIO 3

**Riduzione del distress psicologico rispetto all'esperienza del *minority stress* nelle persone omosessuali** ..... 96

<b>1. Introduzione</b> .....	96
1.1 La moderazione della relazione tra <i>minority stress</i> e salute mentale dei gay e delle lesbiche .....	96
1.2 Obiettivi .....	101
<b>2. Metodo</b> .....	103
2.1 Partecipanti .....	103
2.2 Strumenti .....	104
2.3 Procedura .....	105
2.4 Analisi dei dati .....	105
<b>3. Risultati</b> .....	106
<b>4. Discussione</b> .....	108
<b>CONCLUSIONI</b> .....	111

<b>RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI</b> .....	117
<b>APPENDICE 1.</b> Versione italiana per maschi di <i>Internalized Homonegativity Inventory</i> (IHNI; Mayfield, 2001) .....	132
<b>APPENDICE 2.</b> Versione italiana per femmine di <i>Internalized Homonegativity Inventory</i> (IHNI; Mayfield, 2001) .....	133

## INDICE DELLE TABELLE

### STUDIO 1

<b>Tabella 1.</b> Statistiche descrittive, attendibilità e correlazioni tra le scale della Versione Originale dell'IHNI .....	49
<b>Tabella 2.</b> Correlazioni dell'IHNI e delle Sottoscale dell'IHNI nella Versione Originale con Altre Misure .....	50
<b>Tabella 3.</b> Medie e Deviazioni Standard dei Punteggi dell'IHNI nella Versione Italiana per il Campione Totale e Diviso per Genere .....	57
<b>Tabella 4.</b> Indici di normalità delle distribuzioni degli item dell'IHNI nella Versione Italiana .....	58
<b>Tabella 5.</b> Indici di <i>Fit</i> dell'IHNI Italiano (AFC) .....	59
<b>Tabella 6.</b> Risultati dell'Analisi dell'Invarianza di Genere per l'IHNI Italiano .....	61
<b>Tabella 7.</b> Statistiche descrittive, attendibilità e correlazioni tra le scale della Versione Italiana dell'IHNI .....	64
<b>Tabella 8.</b> Correlazioni dell'IHNI e delle Sottoscale dell'IHNI nella Versione Italiana con Altre Misure .....	65

### STUDIO 2

<b>Tabella 9.</b> Indici di <i>Fit</i> del modello del <i>minority stress</i> nelle persone omosessuali .....	91
---	----

### STUDIO 3

<b>Tabella 10.</b> Moderazione della relazione dello svelamento di sé sul distress psicologico .....	106
<b>Tabella 11.</b> Moderazione della relazione del supporto sociale percepito sul distress psicologico .....	106
<b>Tabella 12.</b> Moderazione della relazione delle esperienze di discriminazione sul distress psicologico .....	107
<b>Tabella 13.</b> Moderazione della relazione dell'omonegatività interiorizzata sul distress psicologico .....	107

## INDICE DELLE FIGURE

### INTRODUZIONE

<b>Figura 1.</b> <i>Scala Kinsey</i> (tratta da Kinsey et al., 1948) .....	13
<b>Figura 2.</b> Le tre dimensioni del <i>minority stress</i> in interazione fra loro (tratta da Meyer, 1995) .....	27
<b>Figura 3.</b> La cornice teorica del <i>minority stress</i> nelle persone omosessuali (tratta da Meyer, 2003) .....	28
<b>Figura 4.</b> Il modello teorico circolare sul <i>coming out</i> di Pachankis (tratta da Pachankis, 2007) .....	32

### STUDIO 1

<b>Figura 5.</b> Modello Fattoriale dell'IHNI Americano (Mayfield, 2001) .....	59
<b>Figura 6.</b> Modello Fattoriale dell'IHNI Italiano (AFC; modello base) .....	60
<b>Figura 7.</b> Modello Fattoriale dell'IHNI Italiano per le femmine (modello 3) .....	62
<b>Figura 8.</b> Modello Fattoriale dell'IHNI Italiano per i maschi (modello 3) .....	63
<b>Figura 9.</b> T-test dell'IHNI nella Versione Italiana e del Senso di appartenenza alla comunità LGB .....	65

### STUDIO 2

<b>Figura 10.</b> Modello esplicativo atteso a riguardo del <i>minority stress</i> nelle persone omosessuali .....	86
<b>Figura 11.</b> Modello esplicativo a riguardo del <i>minority stress</i> nelle persone omosessuali .....	91

### STUDIO 3

<b>Figura 12.</b> Esempio di effetto di moderazione da testare .....	102
--	-----

## Premessa

L'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) ha diffuso per l'Anno 2011 un *report* relativo alla popolazione omosessuale nella società italiana, da cui emergono alcuni dati rilevanti: il 61.3% dei cittadini tra i 18 e i 74 anni ritiene che in Italia gli omosessuali siano molto o abbastanza discriminati e corrispondentemente appare forte la condanna dei comportamenti discriminatori, infatti il 73% è in totale disaccordo con il fatto che non si assuma una persona o non le si affitti un appartamento perché è omosessuale. D'altra parte, però, a una parte della popolazione crea problemi che persone omosessuali rivestano alcuni ruoli: per il 41.4% non è accettabile un insegnante di scuola primaria omosessuale, per il 28.1% un medico, per il 24.8% un politico. Inoltre, il 65.8% della popolazione è d'accordo con l'affermazione *si può amare una persona dell'altro sesso oppure una dello stesso sesso: l'importante è amare*. Tuttavia, il 55.9% si dichiara d'accordo con l'affermazione *se gli omosessuali fossero più discreti sarebbero meglio accettati*, mentre il 29.7% con *la cosa migliore per un omosessuale è non dire agli altri di esserlo*. Dallo stesso *report* emergono anche per gli omosessuali/bisessuali forti difficoltà in famiglia; soltanto il 20% circa dei genitori sa che i loro figli vivono una tale condizione. Gli omosessuali/bisessuali dichiarano inoltre di aver subito discriminazioni a scuola o all'università più degli eterosessuali (24% contro 14.2%) e così anche nel lavoro (22.1% contro 12.7%); un altro 29.5% di omosessuali/bisessuali si è sentito discriminato nella ricerca di lavoro (ISTAT, 2012).

Tali percentuali di risposta del *report* dell'ISTAT (2012) rendono bene l'idea di come in Italia, sebbene il livello di accettazione sociale dell'omosessualità negli ultimi anni sia aumentato, permangano ancora molti stereotipi e un forte pregiudizio nei confronti delle persone omosessuali, e di come presumibilmente tale contesto stigmatizzante ed eterosessista, in cui gay e lesbiche si trovano a crescere e vivere, sia per la persona omosessuale fonte di numerosi e invalidanti fattori di stress, interni ed esterni all'individuo.

Il presente lavoro si inserisce all'interno dell'ampio dibattito scientifico nazionale e internazionale relativo alle caratteristiche psicologiche individuali legate allo status di minoranza (*minority status*) per orientamento sessuale, vista la sua rilevanza scientifico-sociale nel plasmare la vita, e quindi il benessere psico-sociale, delle persone che non si riconoscono nell'orientamento eterosessuale di maggioranza.

Sono stati infatti condotti degli studi empirici al fine di comprendere come e perché lo stress da minoranza (*minority stress*), quotidianamente vissuto dalle persone omosessuali fin dalla loro più giovane età, possa influire più o meno profondamente sulla loro salute mentale e se e in che modo lo si possa ridurre. In particolare, è stato indagato come e se il costrutto di omonegatività interiorizzata (*internalized homonegativity*), espressione probabilmente più potente dello stress da minoranza, possa aver un effetto sulla salute mentale delle persone omosessuali rispetto al loro processo di funzionamento e adattamento psicologico.

# INTRODUZIONE

## ORIENTAMENTO SESSUALE OMOSESSUALE E *MINORITY STRESS*

### 1. Genere, orientamento sessuale e identità sessuale

Quando vediamo una qualsiasi persona, una tra le prime caratteristiche che immediatamente il nostro sistema percettivo registra è il suo sesso: questo è un processo automatico di categorizzazione che si fonda sulla rilevazione del dimorfismo sessuale ed è una delle prime categorie concettuali che i bambini imparano ad applicare a se stessi e alle altre persone (Krueger, Hasman, Acevedo, & Villano, 2003). Alla nascita la prima connotazione che viene usata per identificare un individuo è proprio quella relativa all'essere maschio o femmina (Sandfort, 2005).

L'*identità sessuale* descrive la dimensione soggettiva del proprio essere sessuati ed è l'esito della complessa interazione tra aspetti biologici, psicologici, sociali e culturali (Bancroft, 2009). Come descritto, e ormai condiviso, da numerosi autori (tra gli altri, Rosario, Schrimshaw, Hunter, & Braun, 2006; Worthington, Navarro, Savoy, & Hampton, 2008), le specifiche componenti dell'*identità sessuale* risultano essere:

- il sesso *biologico* (*femmina* o *maschio*), che è determinato dai cromosomi (XX per le femmine, XY per i maschi), dagli ormoni (estrogeno e progesterone per le femmine, testosterone per i maschi), dai genitali interni ed esterni (vulva, clitoride e vagina per le femmine, pene e testicoli per i maschi); inoltre circa l'1.7% della popolazione può essere definito *intersessuale*, nato con aspetti biologici di entrambi i sessi in diverse gradazioni;
- l'*identità di genere*, che si riferisce alla consapevolezza certa e profonda di sé come maschi o femmine; i fattori biologici, che influenzano il dimorfismo sessuale sia a livello periferico sia del sistema nervoso centrale, e il contesto ambientale interagiscono nello sviluppare, tra i 18 mesi e i 3 anni di vita del bambino, il sesso *psicologico*; il *genere* è quindi un processo e non una dimensione statica; la maggior parte delle persone si sente uomo o donna in conformità al proprio sesso biologico, mentre per altri, come le persone transessuali, questo non avviene;
- il *ruolo di genere*, che è stabilito dai riferimenti normativi rispetto agli atteggiamenti e ai comportamenti assegnati dalla società e dalla cultura di appartenenza; è infatti sulla base del sesso fenotipico che il bambino riceverà dalle figure di accudimento un orientamento comportamentale in senso maschile o femminile; la nostra società riconosce due soli ruoli di genere, contrapposti e complementari, quello maschile e quello femminile; il *ruolo di genere* di un individuo si riferisce quindi agli attributi fisici, all'abbigliamento, agli atteggiamenti, ai comportamenti, alle interazioni sociali, agli interessi, ai tratti di personalità (ad esempio, l'assertività è considerata una caratteristica più maschile che femminile) e all'uso del linguaggio

(ad esempio, il linguaggio scurrile è ritenuto poco femminile), che sono stereotipicamente associati al genere maschile o femminile;

- *l'orientamento sessuale*, che si caratterizza come l'attrazione affettiva ed erotica per persone dell'altro sesso, del proprio sesso o di entrambi i sessi (rispettivamente eterosessuale, omosessuale e bisessuale); nello specifico l'orientamento sessuale consiste di quattro dimensioni (*attrazione erotica, fantasie sessuali, comportamento sessuale, autodefinizione*); *l'orientamento sessuale* è dunque una caratteristica della diversità umana.

Che cosa comporti il dato biologico non è quindi assolutamente scontato e qui si lascia il territorio del sesso genetico-biologico-fisiologico (corrispondente al sesso *biologico* sopra citato) per inoltrarsi nel territorio del sesso culturale-sociale-storico-linguistico (il sesso *psicologico* sopra citato) e cioè di come ogni società, in un determinato periodo storico e culturale, organizzi i significati relativi all'appartenenza al sesso maschile o femminile (Foucault, 1978). L'approccio biologico, cosiddetto *essenzialista*, è complessificato dall'approccio sociocostruzionista, che sottolinea invece i processi di costruzione sociale della differenza sessuale (Bancroft, 2009). Dal riconoscimento dell'aspetto biologico un individuo impara attraverso un processo di socializzazione a sentirsi uomo o donna, e dunque, organizzando gli aspetti semantici disponibili nel contesto socioculturale di appartenenza, a dare un significato a questa diversità (Egan & Perry, 2001).

Molto presto i bambini apprendono le aspettative che gli altri, sia adulti che coetanei, hanno su di loro in quanto di un sesso piuttosto che dell'altro (Kray, Thompson, & Galinsky, 2001). Gli studi dimostrano come l'atipicità di genere sia più accettata, da genitori e pari, quando riguarda le femmine, che possono più facilmente permettersi di essere dei "maschiacci", al contrario dei maschi, che sono molto più spesso ripresi e sanzionati quando si comportano da "femminucce" (Jost & Kay, 2005). La quasi totalità delle persone sviluppa un'identità conforme al proprio sesso biologico, cosa che però non accade alle persone transessuali (Newman, 2002).

Inoltre, provando a concettualizzare l'orientamento sessuale tramite una metafora, ogni essere umano ha fatto e fa quotidianamente esperienza del sentirsi attratto, del sentirsi andare verso, un sentire che emerge spontaneo e con una forza che spinge, affettivamente e sessualmente, verso le altre persone: l'orientamento sessuale può essere rappresentato come una bussola che indica la direzione sentimentale ed erotica; chi è portato verso persone del proprio sesso, come chi è portato verso persone dell'altro sesso, può scegliere se contrastare questa direzione e con quale modalità farlo, se comunicare tale direzione ad altri, ma non può scegliere la specifica direzione della bussola (Graglia, 2009).

Nelle scienze biologiche e mediche l'orientamento sessuale è di solito inferito dal comportamento sessuale assunto dalla persona negli ultimi anni o a partire dalla pubertà; al contrario, le scienze psicologiche e sociali nei loro studi si focalizzano sulla stabilità dell'autoidentificazione sessuale (come omosessuale, eterosessuale o bisessuale). Analizzando gli studi condotti sulla prevalenza della popolazione lesbica, gay e bisessuale (LGB), i ricercatori



generalmente concordano su questa stima: dal 3 all'8% della popolazione si definisce omosessuale (Savin-Williams, 2006). Che cosa significhi realmente questa categoria identitaria o se e come rifletta l'attrazione e il comportamento rimane però spesso inesplorato (American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation, 2009; Rahman & Wilson, 2003). Ci si può chiedere allora se un eterosessuale sia una persona che si sente attratta, ha rapporti sessuali, si innamora, ha fantasie sessuali esclusivamente verso persone dell'altro sesso e se una persona che si senta attratta prevalentemente dal suo stesso sesso si autodefinirà omosessuale o meno. Le risposte che fornisce la letteratura di riferimento sono affermative, ma con alcune eccezioni (tra gli altri, Hall & Schaeff, 2008; Rahman & Wilson, 2003). Certe persone, per esempio, affermano di sentirsi attratte da soggetti dello stesso sesso ma non traducono questo desiderio in un comportamento; altri individui hanno comportamenti omosessuali ma si definiscono eterosessuali (Sandfort, 2005).

Potremmo quindi per ognuna delle quattro dimensioni dell'orientamento sessuale tracciare un *continuum* e cercare di posizionarsi; potremmo anche tener conto della dimensione temporale e per ognuno di questi aspetti considerare il posizionamento nel passato, nel presente e nel futuro (Bancroft, 2009; Chung & Katayama, 1996; Sell, 1997). Studi presenti in letteratura hanno evidenziato come vi siano persone che sperimentano una o più differenze tra le quattro dimensioni del proprio orientamento sessuale (American Psychological Association, 2008; Bostwick, Boyd, Hughes, & McCabe, 2010). A molti capita soprattutto per quanto riguarda le fantasie sessuali: un individuo può definirsi eterosessuale e nello stesso tempo fantasticare a volte di avere esperienze erotiche e/o sentimentali con partner del proprio sesso (o viceversa). Gli studi inoltre rilevano come siano più numerose le persone che hanno comportamenti sessuali di tipo omosessuale di quanti si autoidentifichino in questo modo (Bostwick et al., 2010; Hall & Schaeff, 2008; McCabe, Hughes, Bostwick, & Boyd, 2005). L'orientamento sessuale non può dunque essere concepito in maniera lineare, ma più come una mappa personale in cui le dimensioni considerate si compongono in modo del tutto soggettivo (Kinnish, Strassberg, & Turner, 2005).

Attualmente si tende inoltre a distinguere specificatamente fra *orientamento sessuale* e *identità dell'orientamento sessuale*. Quest'ultima è intesa come riconoscimento e internalizzazione del proprio orientamento sessuale, comprendente quindi vari elementi come l'auto-consapevolezza, l'auto-etichettatura, il sentirsi parte di un gruppo e di una cultura, e anche naturalmente l'accettazione o l'auto-stigmatizzazione, con rilevanti conseguenze sulla presa di decisione nella formazione di supporto sociale, modelli di ruolo, amicizie e rapporti interpersonali di vario genere (American Psychological Association, 2012; Kinnish et al., 2005; Morris, 1997).

L'identità sessuale nasce pertanto come costrutto che rappresenti un'esigenza di stabilità e coerenza, per cercare di strutturare una componente dell'identità individuale e, al contempo, rassicurare la persona attraverso una categorizzazione di sé, nonostante le esperienze siano più imprevedibili e fluide di quanto si possa pensare (Bancroft, 2009; Kinnish et al., 2005). Quello che

si può affermare è che la maggior parte degli uomini e delle donne ha un orientamento affettivo ed erotico più o meno esclusivo e durevole per persone dell'altro sesso, mentre una sostanziale minoranza di donne e uomini ha un orientamento affettivo ed erotico più o meno esclusivo e durevole per persone dello stesso sesso (American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation, 2009). La classificazione dicotomica e polarizzata tra omosessualità ed eterosessualità è stata quindi definitivamente superata e nel moderno paradigma della complessità l'esperienza soggettiva è diventata il criterio definitorio dell'identità (Bancroft, 2009; Sandfort, 2005).

A supporto di ciò, alcuni studi hanno mostrato che l'orientamento sessuale, soprattutto quello femminile, può presentare delle variazioni nel corso della vita, indicando così una dinamicità erotica e affettivo-emotiva, che è stata chiamata *fluidità sessuale* (Dèttore & Lambiase, 2011). Questa sembrerebbe essere più frequente nelle donne poiché crescono in una cultura fenomenologicamente meno polarizzata sul genere (Bem, 1998). Secondo Diamond (2008) sarebbe quindi più corretto parlare di orientamenti sessuali e considerarli all'interno di una visione multidimensionale e dinamica, piuttosto che parlare di singolo orientamento sessuale dicotomizzato e polarizzato. Per quanto riguarda le poche indagini condotte in Italia su questo tema, sia la ricerca di Saraceno (2003) che quella di Barbagli e Colombo (2007) hanno verificato lo stesso interessante fenomeno: le lesbiche, più spesso dei gay, si coinvolgono in esperienze eterosessuali anche dopo aver definito il proprio orientamento sessuale in termini omosessuali.

Tra gli aspetti più rilevanti del costrutto di identità sessuale, in particolare della dimensione di ruolo di genere, per la comprensione dei processi e delle dinamiche caratterizzanti l'omosessualità e il pregiudizio nei suoi confronti, è funzionale introdurre il concetto di *stereotipo di genere*. Gli stereotipi sono credenze semplificate che vengono applicate a specifiche categorie di persone e rappresentano il nucleo cognitivo del pregiudizio (Pavlova, Wecker, Krombholz, & Sokolov, 2010), ovvero un giudizio di valore assunto a priori, che a sua volta è in grado di guidare l'azione sotto forma di pratiche più o meno violente ed esplicite di discriminazione (Blair, 2002).

Nello specifico, gli stereotipi di genere fanno parte di un sistema di credenze e concezioni inerenti l'identità maschile e femminile in relazione a caratteristiche di personalità, abitudini e tratti comportamentali, che si ritiene siano adeguati e riferibili rispettivamente al maschile e al femminile (Krueger et al., 2003; Taurino, 2005). Gli stereotipi di genere indirizzano la classificazione degli altri in categorie rigide e stabili sulla base dell'assunzione che ciò che non è femminile allora è maschile e viceversa (Kite & Whitley, 1998). Tale sistema stereotipico riflette anche la percezione che le persone eterosessuali hanno nei confronti di gay e lesbiche e ciò risulta evidente dal fatto che gli uomini che hanno caratteristiche femminili vengono considerati gay, mentre le donne con caratteristiche maschiline sono ritenute lesbiche (McCreary, Newcomb, & Sadava, 1998). Allo stesso modo, le persone inferiscono che gli uomini gay abbiano caratteristiche associate al genere

simili alle donne eterosessuali e che le donne lesbiche abbiano invece caratteristiche di genere simili agli uomini eterosessuali (Madon, 1997).

Le più diffuse convinzioni stereotipiche sulle persone omosessuali attribuiscono quindi loro caratteristiche tipiche dell'altro sesso; nella maggior parte dei casi queste sono negative, anche se ne esistono alcune positive come la sensibilità, l'intelligenza e il temperamento artistico (Prati & Pietrantoni, 2009; Smiler, 2004). Da tale prospettiva, le persone che manifestano comportamenti o che posseggono caratteristiche associate al sesso opposto tendono a non essere percepite positivamente, in quanto minacciose per una concezione di genere rigidamente strutturata in senso dicotomico e tradizionalista (Kite & Whitley, 1998). Herek (2002) ha rilevato livelli più alti di atteggiamenti negativi e sfavorevoli nei confronti dell'omosessualità in maschi eterosessuali autoritari e tradizionalisti nella definizione dei ruoli di genere rispetto a maschi eterosessuali che non possiedono queste caratteristiche e a donne eterosessuali che le possiedono o meno. Gli uomini sarebbero infatti maggiormente soggetti a strutture di genere più rigide, che alimentano un sistema di credenze più tradizionale e stereotipico, che a sua volta correla con un aumento nei livelli di atteggiamenti negativi e ostili nei confronti dell'omosessualità (Herek, 2002). Ciò sembra derivare anche dal fatto che le culture contemporanee occidentali aderiscono a una nozione particolarmente rigida di mascolinità eterosessuale (Smiler, 2004).

Gli stereotipi di genere influenzano quindi gli atteggiamenti nei confronti di gay e lesbiche, caratterizzandoli in una maniera che risulta lontana da quella che è la realtà, in quanto ogni persona vive il proprio orientamento sessuale in modo diverso e del tutto soggettivo (Sandfort, 2005). I maschi omosessuali, per esempio, non sono tutti effeminati, come d'altra parte i maschi eterosessuali non sono tutti necessariamente mascolini (Dèttore & Lambiase, 2011). L'omosessualità non è infatti un fenomeno omogeneo di cui esiste un unico tipo con un solo insieme di caratteristiche (Murray, 2000).

In definitiva, gli stereotipi di genere giocano un ruolo fondamentale nello sviluppo della personalità e delle relazioni sociali e agiscono in particolare su alcune componenti dell'identità sessuale, come l'orientamento sessuale e il ruolo di genere, attribuendo loro caratteristiche di rigidità e stabilità che recenti ricerche hanno invece contraddetto (Diamond & Butterworth, 2008; Sandfort, 2005). Gli stereotipi di genere sottintendono infatti che, a partire dalla dimensione dell'identità di genere, si debbano avere specifiche e rigide caratteristiche e chi non vi si adegua sia in qualche modo sbagliato o inferiore. L'identità sessuale e le sue manifestazioni non sarebbero al contrario fisse nel tempo, ma soggette a cambiamenti dovuti a variabili personali, sociali, culturali e situazionali (Dèttore & Lambiase, 2011).

L'identità sessuale nelle ultime sue concettualizzazioni sembra quindi non essere un costrutto stabile, ma che si acquisisce nel corso dello sviluppo per tappe successive, subisce molte influenze, e, anche una volta stabilita, l'identità sessuale non è definitivamente cristallizzata, ma può essere soggetta a fluttuazioni e successive rielaborazioni (Bancroft, 2009; Diamond, 2008). Gli

stereotipi di genere proprio per le loro caratteristiche di rigidità e fissità condizionano dunque lo sviluppo dell'identità sessuale di una persona, in quanto ne limitano l'esplorazione e la plasticità nella definizione (Dèttore & Lambiase, 2011; Kinnish et al., 2005; Jost & Kay, 2005).

### 1.1 Orientamento sessuale omosessuale

Negli ultimi anni l'omosessualità, e le varie caratteristiche che la contraddistinguono, sta diventando una realtà sempre più visibile e rilevante, sia in ambito socio-culturale che in ambito più prettamente scientifico, anche e soprattutto all'interno della psicologia clinica e della salute (American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation, 2009; Bancroft, 2009).

Ripercorrendo in breve il percorso che ha portato a quanto finora descritto, le riflessioni sul tema dell'omosessualità hanno radici storiche e sociali molto lontane nel tempo, ma è a partire dal XII secolo che, divenendo oggetto di interesse da parte delle normative ecclesiastiche e legislative, si gettano le basi per la nascita di un atteggiamento sociale negativo verso l'omosessualità stessa, tanto che essa viene sovrapposta al concetto di sodomia e per questo considerata come un peccato (Chiari & Borghi, 2009).

L'atteggiamento socio-culturale eterosessista, il pregiudizio omofobico e la discriminazione nei confronti degli omosessuali hanno a lungo alimentato anche le credenze dei professionisti della salute, mentale ma non solo, e al contempo hanno trovato in esse ragion d'essere (Herek, 2007).

Tra la fine dell'Ottocento e i primi decenni del Novecento le scienze umane, in particolare la Psichiatria, introducevano nel panorama storico-politico e culturale del tempo il loro punto di vista sull'omosessualità. Nel passaggio dallo stato religioso allo stato terapeutico, ciò che appariva naturale (l'eterosessualità) diveniva normale e quindi normativo. L'omosessualità non era più una pratica immorale, ma una condizione psicopatologica, di cui potersi occupare in modo scientifico per comprenderne i funzionamenti psicofisici, con l'obiettivo però di controllarne la manifestazione. Da qui si sono susseguiti una serie di studi eziopatogenetici per rintracciare l'origine dell'omosessualità sia in fattori endocrinologici, cromosomici e nella struttura anatomica o chimica del sistema nervoso centrale, sia in fattori psicologici, comportamentali e sociali. Ancora fino alla metà del '900 venivano praticati trattamenti terapeutici invasivi con l'intenzione di curare i casi di omosessualità. La pratica clinica degli specialisti della salute mentale rivolta alle persone omosessuali ha infatti conosciuto enormi innovazioni soltanto negli ultimi trenta anni, dopo che per lungo tempo un velo di silenzio aveva avvolto il mondo dei gay e delle lesbiche, condizionando profondamente anche la ricerca in ambito psicologico e medico (American Psychological Association, 2008; Montano, 2007).

Per buona parte del '900 è stato quindi prevalente, anche nell'ambiente scientifico, il paradigma di identificazione dell'omosessualità con una patologia psichiatrica. Ha pertanto continuato a funzionare per lungo tempo un circolo vizioso: da una parte il pregiudizio

condizionava la ricerca scientifica e, dall'altra, la comune intolleranza, diffusa a tutti i livelli sociali, trovava conforto e una valida legittimazione nelle teorie scientifiche (Pascoe & Smart Richman, 2009).

Solo a partire dalle ricerche realizzate negli anni '70 e '80 del secolo scorso, principalmente negli Stati Uniti, l'omosessualità ha cominciato a essere interpretata come una realtà molto più complessa di quanto prima si fosse immaginato e i risultati degli studi effettuati su campioni di omosessuali, confrontati con eterosessuali, non hanno supportato la credenza che l'omosessualità sia di per sé un disturbo mentale (American Psychological Association, 2008; Chiari & Borghi, 2009).

Nel 1973 l'omosessualità è stata rimossa dalla lista delle malattie mentali, il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), dall'*American Psychiatric Association* ed è stata invece riconosciuta la natura dell'omosessualità come variante non patologica del comportamento sessuale: le persone omosessuali possiedono un'identità psichica suscettibile alle patologie né più né meno di quella delle persone eterosessuali. Venti anni dopo, nel 1993, la stessa decisione veniva ufficialmente condivisa dall'*Organizzazione Mondiale della Sanità* (OMS; Williamson, 2000).

Nuovi modelli di omosessualità affermativa hanno iniziato così a emergere (Gonsiorek, 1988). Durante gli ultimi trenta anni la connotazione patologica dell'omosessualità è stata infatti progressivamente sostituita da una visione affermativa, positiva e accogliente, che proclama la non esistenza di un orientamento sessuale subalterno e uno normativo, uno naturale e l'altro innaturale, ma varianti e soluzioni diversificate, percorsi e orientamenti alternativi (Kinnish et al., 2005). Questa visione è stata ribadita in dichiarazioni e statuti di associazioni europee e americane attive nel campo della salute mentale e delle scienze mediche e psicologiche. Infatti, ad esempio, nel 1985 all'interno della maggiore associazione psicologica del mondo, l'*American Psychological Association* (APA), è stata creata la divisione 44 dedicata allo studio psicologico delle tematiche lesbiche, gay e bisessuali (LGB), che prevede tra l'altro delle linee guida per il counseling e la psicoterapia con persone omosessuali e bisessuali (APA, 2008).

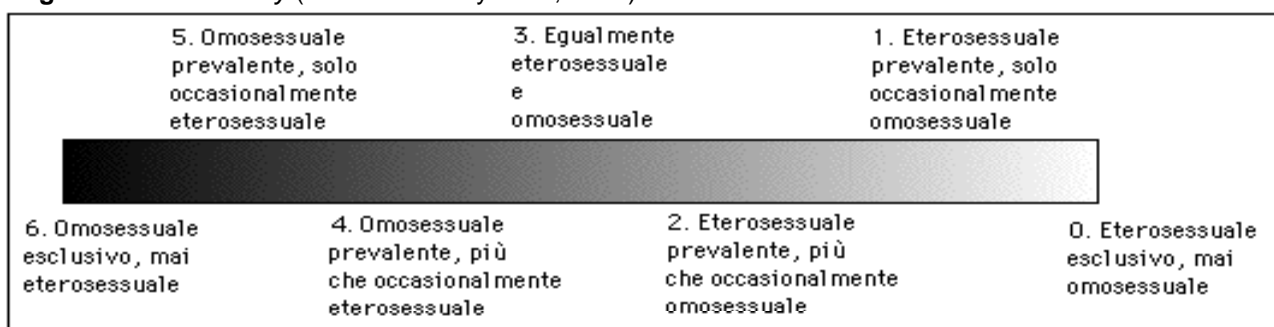
In Italia l'interesse scientifico verso le ricerche riguardanti l'omosessualità e i suoi aspetti più squisitamente caratterizzanti appare, tuttavia, ancora limitato e ancora più circoscritto è il dibattito specialistico da esse stimolato. Sempre di più sono invece gli psicologi e gli psicoterapeuti alle prese con persone gay e lesbiche (Montano, 2010).

È importante sottolineare che non sono però mai venute meno posizioni di tipo riparativo nei confronti dell'orientamento omosessuale: sebbene i risultati della revisione sistematica elaborata dall'*American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation* (2009) abbiano dichiarato l'inconsistenza e la debolezza metodologica delle ricerche che pretendono di dimostrare il cambiamento dell'orientamento omosessuale e come al contrario le terapie riparative abbiano dimostrato in numerosi studi la loro inefficacia, alcuni professionisti della salute mentale continuano a usarle, sulla base del principio per cui

l'omosessualità sia una malattia, legata a un difetto di mascolinità/femminilità dovuto a una carente identificazione con il genitore dello stesso sesso, che può e deve essere curata (American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation, 2009; Rigliano, Ciliberto, & Ferrari, 2012).

Riprendendo ora l'exkursus storico-scientifico che ha portato alle più recenti concettualizzazioni relative all'orientamento sessuale, i primi autori a cercare di andare oltre l'andamento dicotomico, che caratterizzava le concettualizzazioni classiche sull'orientamento sessuale, sono stati Kinsey, Pomeroy e Martin (1948), che proposero la ormai famosa *Scala Kinsey* (Figura 1).

**Figura 1.** *Scala Kinsey* (tratta da Kinsey et al., 1948)



Questo lavoro ha sottolineato come un eterosessuale o un omosessuale esclusivi costituiscano solo gli estremi (più teorici che reali) di una gamma in un *continuum* all'interno del quale si distribuiscono le diverse tipologie di soggetti. In quest'ottica ha molto più senso parlare per un eterosessuale di "soglia di omosessualità", che può essere più o meno alta: per alcuni soggetti solo circostanze estreme e rare (come l'isolamento o il carcere) possono indurre comportamenti omosessuali (eterosessuali ad alta soglia di omosessualità), per altri (a soglia minore di omosessualità) possono bastare stimoli meno eccezionali e più consueti (come un uomo molto attraente, un'occasione favorevole senza il rischio di censura sociale, oppure il desiderio di un'esperienza inconsueta o trasgressiva). Analogo discorso andrebbe fatto per i soggetti omosessuali, che sarebbero contraddistinti viceversa da una "soglia di eterosessualità" più o meno bassa; è noto come alcuni omosessuali possano talora avere relazioni eterosessuali, anche gratificanti, in determinate circostanze e con alcune donne peculiari. Al centro del *continuum* vi sarebbero i soggetti bisessuali, con un orientamento più o meno paritetico verso entrambi i sessi (Kinsey et al., 1948; Kinsey, Pomeroy, Martin, & Gebhard, 1953).

La centralità della *Scala Kinsey* deriva principalmente dal fatto che è stata il primo tentativo di contrastare l'errata, ma pressoché universale, convinzione polarizzata, secondo cui ogni persona sarebbe "o eterosessuale od omosessuale". Purtroppo, però, presenta alcune carenze. Innanzitutto, tende a trascurare che ogni persona vive la sua etero- od omosessualità in modo diverso. Mutano, inoltre, le preferenze per specifiche pratiche sessuali e per tipi fisici e psicologici di partner maschili e femminili. Tali differenze sono rilevanti, ma non possono trovare un'adeguata

espressione nella schematica suddivisione sopra riportata. Dunque, il difetto principale di tale scala consiste nel suo non prendere adeguatamente in considerazione il concetto di identità di genere e di ruolo di genere, nei suoi rapporti di feedback con l'ambiente esterno (Bancroft, 2009).

Pertanto, contrariamente all'andamento bipolare dell'orientamento sessuale descritto dalla *Scala Kinsey*, attualmente l'orientamento sessuale tende a essere concettualizzato in modo multidimensionale, come dimostrano i due principali modelli riconosciuti all'interno del panorama scientifico internazionale: ovvero, i modelli di Klein (Klein, Sepekoff, & Wolf, 1985; Klein, 1993) e di Coleman (1987).

Lo psichiatra Fritz Klein (Klein et al., 1985; Klein, 1993) ha proposto una griglia di valutazione dell'orientamento sessuale, denominata *Klein Sexual Orientation Grid*, che, accanto alla misurazione del comportamento sessuale, pone altre sei variabili: l'attrazione e le fantasie sessuali, le preferenze sociali ed emotive, l'autoidentificazione e lo stile di vita. Queste variabili sono considerate in relazione al passato, al presente e alla dimensione ideale. Viene così a crearsi una griglia costituita da 21 caselle all'interno della quale le sette variabili sono valutate su di una scala Likert a sette punti, con la quale si intende cogliere il *continuum* eterosessuale-omosessuale.

Con la stessa intenzione, lo psicologo Eli Coleman (1987) ha costruito uno strumento di assessment dell'orientamento sessuale, nell'ambito dell'intervista clinica, comprensivo di nove dimensioni:

- 1) presenza o assenza di una relazione nella vita attuale della persona;
- 2) autoidentificazione attuale per quanto riguarda l'orientamento sessuale;
- 3) autoidentificazione ideale relativa all'orientamento sessuale;
- 4) grado di auto-accettazione relativamente all'integrazione nella propria identità sessuale dell'orientamento sessuale;
- 5) identità fisica, con riferimento alla dotazione cromosomica;
- 6) identità di genere, cioè il senso psicologico o le convinzioni di base di essere un maschio o una femmina;
- 7) ruolo sessuale, vale a dire la maggiore o minore aderenza alle norme socio-culturalmente stabilite di atteggiamenti e comportamenti appropriati maschili e femminili;
- 8) identità di orientamento sessuale, che viene valutata tramite misurazioni distinte del comportamento sessuale, delle fantasie sessuali e dell'attaccamento emotivo;
- 9) identità sessuale ideale, che comprende la valutazione degli ultimi quattro elementi descritti in relazione a un ideale futuro, così da poter appurare il grado di permanenza nel tempo dell'orientamento e ulteriormente stimare l'auto-accettazione del soggetto.

Risulta, dunque, possibile un'ampia variabilità dell'orientamento sessuale, che pone come rilevante la questione delle modalità mediante cui esso si consolida in modi più o meno esclusivi e stabili nel tempo (Coleman, 1987).

Inoltre, è noto come il processo di fissazione dell'orientamento sessuale maschile sia maggiormente soggetto, rispetto a quello femminile, a variazioni di percorso e quindi si presenti come maggiormente incline a produrre esiti alternativi, che però, una volta prodottisi, tendono a rimanere maggiormente stabili nel tempo (Kinnish et al., 2005).

Questo aspetto è infatti supportato da un numero sempre crescente di osservazioni e studi che dimostrano come l'orientamento sessuale femminile, in particolare, non sia un dato fissato una volta per tutte e per sempre in un individuo, ma presenti una natura ancora più mutevole di quello maschile, in grado di suggerire fortemente una partenza da una bisessualità di fondo, seppure tendenzialmente sbilanciata nella maggior parte delle persone, in modo più o meno rilevante, verso l'eterosessualità. Il fatto che le donne rispetto agli uomini mostrino una maggiore flessibilità dell'orientamento sessuale potrebbe essere spiegato in un'ottica culturale e costruzionista, in base alla maggiore rigidità del ruolo di genere maschile nella nostra cultura (Baumeister, 2000; D'Augelli, 1994; Diamond, 2008; Kinnish et al., 2005; Kitzinger & Wilkinson, 1995).

È importante a questo punto sottolineare l'aspetto per cui l'orientamento sessuale attualmente viene misurato secondo uno dei modelli suddetti, ma ancora principalmente, soprattutto per fini di ricerca empirica, attraverso la concettualizzazione propria della *Scala Kinsey* (Kinsey et al., 1948; Kinsey et al., 1953).

Nell'ottica della comprensione dello sviluppo dell'orientamento sessuale, un modello, attualmente ampiamente condiviso all'interno della comunità scientifica, che integra le varie concettualizzazioni finora esposte, è infatti quello secondo cui il sistema dell'identità di genere sarebbe un'organizzazione non del tutto stabile ma molteplice e talora discontinua. Questo modello va nella direzione di una visione secondo cui l'orientamento sessuale non sarebbe biologicamente preordinato rigidamente verso un dato sesso, ma solo preferenzialmente indirizzato, di solito in senso eterosessuale. Rimarrebbe, quindi, un certo grado di totipotenza, che permetterebbe lo svilupparsi dei diversi moduli di variabilità di orientamento sessuale, in base a processi di apprendimento ed eventi di vita (American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation, 2009; Coleman, 1987; Kinnish et al., 2005; Klein et al., 1985; Rahman & Wilson, 2003; Sandfort, 2005). Tale considerazione è del tutto compatibile sia con un'ottica evolucionistica, che, ai fini della conservazione della specie, vede come facilitato un orientamento eterosessuale, sia con una prospettiva di tipo socio-culturale, che considera le preferenze sessuali influenzate anche dalla storia individuale e dalla cultura di appartenenza (Bancroft, 2009).

Conseguentemente a ciò, l'omosessualità è ad oggi considerata sia come una condizione psicologica, sia come un desiderio erotico, sia come una pratica sessuale: tre aspetti l'uno diverso dall'altro e presenti in modo mutevole e instabile fra loro. Le connotazioni di perversione o patologia sono cadute, almeno nelle concezioni scientifiche moderne, ma tali tre aspetti permangono e vanno a costituire un unico concetto di omosessualità, integrato e distinto



dall'eterosessualità, che viene così a essere una specie di marcatore sessuale e sociale. In tal modo il concetto di omosessualità reinterpreta i precedenti moduli di organizzazione erotica, con varie conseguenze pratiche. L'omosessualità e l'eterosessualità, dunque, sono divenute due forme reciprocamente esclusive di soggettività e di sessualità umana e la scelta, quindi, di un oggetto omosessuale diviene in se stessa e per se stessa un potente principio di differenza sociale e sessuale. Si tratta di un recente sistema di sessualità che assegna a ogni individuo un orientamento e una identità sessuale, contribuendo in modo nuovo alla costruzione sociale del Sé (APA, 2012; Bancroft, 2009; Halperin, 2002; Sandfort, 2005).

## 1.2 Acquisizione dell'identità omosessuale

Durante l'adolescenza l'individuo inizia a consolidare un'identità matura e adulta; l'identità è una complessa integrazione di fattori cognitivi, emozionali e sociali, che insieme definiscono il senso del proprio Sé della persona. L'aspetto cruciale dell'adolescenza è l'acquisizione da parte dell'individuo di un'identità autonoma e i cambiamenti che avvengono durante questo periodo spingono il soggetto a una ri-definizione e ri-organizzazione del proprio Sé rispetto a se stesso e agli altri, siano essi genitori, amici o altre figure significative. L'acquisizione dell'identità comporta un'operazione di scelta e l'elaborazione di una sintesi originale tra le diverse parti del Sé, che il soggetto ha riconosciuto identificandosi con gli altri. Questo percorso è emotivamente faticoso, poiché comporta una definizione della propria personalità e l'assunzione di fronte a se stessi e agli altri delle proprie idee, valori e azioni (Ryan & Futterman, 1998).

La formazione dell'identità è vista da Zimmerman (1995) come un percorso prolungato e differenziato che si esplica attraverso svariati conflitti, la cui risoluzione consente all'adolescente di accrescere l'autostima e la propria percezione di autoefficacia. Per gli adolescenti gay e lesbiche questo percorso, già di per sé complesso, si rivela ancor più delicato, in quanto, secondo Malyon (1982), è proprio nel periodo adolescenziale che chiari e distinti desideri omosessuali diventano manifesti.

Gonsiorek (1988) ha evidenziato che mai come nel periodo dell'adolescenza gli individui concentrino la loro attenzione sui propri ruoli sessuali e sulle aspettative ad essi concernenti. Gli adolescenti spesso sono intolleranti della diversità negli altri e possono discriminare e isolare i coetanei, in particolare se la diversità percepita riguarda l'area della sessualità e dei ruoli sessuali. La maggior parte dei gay e delle lesbiche capiscono così che cosa potrebbe succeder loro se sembrassero o se si sapesse che sono "diversi" (Fingerhut, Peplau, & Gable, 2010).

Un'altra pressione esterna è il conflitto con membri della famiglia causato dalla scoperta dell'orientamento omosessuale: molti adolescenti che si sono aperti con i propri familiari sono stati rifiutati, maltrattati o accusati successivamente di essere la causa di un mal funzionamento familiare (Cox, Dewaele, van Houtte, & Vincke, 2010).

Anche nelle tipiche esperienze sociali adolescenziali i gay e le lesbiche differiscono dagli

eterosessuali: per alcuni la socializzazione con persone dello stesso sesso può essere emotivamente difficile, in quanto le interazioni possono provocare forti implicazioni di tipo sentimentale e sessuale; d'altro canto interagire con il sesso opposto può essere un ricordo doloroso di interessi eterosessuali assenti e di una diversità nei confronti dei pari. Conseguentemente, essi possono evitare la normale sperimentazione interpersonale, che rappresenta tanta parte dell'adolescenza, e impiegare una grande varietà di difese psicologiche per evitare di confrontarsi con il proprio interesse omosessuale (Cohler & Hammack, 2007).

Flowers e Buston (2001) hanno evidenziato che nell'adolescente gay o lesbica il proprio orientamento sessuale possa dar origine a una dolorosa discrepanza tra identità pubblica e privata e a sentimenti di isolamento che investono più ambiti: dal punto di vista cognitivo l'adolescente ha a disposizione informazioni distorte sull'omosessualità e non possedendo altri modelli di riferimento fa propria la visione negativa e stereotipata dell'omosessualità; dal punto di vista socio-relazionale la sensazione di diversità corrisponde o a un doloroso rifiuto da parte di amici, familiari o altre persone significative o, più spesso, a un volontario strategico isolamento e allontanamento emotivo per difendersi dall'angoscia dell'abbandono, che, a sua volta, alimenterebbe sentimenti di solitudine e ritiro.

Il giovane omosessuale si trova quindi in conflitto tra le aspettative socio-culturali e il significato della sua diversità negativamente connotata. Già a un'età assai precoce, gli atteggiamenti negativi verso l'omosessualità vengono comunicati e rinforzati attraverso le istituzioni sociali e i media (Hatzenbuehler, McLaughlin, Keyes, & Hasin, 2010). I giovani imparano inoltre da una serie di fonti per loro credibili (familiari, insegnanti, amici) che essere omosessuali è deviante e innaturale e che significa vivere soli, essere rifiutati e ostracizzati, non avere la possibilità di instaurare relazioni intime soddisfacenti, non essere accettati o integrati nella società, in definitiva vivere una vita a metà (Ryan & Futterman, 1998), alimentando così l'interiorizzazione dell'omofobia (Meyer, 2003).

A differenza di un adolescente eterosessuale, che ha una continua conferma dell'appropriatezza dei sentimenti eterosessuali, per l'adolescente omosessuale la presa d'atto dei propri sentimenti comporta un processo aggiuntivo per arrivare all'accettazione consapevole di sé (Cohler & Hammack, 2007). Nel caso in cui l'adolescente omosessuale impieghi difese psicologiche disfunzionali, il riconoscimento di sentimenti omosessuali talvolta può emergere in una modalità autodistruttiva: i tentativi di suicidio possono essere molto più comuni tra gli adolescenti gay e lesbiche di quanto non lo siano nella restante popolazione (D'Augelli, Grossman, & Starks, 2005).

Il processo secondo il quale matura e si rivela la costruzione di sé come gay o lesbica è una questione centrale dell'identità per gli individui omosessuali (Fingerhut et al., 2010). De Montefiores e Schultz già nel 1978 avevano evidenziato come tale processo consista di due fasi: una interna delle strutture che definiscono il Sé, ossia la formazione dell'identità, e una esterna,

ossia un processo di *coming out* (letteralmente “uscire allo scoperto”) attraverso il quale i gay e le lesbiche decidono di integrare la consapevolezza acquisita sulla propria identità sessuale nella loro vita personale e sociale e quindi rivelano agli altri la propria omosessualità.

Lo sviluppo dell'identità sessuale in persone omosessuali è quindi caratterizzato da un processo specifico e frequentemente problematico, che è spesso accompagnato nelle sue fasi iniziali da un senso di confusione, disperazione, scarsa accettazione di sé e bassa autostima (Ross & Rosser, 1996), che sembra derivare soprattutto dall'atteggiamento sociale negativo verso l'omosessualità (Coleman, 1982; Herek, 2007). Solitamente, la scoperta e la manifestazione del proprio orientamento omosessuale avvengono appena prima della pubertà e sono molto spesso accompagnate dalla sensazione di essere diversi, in quanto essa si sviluppa in un ambiente in cui la tendenza dominante è quella di considerare come norma l'eterosessualità e al contempo stigmatizzare l'omosessualità (Isay, 1991). La specificità del processo di formazione dell'identità omosessuale consiste proprio nel fatto che avviene in un individuo di cui inizialmente si presume l'eterosessualità e si sviluppa in un contesto che promuove l'accettabilità sociale e culturale dell'eterosessualità e condanna al contrario l'omosessualità (Diamond & Butterworth, 2008; Meyer, 2003; Ross & Rosser, 1996).

Generalmente, tra la scoperta dell'orientamento sessuale omosessuale e la sua accettazione come parte sana e integrante della propria identità vi è una sfasatura temporale. I differenti modelli teorici proposti in letteratura a riguardo dello sviluppo dell'identità omosessuale presentano essenzialmente delle fasi successive accomunabili, che possono essere riassunte come segue: a) una progressiva accettazione dell'etichetta di omosessuale per autodefinirsi; b) lo sviluppo di un atteggiamento positivo e favorevole verso l'identità omosessuale; c) un aumento dei contatti sociali con altre persone omosessuali; d) un crescente desiderio di svelare agli altri (familiari, amici e colleghi) il proprio orientamento omosessuale; e) la sintesi dell'identità omosessuale e dei corrispondenti comportamenti omosessuali come parte integrante del più generale concetto di sé; f) eventualmente, l'inserimento attivo nella comunità omosessuale e l'adozione di atteggiamenti e comportamenti sociali, culturali e politici peculiari dell'identità gay o lesbica (Allen, 2002; Cass, 1984; Coleman, 1982; Cox et al., 2010; Diamond & Butterworth, 2008; Troiden, 1988; Weinberg, 1983).

Vari autori hanno infatti proposto a partire dagli anni '80 modelli teorici esplicativi del processo di sviluppo dell'identità omosessuale, in base ai quali la persona omosessuale attraversa diversi stadi sequenziali caratterizzati da un differente grado di consapevolezza, esplorazione e integrazione dell'identità sessuale (Diamond & Butterworth, 2008). È importante inoltre chiarire che, sebbene la formazione dell'identità omosessuale abbia un carattere processuale, essa comunque non avviene necessariamente in modo progressivo e lineare e non sempre si compie entro l'età dell'adolescenza (Allen, 2002; Bancroft, 2009; Coleman, 1982).

In aggiunta, è fondamentale sottolineare che in una società che è stata per secoli ed è ancora ostile nei confronti delle persone omosessuali, le stesse devono percorrere un cammino, che talvolta dura per tutto il corso della vita, molto difficile, problematico e doloroso, attraverso cui riconoscere il loro orientamento sessuale, sviluppare un'identità basata su di esso e svelarsi agli altri (Bogaert & Hafer, 2009; Szymanski & Carr, 2008).

Occorre inoltre mettere in risalto il fatto che la condizione di gay e lesbiche è sotto vari aspetti diversa da quella vissuta da altre minoranze (razziali, etniche, religiose, delle persone con handicap ecc.) stigmatizzate e sottoposte a situazioni stressanti e ad atti discriminatori di varia natura e intensità, poiché la intrinseca invisibilità o il volontario nascondimento della loro identità, in casa e negli ambienti sociali, rendono le persone omosessuali ancora più vulnerabili e fanno sì che sia più difficoltoso per loro l'accesso alle tradizionali strategie di fronteggiamento che possono essere adottate da altri gruppi di minoranze per alleviare lo stress, per trovare supporto sociale in famiglia e nelle comunità di appartenenza e riferimento e per affermare i valori e la cultura specifici della propria minoranza (Meyer, 1995, 2003).

Per di più, soprattutto i gay e le lesbiche che non hanno compiuto il *coming out* con nessuno, che desiderano diventare eterosessuali, che si fanno passare per eterosessuali o che vivono isolati dalla comunità gay e lesbica possono sperimentare i più gravi e invalidanti disagi psicologici. Si riscontra, invece, un adattamento psicologico migliore tra coloro che hanno accettato la propria omosessualità integrandola nella propria identità complessiva e che hanno quindi sviluppato una piena e completa identità omosessuale che non cercano di nascondere agli altri (Bogaert & Hafer, 2009; Corrigan & Matthews, 2003; Szymanski & Carr, 2008; Williamson, 2000).

Entrando nello specifico dello sviluppo della persona omosessuale nella società eterosessista e stigmatizzante, gli atteggiamenti sociali verso il sesso, il genere e l'omosessualità vengono appresi acriticamente e interiorizzati molto presto, nelle fasi iniziali della vita, prima che un individuo abbia riconosciuto il proprio orientamento sessuale (Montano, 2007). Nel momento in cui le persone diventano consapevoli della propria omosessualità, se presentano difficoltà a gestire lo stigma associato all'identità omosessuale, sperimentano verso se stesse i medesimi atteggiamenti e significati che hanno interiorizzato, complicando di conseguenza il processo di accettazione di sé (Herek, 2004). Tale fenomeno prende il nome di omofobia od omonegatività interiorizzata e rappresenta quindi la reazione e interiorizzazione degli atteggiamenti eterosessisti presenti nella società (Rosser, Bockting, Ross, Miner, & Coleman, 2008). L'omofobia interiorizzata gioca un ruolo centrale nel processo di formazione dell'orientamento sessuale (Montano, 2007). Molti autori hanno considerato l'interiorizzazione dell'omofobia come un evento normativo dello sviluppo dell'identità omosessuale (Graglia, 2012; Rosser et al., 2008), che si può manifestare sotto forma di scarsa accettazione di sé, sentimenti di inferiorità e vergogna e convinzione di essere malati o sbagliati, fino all'odio di sé (Hamilton & Mahalik, 2009). Inoltre, alti livelli di omofobia interiorizzata risultano essere associati significativamente a condizioni generali di disagio

psicologico, bassa autostima, scarso supporto sociale percepito, oltre che a numerosi problemi specifici sia a livello individuale che relazionale; alti livelli di omofobia interiorizzata possono infatti rallentare, arrestare temporaneamente o compromettere il processo evolutivo di formazione dell'identità omosessuale (Cochran, Sullivan, & Mays, 2003; D'Augelli, Grossman, & Starks, 2005; Frost & Meyer, 2009; Igartua, Gill, & Montoro, 2003; Rosser et al., 2008; Rowen & Malcolm, 2003). Ad esempio, in una recente ricerca (Rosser et al., 2008) l'omofobia interiorizzata di adolescenti omosessuali è risultata negativamente correlata non solo alla maturazione psico-sessuale, ma anche all'accettazione del proprio orientamento sessuale e alla capacità di socializzazione con i pari. Secondo Herek (2004), l'omofobia sarebbe infatti il fattore sociale principale a compromettere la salute mentale e sessuale di persone con orientamento sessuale omosessuale.

Molti fattori agiscono sull'omofobia, tuttavia sembra che gli schemi legati ai ruoli di genere, e alle corrispondenti aspettative, siano tra i fattori causali più importanti: gay e lesbiche fanno esperienza di omofobia interiorizzata in parte proprio a causa della percezione di devianza rispetto a un ruolo di genere stereotipicamente determinato (Szymanski & Carr, 2008). Risultati di ricerche scientifiche hanno infatti supportato l'ipotesi che alti livelli di omofobia derivino da rigide credenze legate al genere e che la riproduzione degli stereotipi di genere costituisca la matrice culturale da cui derivano numerosi pregiudizi, tra cui il pregiudizio omofobico (Sandfort, 2005). Il mondo scientifico e le associazioni in difesa dei diritti delle persone omosessuali hanno quindi invalidato il contenuto di tale sistema stereotipico di credenze di genere, che tuttavia risulta fortemente radicato nel pensiero comune, difficile da modificare e alla base di forme di discriminazione nei confronti di tutte quelle persone che non si identificano negli stereotipi e ruoli di genere o che preferirebbero esprimersi in un modo diverso rispetto ai modelli dominanti di mascolinità o femminilità (Meyer, 2003).

### *1.2.1 Modelli esplicativi del processo di sviluppo dell'identità omosessuale*

Il processo di sviluppo dell'identità omosessuale è stato oggetto di alcuni modelli teorici stadiali, basati sui concetti evolutivi per cui ogni stadio deve essere risolto prima di poter passare al successivo. Uno dei modelli più citati è quello di Cass (1979), in cui ogni stadio corrisponde a una maggiore consapevolezza della propria identità. Naturalmente esistono differenze tra individuo e individuo, dovute anche alla diversità dei contesti, dei livelli culturali e sociali, dei bisogni e del grado di negatività con cui l'“essere diversi” viene percepito, ma le dinamiche alla base del processo non cambiano. Il processo può richiedere anni per essere portato a termine, a volte può rimanere incompleto (Cass, 1979). Gli stadi previsti dal modello sono sei:

1. *Confusione dell'identità*: fase accompagnata da sentimenti di diversità e senso di alienazione, in quanto il soggetto inizia a riflettere su quello che prova chiedendosi chi sia e se sia omosessuale. Solo se l'individuo attribuisce un significato corretto e accettante alle proprie

sensazioni e comportamenti omosessuali può passare allo stadio successivo.

2. *Confronto dell'identità*: l'individuo inizia a chiedersi in maniera più stringente se davvero sia omosessuale, iniziando a prendere in seria considerazione le implicazioni del suo "essere diverso". Le caratteristiche omofobiche della società vengono a galla ed è percepito con forza il peso negativo dell'appartenenza a una minoranza. Il soggetto comincia a sperimentare un senso di lontananza dalla società eterosessuale dominante, dalla famiglia, dagli amici.
3. *Tolleranza dell'identità*: la persona giunge a una riflessione consapevole, così inizia il contatto con altre persone omosessuali per opporsi all'isolamento affettivo e relazionale. Il soggetto tende a tollerare la propria identità e il senso di alienazione si riduce grazie all'accettazione, se trovata, in altri omosessuali.
4. *Accettazione dell'identità*: l'individuo accetta piuttosto che tollerare la propria identità omosessuale, comincia a preferire i contesti sociali omosessuali. Sebbene si instauri una ferma accettazione interna, il soggetto può comunque trovarsi a fronteggiare le pressioni eterosessuali, riducendo quindi i contatti con coloro che possono minacciare l'equilibrio interiore o svelando selettivamente la propria identità omosessuale ad altri affettivamente significativi.
5. *Orgoglio per l'identità*: la percezione dell'incongruenza tra auto-accettazione e rifiuto della società si risolve in orgoglio omosessuale; di fronte alla percezione dell'oppressione subita la persona enfatizza i sentimenti di rivendicazione verso la società, l'individuo quindi preferisce un'identità omosessuale. Si verifica una completa immersione nella "subcultura" omosessuale e l'auto-apertura diventa una strategia per adattarsi, anche se le reazioni altrui possono causare nuovi conflitti, la cui gestione si risolverà o in un blocco dello sviluppo dell'identità o nello stadio finale.
6. *Sintesi dell'identità*: l'individuo è in grado di percepire l'identità omosessuale come uno dei tanti aspetti di se stesso, ma non quello predominante. La dicotomia tra comunità omosessuale ed eterosessuale non è più enfatizzata, anzi l'individuo rivaluta l'importanza dei rapporti con gli eterosessuali, che non frappongono barriere né scale di valori, ma si basano esclusivamente sull'interscambio personale. Questa consapevolezza completa il processo di formazione dell'identità.

Un altro importante modello storico, che spiega il processo di acquisizione dell'identità omosessuale e il corrispondente *coming out*, è quello proposto da Troiden (1979, 1988), che prevede quattro stadi non fissati ma soggetti a modificazioni. Uno degli assunti principali del modello è che l'identità omosessuale non è mai completamente acquisita; l'Autore sottolinea che il processo si svolge a spirale con continui avanzamenti e arretramenti.

1. *Sensazione*: questo stadio avviene prima della pubertà ed è accompagnato da sensazioni di diversità dai pari, che derivano dalla percezione di propri interessi o comportamenti neutrali o atipici rispetto alle aspettative di genere.

2. *Confusione di identità*: stadio che generalmente corrisponde al periodo adolescenziale quando gay e lesbiche cominciano a rendersi conto che i loro sentimenti e comportamenti potrebbero essere di tipo omosessuale. Come risposta a questa confusione possono essere adottate strategie disfunzionali di vario tipo: diniego della componente omosessuale in sentimenti, fantasie e comportamenti; riparo, ossia cercare di mandar via queste attrazioni ricorrendo a un aiuto professionale; evitamento consapevole, che può assumere varie forme, tra cui inibire comportamenti o interessi associati all'omosessualità, limitare relazioni con l'altro sesso per non palesare alla famiglia e ai pari la mancanza di attrazione eterosessuale, evitare l'esposizione all'informazione riguardante l'omosessualità, assumere atteggiamenti anti-omosessuali rafforzando così l'interiorizzazione dell'omofobia; la ridefinizione, che consiste nel reinterpretare comportamento, sentimenti o contesto secondo criteri socialmente più appropriati e desiderabili, come valutare un comportamento omosessuale come caso isolato o esperienza irripetibile, o auto-definirsi bisessuale come ancora di salvataggio. Se, al contrario, la persona adotta una strategia funzionale e adattiva di consapevolezza e accettazione dei propri comportamenti, sentimenti o fantasie di tipo omosessuale, cerca attivamente informazioni per saperne di più.
3. *Assunzione di identità*: avviene in tarda adolescenza che l'identità omosessuale diventi maggiormente riferita sia a se stessi che agli altri. In questa fase possono essere individuate tre strategie disfunzionali di evasione dallo stigma: la capitolazione, che prevede l'evitamento di attività omosessuali in quanto è stata interiorizzata una visione eterosessista stigmatizzante; l'espressione della propria omosessualità attraverso i canoni della cultura popolare comportandosi come la maggioranza degli individui si aspetterebbe in base agli stereotipi; passare per eterosessuali nascondendo preferenze e comportamenti omosessuali ad amici, familiari, colleghi attraverso un attento controllo delle informazioni. Se invece la persona adotta una strategia funzionale rispetto all'assunzione dell'identità omosessuale, può ad esempio avvenire l'allineamento di gruppo, che prevede un impegno nella comunità omosessuale per trovare in essa una fonte di supporto sociale ed emotivo.
4. *Partecipazione*: l'omosessualità viene adottata come modo di vivere. Questa fase è simboleggiata dall'inizio di una relazione d'amore significativa con una persona dello stesso sesso e dall'apertura agli altri della propria identità. Le principali caratteristiche di questo stadio sono l'auto-accettazione e la serenità rispetto alla propria identità omosessuale.

È importante puntualizzare che il processo di *coming out* rappresenta un momento molto significativo, di ridefinizione della propria immagine pubblica, e di conseguenza, almeno in parte, anche privata, infatti, come sostengono Bogaert e Hafer (2009), lo svelamento di sé ad amici, familiari, colleghi e ad altre persone significative può essere il risultato di un sofisticato processo decisionale, di un bilancio razionale che ne valuta i costi e i benefici. Il processo di *coming out* dura tutta la vita, poiché decidere se dirlo o non dirlo avviene quotidianamente (Corrigan & Matthews, 2003). Ryan e Futterman (1998) sostengono che ci sia una sorta di successione abituale nelle

decisioni relative allo svelamento di sé: dopo aver conosciuto altre persone omosessuali l'individuo decide di dirlo a qualche amico eterosessuale molto intimo, poi a membri familiari non genitoriali e solo più tardi alla coppia genitoriale. Lo svelamento in quest'ultimo contesto è infatti il più difficile ed emotivamente coinvolgente e nella maggior parte dei casi è un evento critico e problematico all'interno dell'equilibrio familiare (Bogaert & Hafer, 2009; Corrigan & Matthews, 2003). L'apertura ai colleghi o in vesti più pubbliche riguarda invece una minoranza di persone omosessuali, che in genere hanno già acquisito una certa visibilità nella propria rete sociale (Griffith & Hebl, 2002).

Relativamente al processo di *coming out*, un ruolo fondamentale è giocato dal pregiudizio e dalla discriminazione che le persone omosessuali possono subire (Pascoe & Smart Richman, 2009). È importante ricordare come ancora oggi gay e lesbiche incontrino spesso un forte pregiudizio, un'ampia discriminazione e perfino subiscano violenza a causa del loro orientamento sessuale, sebbene l'opinione pubblica, soprattutto nell'ultimo decennio, si sia sempre più fermamente opposta alla discriminazione in base all'orientamento sessuale (Hatzenbuehler et al., 2010). Tale discriminazione nella società odierna può assumere molte forme: numerose indagini hanno infatti indicato che molestie verbali e fisiche sono esperienze frequenti tra le lesbiche e i gay (Pascoe & Smart Richman, 2009); appare inoltre rimanere molto diffusa la discriminazione nel luogo di lavoro (Isacco, Yallum, & Chromik, 2012; Ragins & Cornwell, 2001).

Un'altra area in cui pregiudizio e discriminazione hanno avuto profondi effetti negativi è quella relativa alla pandemia di HIV/AIDS: quando essa scoppiò nacque l'errata credenza, basata sulla convinzione che l'HIV/AIDS fosse una "malattia omosessuale", che gli uomini gay e bisessuali ne fossero infetti in maniera sproporzionata. Questo portò, fra l'altro, a un ritardo nell'interessamento scientifico per tale patologia, nonché a una maggiore stigmatizzazione delle persone omosessuali e bisessuali (Crawford, 1996). Un dato affine è stato riscontrato anche nell'indagine del 2005 *Modidi*, prima ricerca estensiva realizzata in Italia a riguardo di sessualità e salute della popolazione LGB, che ha evidenziato come chi abbia subito più esperienze di discriminazione, rilevate attraverso il racconto di episodi di insulti o molestie a causa dell'orientamento sessuale e di comportamenti ed esperienze affettivo-sessuali, spesso affermi di averne vissute molte relativamente alla paura e allo stigma legati all'HIV/AIDS (Lelleri, Pietrantoni, Graglia, Palestini, & Chiari, 2006).

Un ulteriore filone di studi si è interrogato in merito a quale sia l'impatto psicologico di pregiudizio e discriminazione sulle persone omosessuali, evidenziando come entrambi questi fattori abbiano un forte impatto negativo sia sul piano sociale che su quello più strettamente personale (APA, 2012). Sul piano sociale questo si riflette nei tanti stereotipi abituali, che permangono sebbene non siano sostenuti da prove e, anzi, sono spesso usati per giustificare diversità di trattamento nei confronti delle persone omosessuali. Per esempio, limitazioni nelle opportunità lavorative, nella genitorialità e nel riconoscimento della relazione di coppia sono spesso giustificate da supposizioni stereotipate (Griffith & Hebl, 2002; Boysen, Vogel, Madon, &



Wester, 2006). Sul piano individuale, invece, pregiudizio e discriminazione possono avere conseguenze negative specialmente se le persone omosessuali cercano di nascondere o di negare il proprio orientamento sessuale (APA, 2012; Mays & Cochran, 2001). Sebbene molte persone omosessuali imparino a far fronte allo stigma sociale contro l'omosessualità, questo diffuso pattern di pregiudizio e discriminazione può avere gravi effetti negativi sulla salute, mentale e fisica, della persona, essendo la maggiore fonte di stress per lesbiche e gay (Pascoe & Smart Richman, 2009). Benché il supporto sociale sia cruciale nel far fronte allo stress, gli atteggiamenti anti-gay e la conseguente discriminazione possono rendere difficile per le persone omosessuali trovare tale supporto (Herek, 1998).

Studi condotti sul pregiudizio, incluso quello contro gay e lesbiche, hanno mostrato che esso diminuisce quando membri del gruppo di maggioranza interagiscono con membri di un gruppo di minoranza (Herek & Capitano, 1996). Rispettando questo pattern generale, una delle più potenti influenze sull'accettazione degli omosessuali da parte degli eterosessuali è avere un contatto personale e diretto con un individuo apertamente omosessuale. Atteggiamenti anti-gay sono molto meno comuni tra i membri della popolazione eterosessuale che hanno un amico intimo o un componente della famiglia che è gay o lesbica, specialmente se la persona omosessuale ha fatto *coming out* direttamente con la persona eterosessuale in questione (Vonofakou, Hewstone, & Voci, 2007).

Come già accennato (cfr. Par. 1.2, pag. 16), un costrutto che risulta particolarmente significativo rispetto all'identità omosessuale, alla sua formazione e sviluppo e al pregiudizio connesso, è il costrutto di omofobia od omonegatività interiorizzata (tra gli altri, Rowen & Malcolm, 2003; Russell & Bohan, 2006). Shidlo (1994) ha definito l'omofobia interiorizzata come un insieme di sentimenti e atteggiamenti negativi nei confronti dell'omosessualità di altre persone e verso le caratteristiche omosessuali in se stessi. Queste caratteristiche includono, tra le altre, attrazioni affettive e sessuali, comportamenti sessuali, relazioni intime con persone dello stesso sesso, autodefinirsi lesbica o gay (Russell & Bohan, 2006). Successivamente vari altri autori hanno definito in termini nucleari con omofobia interiorizzata il costrutto che indica la presenza in gay e lesbiche di atteggiamenti negativi interiorizzati, provenienti dalla società, nei confronti dell'omosessualità e delle persone omosessuali (Rosser et al., 2008). Già Malyon nel 1982 considerava l'omofobia presente nelle persone omosessuali e bisessuali come la maggiore variabile patologica nello sviluppo di certe condizioni sintomatiche. Egli ipotizzava che l'omofobia interiorizzata possa causare depressione, possa influenzare la formazione dell'identità, l'autostima, l'elaborazione delle difese, i modelli cognitivi predominanti, l'integrità psicologica, le relazioni interpersonali; inoltre ne supposeva gli effetti patologici nella soppressione di sentimenti di tipo omosessuale, fino alla possibile interruzione del processo di formazione e sviluppo dell'identità omosessuale (Malyon, 1982).

Appare dunque utile sottolineare il ruolo centrale dell'omofobia interiorizzata nel processo di

formazione dell'identità omosessuale (Montano, 2007; Rosario et al., 2006; Rowen & Malcolm, 2003): l'attuale psicologia affermativa dell'omosessualità considera infatti l'omofobia interiorizzata come la principale variabile patologica nello sviluppo di alcune condizioni sintomatiche nei gay e nelle lesbiche, divenendo quindi una delle questioni fondamentali per il counseling e la psicoterapia con clienti omosessuali (Malyon, 1982; Pachankis, 2007; Riggle, Whitman, Olson, Rostosky, & Strong, 2008; Szymanski & Chung, 2003).

Durante il processo di formazione e sviluppo dell'identità omosessuale, le premesse di negatività che le persone gay e lesbiche incontrano nel proprio ambiente si insinuano in loro e quanto è più forte il pregiudizio in cui si imbattono, tanto più distruttive ne possono essere le conseguenze: specialmente i più fragili rischiano di far propri i giudizi negativi e squalificanti che colgono nella loro famiglia d'origine, tra gli amici, a scuola, o comunque nell'ambiente che solitamente frequentano. Nascono così sentimenti e atteggiamenti vittimistici e di impotenza: dal disprezzo si può passare al fatalismo, dal disvalore alla passività, secondo un'estremizzazione depressiva della personalità che può determinare una rassegnazione spesso auto-distruttiva (Allen, 2002; Willoughby, Doty, & Malik, 2010). Questo vissuto può alimentare atteggiamenti di svilimento e deresponsabilizzazione, che possono portare alla convinzione da parte del giovane omosessuale di non riuscire a esercitare alcun potere nelle relazioni con gli altri (Kertzner, Meyer, Frost, & Stirratt, 2009).

Si può dunque intuire quanto sia significativo il costrutto di omofobia/omonegatività interiorizzata: è esperito da tutti i gay e le lesbiche durante il loro sviluppo, è mantenuto, in forme più o meno forti e invalidanti, nell'età adulta, ed è sostenuto e rinforzato da una società eterosessista e anti-gay; l'omofobia interiorizzata sembra essere spesso una causa importante di stress psicologico nei gay e nelle lesbiche; la riduzione dell'omofobia interiorizzata può essere considerata un *outcome* del successo terapeutico e degli sforzi preventivi con persone omosessuali; infine può spiegare anche una porzione di variabilità, non spiegata da altre variabili personologiche e sociali, che caratterizza le persone "eterosessuali" (APA, 2012; Russell & Bohan, 2006).

## **2. *Minority Status e Minority Stress***

L'atteggiamento antiomosessuale è rintracciabile sia nei singoli individui che nelle istituzioni e le due realtà di solito si alimentano a vicenda (Herek, 2007). Lo specifico concetto di *omofobia*, come lo aveva originariamente inteso Weinberg (1972), focalizza l'attenzione sulle cause individuali, ma trascura la componente culturale e le radici sociali dell'intolleranza. Come già osservavano Morin e Garfinkle (1978) da una prospettiva al contrario socioculturale, l'omofobia può essere definita come: un sistema di credenze e stereotipi che mantiene giustificabile e plausibile la discriminazione sulla base dell'orientamento sessuale; l'uso di un linguaggio pregiudizievole e offensivo nei confronti delle persone gay e lesbiche; qualsiasi sistema di assunti che svaluta gli stili

di vita omosessuali rispetto a quelli eterosessuali. Tra l'estremo psicologico-individuale e quello ideologico-collettivo, esistono dunque molti modi di esprimere il disagio e l'avversione nei confronti delle persone omosessuali e dell'omosessualità stessa (Lingiardi, Falanga, & D'Augelli, 2005). I tentativi di classificare tutti gli atteggiamenti omonegativi nell'unico concetto di omofobia, unidimensionale e sbilanciato in senso strettamente psicologico, sono quindi impropri (Morrison, Morrison, & Franklin, 2009).

Molti studiosi hanno maggiormente condiviso un'operazionalizzazione multidimensionale del costrutto di *omonegatività*, secondo il quale l'omofobia in senso stretto sarebbe solo un fattore nel contesto più ampio di atteggiamenti che coinvolgono il piano sociale, culturale, legale, morale (Greene & Herek, 1994; Morrison et al., 2009). In altre parole, molti comportamenti e affermazioni comunemente considerati omofobici non sono principalmente basati sulla paura o sull'imbarazzo, ma piuttosto sul pregiudizio e sulla disapprovazione (Herek, 2000). *Omofobia* rimane però al momento il termine più diffuso, a indicare, in un'accezione più vicina al costrutto di *omonegatività*, una disposizione negativa, personale e/o collettiva, psicologica e/o sociale, nei confronti delle persone e delle esperienze omosessuali: dal generico disagio all'avversione esplicita, fino a manifestazioni attive di discriminazione, ostilità e violenza (Morrison et al., 2009). Negli ultimi anni anche in Italia il *gay bashing*, l'aggressione non solo fisica, ma anche verbale e psicologica, nei confronti delle persone omosessuali, è un fenomeno tutt'altro che irrilevante e in preoccupante aumento, come tanti casi di cronaca mostrano (Lingiardi, 2007).

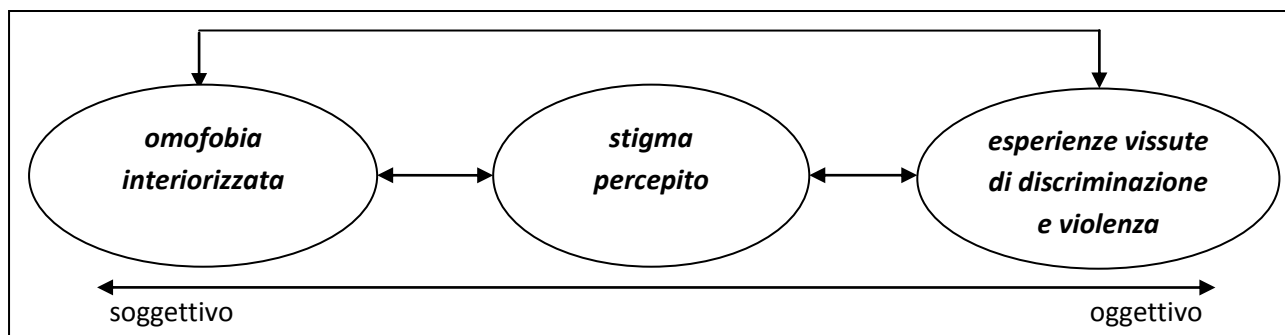
Sul piano della ricaduta psicologica per la persona omosessuale, un numero crescente di ricerche ha indicato il pregiudizio e la discriminazione come fattori rilevanti e misurabili di stress. In particolare, è stato evidenziato come lo sviluppo psicologico della maggior parte delle persone omosessuali sia segnato da una dimensione di stress continuativo, macro e micro traumatico, conseguenza di ambienti ostili o indifferenti, episodi di stigmatizzazione, casi di violenza. Questo fenomeno prende il nome di *minority stress* (Lingiardi et al., 2005; Meyer, 1995, 2003).

Inoltre, il pregiudizio antiomosessuale può essere interiorizzato dalle stesse persone gay e lesbiche, che possono corrispondentemente, con modalità e misure diverse, rifiutare il proprio orientamento omosessuale. Si apre così la strada alla disistima o all'odio di sé, a emozioni e sentimenti di incertezza, inadeguatezza, inferiorità, senso di colpa e vergogna, all'incapacità di comunicare agli altri il proprio orientamento sessuale, alla pre-convinzione di essere rifiutati a causa della propria omosessualità, all'identificazione con gli stereotipi denigratori più diffusi, compresa la condanna alla solitudine e a una vita infelice (Hamilton & Mahalik, 2009). Frequentemente si aggiunge il senso di colpa o di inadeguatezza nei confronti dei propri genitori, o comunque della famiglia d'origine in senso lato, per la sola ragione di essere omosessuali e spesso, in conseguenza a ciò, per l'idea di aver deluso o tradito le loro aspettative (Herek, Gillis, & Cogan, 2009). Si parla in questi casi di *omofobia interiorizzata*, che può compromettere il benessere e l'equilibrio psicologico e sociale, nonché l'affettività e la vita di relazione e di coppia

della persona omosessuale (Frost & Meyer, 2009). La paura o la convinzione di “essere malati” possono affliggere la persona omosessuale, al punto da spingerla a contrastare o a mascherare completamente la propria reale identità (Pascoe & Smart Richman, 2009).

Entrando nel dettaglio di uno dei modelli teorici maggiormente accettati nella letteratura scientifica di riferimento per la spiegazione delle condizioni che vivono e fronteggiano quotidianamente le minoranze sessuali, il *Minority Stress Model* (Meyer, 1995, 2003), secondo Meyer (1995) l'*omofobia interiorizzata* è una delle tre dimensioni, la più “soggettiva”, che compongono il costrutto di *minority stress* (condizione di stress, acuto e cronico, a cui sono sottoposti quotidianamente i membri di una minoranza sessuale). Le altre due dimensioni del costrutto di *minority stress* sono lo *stigma percepito* e le *esperienze vissute di discriminazione e violenza*. Quest’ultima, la più “oggettiva” delle tre, può assumere caratteristiche traumatiche sia acute che croniche: un’esperienza di trauma acuto può essere quella di una coppia gay o lesbica che subisce un’azione di violenza mentre è a passeggio; un’esperienza di trauma cronico si verificherebbe sopprimendo la manifestazione d’affetto rinunciando a camminare mano nella mano. La dimensione intermedia (*stigma percepito*), in parte soggettiva e in parte oggettiva, riguarda una tendenza allo stress cronico: maggiore è la percezione del rifiuto sociale, maggiore è il livello di vigilanza per dissimulare la propria omosessualità e maggiore è il ricorso a strategie di coping inadeguate. È importante ricordare che tali tre dimensioni correlano e si potenziano vicendevolmente (Figura 2).

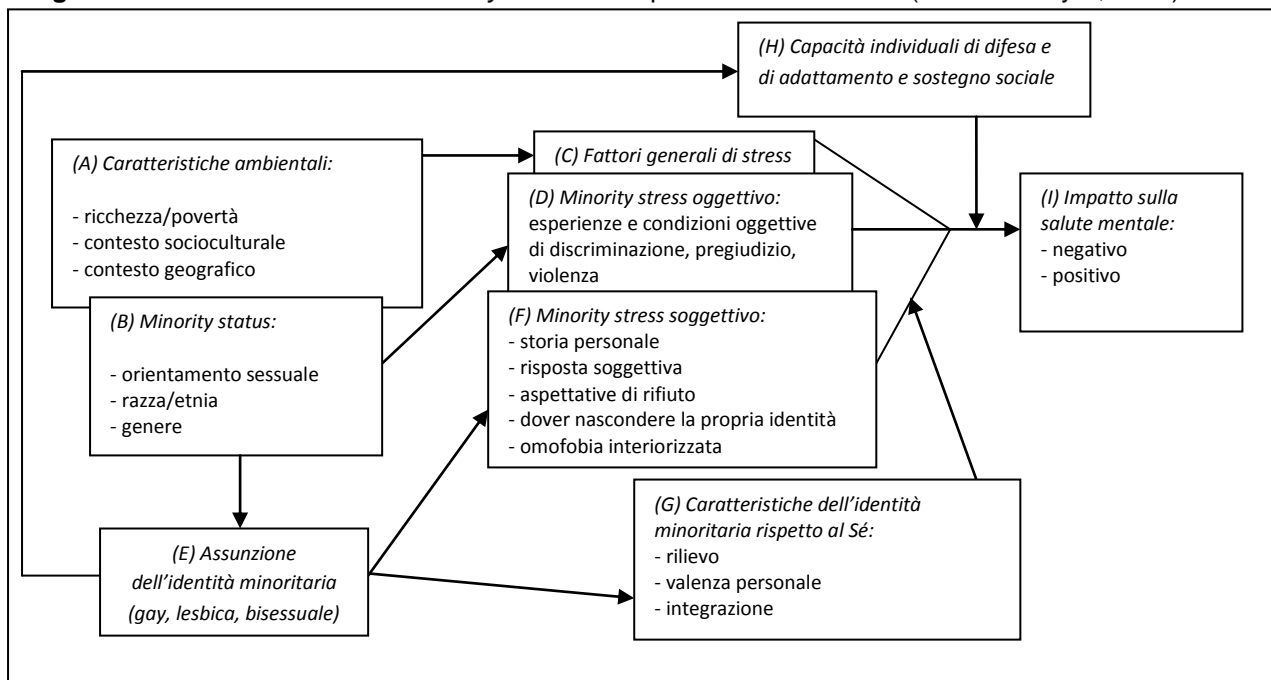
**Figura 2.** Le tre dimensioni del *minority stress* in interazione fra loro (tratta da Meyer, 1995)



In una ricerca svolta su un campione di 741 soggetti omosessuali, Meyer (1995) ha mostrato una correlazione significativa fra le tre dimensioni del *minority stress* e cinque indicatori di *disagio psicologico* (*sintomi depressivi; senso di colpa; pensieri e tentativi di suicidio; approcci distorti e iperemotivi all’HIV/AIDS; problemi sessuali*). Questa ricerca sembra inoltre confermare l’ipotesi di un’influenza negativa e diretta del *minority stress* sul benessere delle persone omosessuali, fino a raddoppiare o triplicare il rischio di danno psicologico. In uno studio successivo, è emerso anche come l'*omofobia interiorizzata* abbia sulle relazioni intime un impatto più rilevante rispetto alle altre due dimensioni (*stigma percepito; esperienze vissute di discriminazione e violenza*), entrambe maggiormente legate a fattori esterni (Frost & Meyer, 2009).

Lo stesso Meyer nel 2003 propose un nuovo e articolato modello teorico ampliando e approfondendo la concettualizzazione precedente e ipotizzando corrispondentemente, a spiegazione dell'azione del *minority stress* nelle persone omosessuali, quello che è indicato in Figura 3 e che di seguito illustreremo in dettaglio.

**Figura 3.** La cornice teorica del *minority stress* nelle persone omosessuali (tratta da Meyer, 2003)



La Figura 3 aiuta a capire come funziona il *minority stress* nelle persone omosessuali: a tal proposito è importante sottolineare che il modello teorico proposto da Meyer (2003) si caratterizza come possibile cornice esplicativa, di processi e relazioni, che potrebbe descrivere il ruolo del *minority status* e susseguente *minority stress* per la salute mentale delle persone omosessuali, ma necessita di studi approfonditi che ne verifichino gli aspetti costituenti e i processi e le relazioni qualificanti (Meyer, 2010).

Entrando nello specifico delle caratteristiche del suddetto modello (Meyer, 2003), rappresentato in Figura 3, si immagini un individuo che appartiene a una minoranza (quadro B) ed è inserito in un ambiente con determinate caratteristiche (quadro A). Questa combinazione di soggetto e ambiente andrà a definire il profilo della sua identità (quadro E). Chiunque può essere esposto a stress di natura "generale" (ad esempio, la perdita del lavoro, la morte di una persona cara, ecc.; quadro C). Le persone appartenenti a una minoranza sono facilmente esposte a stress addizionali. Questi fattori di stress possono essere distinti in: *oggettivi* (quadro D, esperienze "esterne" di pregiudizio, discriminazione, violenza) e *soggettivi* (quadro F, esperienze più "interne" e legate alla dimensione personale). L'appartenenza a un'identità minoritaria (quadro E) potrà: a) innalzare il livello degli stress soggettivi a causa della percezione di far parte di una minoranza stigmatizzata e discriminata (quadro F); b) intensificare o indebolire l'impatto degli stress in base a determinate caratteristiche del rapporto tra l'identità minoritaria e la complessiva dimensione

personale (quadro G); c) costituire una risorsa (in buona parte legata al riconoscimento e al sostegno ambientali), in quanto il soggetto può godere dell'appoggio della comunità di riferimento, del supporto sociale, di famiglia, amici e partner, e apprendere modalità difensive funzionali, capacità di *problem solving* adeguate e strategie di coping adattive e appropriate (quadro H).

### 2.1 *Minority stress*: espressioni e correlati psicologici

Il *minority stress*, in relazione al genere maschile o femminile, può assumere due dimensioni interconnesse, una esterna e una interna. La prima, di matrice interpersonale, è data dagli insulti, dagli scherni, talvolta dalle violenze, fino a forme più sottili e implicite come ricevere un diverso trattamento o essere evitati a causa del proprio orientamento sessuale, che la persona gay o lesbica è costretta a subire perché non si uniforma alla rispettiva categoria maschile o femminile socialmente e culturalmente pre-costituita e accettata, quello che è comunemente definito non conformità di genere (*gender nonconformity*) (Kane, 2006). La seconda dimensione, interna all'individuo, potrà assumere forme *cross-gender*: i sentimenti omoerotici entrano in conflitto con le aspettative sociali e genitoriali (*gender stress*). Ne deriva lo smarrimento rispetto alla propria identità di genere, per cui un ragazzo gay può perfino arrivare a pensare di essere una ragazza, dal momento che è attratto dai ragazzi, così come una ragazza lesbica può arrivare a pensare di essere un ragazzo (*gender confusion*) (Bosson, Taylor, & Prewitt-Freilino, 2006; Whitley, 2001).

Inoltre, la maggior parte delle persone omosessuali è cresciuta in un contesto, che può essere definito controllante e inibente, in cui le emozioni diventano difficilmente riconoscibili e gestibili e, soprattutto, non verbalizzabili, al fine di rispettare le regole stabilite dal contesto socioculturale di appartenenza. Sembra infatti che l'assunzione dell'identità minoritaria omosessuale porti a una maggiore propensione all'alessitimia (Levant, Halter, Hayden, & Williams, 2009). Si instaura così un conflitto invalidante tra l'ambiente e la propria identità. La dimensione pluritraumatica, in cui molte persone gay e lesbiche si trovano a crescere e a vivere, e la corrispondente necessità di sviluppare strategie di occultamento possono avere effetti negativi sullo sviluppo della personalità, con gravi ripercussioni al lavoro o a scuola, in famiglia, con gli amici e nella vita affettiva e sessuale (Frost, Parsons, & Nanín, 2007).

Oltre a ciò, tra le variabili che influenzano il *minority stress* giocano un ruolo importante il contesto e il privilegio sociali: l'esperienza della discriminazione nei confronti delle persone omosessuali può essere più sottile e implicita, ma non di meno traumatizzante, in contesti sociali più ricchi, con un maggior benessere economico, sebbene l'esperienza della discriminazione sembri comunque godere di una certa trasversalità sociale (Hamilton & Mahalik, 2009; Meyer, 2003; Waldo, 1999).

Le esperienze di trauma cumulativo, che di sovente possono fare le persone omosessuali, implicano, come suddetto, anche l'uso sistematico di strategie di coping e un loro ruolo preponderante nelle dinamiche intra- e interpersonali (Meyer, 2003).

Ma che cosa intendiamo esattamente per *coping*? Quando si parla di coping ci riferiamo all'insieme degli sforzi cognitivi e comportamentali attuati per controllare specifiche richieste interne e/o esterne, che vengono valutate come eccedenti le risorse della persona. Con *strategie di coping* ci si riferisce quindi a come le persone affrontano le circostanze difficili e pertanto alle modalità che definiscono il processo di adattamento a una situazione stressante. Tuttavia esse non garantiscono il successo di tale adattamento. Infatti se il coping è funzionale alla situazione può mitigare e ridurre la portata stressogena dell'evento, ma se è disfunzionale ad essa può anche amplificarla (Lazarus & Folkman, 1984).

Alcune strategie di coping, appartenenti agli aspetti traumatici del *minority stress*, che sembrano essere ricorrenti, sono l'*evitamento* e l'*aumento dell'arousal*, spesso utilizzate simultaneamente dalla persona omosessuale. La prima serve a tenere lontani i comportamenti o le situazioni connesse all'omosessualità; la seconda consiste nell'aumento della vigilanza nel tentativo di controllare quanto più possibile l'ambiente e di sopprimere i propri comportamenti associati all'omosessualità. Tali strategie possono dare sollievo e rassicurare il soggetto nell'immediato, ma alla lunga risultano molto "costose" per la sua economia psichica e, quindi, in ultima battuta si suppone che tali strategie di coping possano essere dannose per la salute mentale della persona omosessuale (Aydin, 2010).

Un altro aspetto legato a esperienze traumatiche viene espresso quando la dimensione di discriminazione attiva e violenta presente nel costrutto del *minority stress* riguarda l'infanzia e l'adolescenza: in tal caso parliamo spesso di *bullismo omofobico* (Kelleher, 2009). Così come le prepotenze e le sopraffazioni perpetrate costituiscono fattori di stress di diversa entità e contenuto, i rischi a breve e lungo termine per i bambini e gli adolescenti vittime di bullismo omofobico possono essere, nella loro gravità, di natura diversa: i comportamenti di ritiro come l'abbandono scolastico, l'autoemarginazione e l'isolamento, le alterazioni nella sfera affettivo-relazionale, i problemi psicosomatici, la depressione, l'ansia, l'insonnia, l'uso di sostanze, i comportamenti autodistruttivi, fino al suicidio, si osservano in misura maggiore in queste situazioni (Birkett, Espelage, & Koenig, 2009). Il bullismo omofobico, inoltre, presenta varie caratteristiche, le più frequenti delle quali risultano essere: le prepotenze chiamano sempre in causa una dimensione specificamente sessuale e di identità di genere; la vittima può incontrare particolari difficoltà a chiedere aiuto agli adulti, insegnanti o genitori che siano; il bambino o l'adolescente, maschio o femmina che sia, vittima di bullismo omofobico, può incontrare profonde difficoltà a individuare figure di sostegno e protezione tra i suoi pari, specialmente tra i maschi (Espelage & Swearer Napolitano, 2008).

Sul particolare tema del bullismo omofobico si è da poco sviluppata una specifica letteratura scientifica (Poteat, Mereish, DiGiovanni, & Koenig, 2011). Al fine di comprendere la gravità e la rilevanza del fenomeno, recenti studi hanno mostrato che un'ampia maggioranza degli adolescenti

omosessuali subisce offese e scherni verbali e una considerevole minoranza invece subisce anche soprusi e maltrattamenti fisici (Varjas et al., 2008).

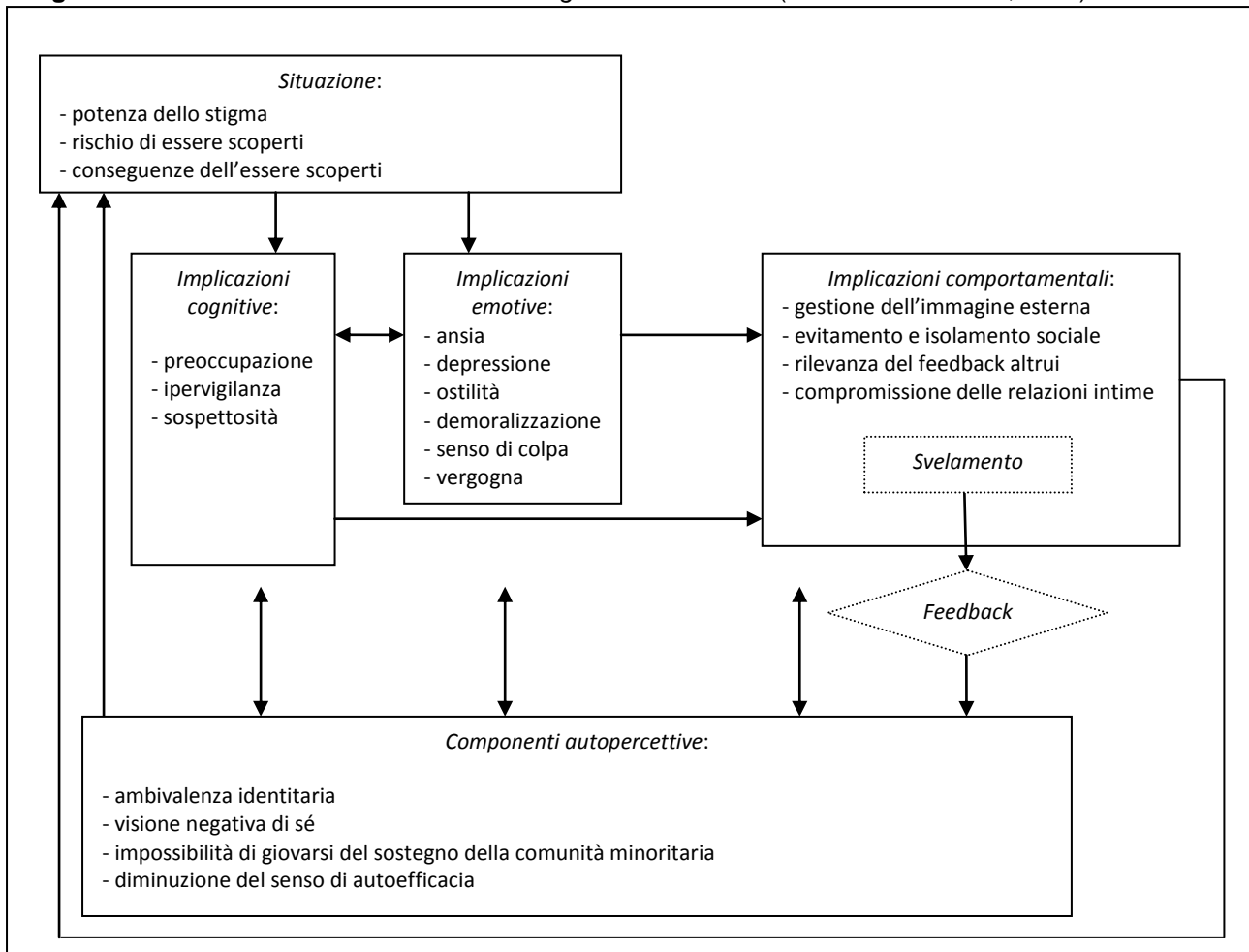
Rivers in un suo studio del 2004 ha individuato una ricorrenza di sintomi da stress posttraumatico in adolescenti omosessuali che hanno subito atti di bullismo omofobico. La disistima e la svalutazione di sé in relazione al proprio orientamento omosessuale, elementi costitutivi dell'omonegatività interiorizzata, risultavano associate a difficoltà nell'instaurare e mantenere relazioni intime e potevano sfociare in condotte sessuali pericolose e addirittura preparare il terreno al suicidio (Rivers, 2004).

In aggiunta, una variabile che può influenzare l'intensità del *minority stress*, nel suo impatto sulla salute mentale delle persone omosessuali, è il livello di *coming out*, che è spesso correlato in special modo al livello di omonegatività interiorizzata (Szymanski & Carr, 2008). Nella vita sociale il problema di scegliere se rivelarsi gay/lesbica o nascondersi si presenta spesso e rappresenta anch'esso un fattore stressogeno, poiché nell'arco di pochi secondi il soggetto deve valutare le conseguenze positive e negative dello svelamento di sé e farne un bilancio. Ad esempio, una persona che tiene nascosta la propria omosessualità sarà meno soggetta a esperienze dirette di omofobia, ma non potrà contare su esperienze di validazione esterna, condivisione, riconoscimento e, quindi, di supporto sociale. Una persona omosessuale non dichiarata può, per esempio, imparare nelle conversazioni sociali a parlare senza mai rivelare il genere della persona cui è legata, né fornire dettagli chiarificatori della sua vita e delle sue esperienze. Viceversa, una persona che non nasconde la propria omosessualità sarà più esposta alla possibilità di attacchi omofobici, ma potrà contare su un'identità e un'affettività più strutturate e riconosciute nel proprio contesto affettivo-emotivo e sociale, con la possibilità di un importante sostegno da parte della famiglia d'origine e degli amici intimi (Szymanski & Carr, 2008).

Pachankis (2007) ha riassunto il percorso di queste dinamiche in un modello teorico circolare, che comprende gli aspetti cognitivi, emotivi, comportamentali e la percezione di sé legati allo svelamento del proprio orientamento sessuale (Figura 4).



**Figura 4.** Il modello teorico circolare sul *coming out* di Pachankis (tratta da Pachankis, 2007)



Come si può evincere dalla Figura 4, la situazione dell'essere scoperti per la propria omosessualità ha tutta una serie di implicazioni sul piano cognitivo, emotivo e comportamentale, che dovrebbero correlare, anche sulla base del feedback rispetto allo svelamento di sé, con componenti di tipo autoperceptivo (come l'ambivalenza identitaria, la visione negativa di sé, l'impossibilità di giovare del sostegno della comunità minoritaria e la diminuzione del senso di autoefficacia), che a loro volta hanno un'influenza, insieme alle implicazioni comportamentali, sulla situazione stessa rispetto alla possibilità di essere scoperti (Pachankis, 2007).

Nello specifico, all'interno del modello cognitivo-affettivo-comportamentale di Pachankis (2007), le implicazioni psicologiche del nascondere uno stigma si sostanziano come segue. Molte persone comunemente ritengono che gli individui con uno stigma nascosto sfuggano alle difficoltà incontrate invece dalle persone con uno stigma visibile. Tuttavia, alcune ricerche hanno dimostrato che anche gli individui con uno stigma occultabile affrontano notevoli fattori di stress e faticose sfide psicologiche (Lewis, Derlega, Clarke, & Kuang, 2006; Lewis, Derlega, Griffin, & Krowinski, 2003). L'ambiguità delle situazioni sociali in combinazione con la minaccia della potenziale scoperta rende il possedere uno stigma occultabile una situazione difficile per molte persone (Pachankis & Goldfried, 2006). La quantità crescente di ricerche sullo stigma occultabile e le sue possibili conseguenze necessitava quindi di un modello coesivo per l'integrazione dei risultati

rilevanti. Pachankis (2007) ha allora teorizzato un modello di processo cognitivo-affettivo-comportamentale per la comprensione delle implicazioni psicologiche del nascondere uno stigma (cfr. Fig. 4). Tale modello dà anche la possibilità della costruzione di corrispondenti interventi psicologici mirati, così come offre potenziali percorsi futuri per l'esame e l'approfondimento del modello teorico (Pachankis, 2007). Alcuni autori hanno suggerito che svelare il proprio orientamento sessuale sia comunque la scelta preferibile, specialmente nel lungo periodo, per la maggioranza delle persone omosessuali, in quanto le potenziali conseguenze positive sono in genere maggiori rispetto alle potenziali conseguenze negative (Riggle et al., 2008; Rothman, Sullivan, Keyes, & Boehmer, 2012).

Un altro aspetto, che è stato indagato relativamente al *coming out* di un figlio alla propria madre e al proprio padre, è stato il tipo di attaccamento del figlio nei confronti della coppia genitoriale (Kurdek, 2002; Mohr & Fassinger, 2003; Pietromonaco & Carnelley, 1994). È infatti più probabile che i genitori di figli con attaccamento sicuro rispondano in maniera sensibile e accettante al *coming out* di un loro figlio, rispetto al caso dei figli con attaccamento di tipo insicuro, per i quali il *coming out* in famiglia può implicare un forte rischio di rifiuto (Elizur & Mintzer, 2001). A tal proposito in uno studio di Holtzen, Kenny e Mahalik (1995) è stato mostrato come gli adolescenti gay e lesbiche, che rivelano il proprio orientamento sessuale ai genitori, riportino livelli di sicurezza nell'attaccamento più alti di quelli che non si dichiarano. Tuttavia, come evidenzia una ricerca di Jellison e McConnell (2004), il *coming out* nella famiglia d'origine spesso rivela la sua potenzialità di dispositivo capace di avviare un miglioramento della comunicazione e della condivisione tra genitori e figli, in passato troppo spesso nutrite di falsificazioni stressanti e incomprensioni astiose. A supporto di ciò, in alcuni casi lo svelamento della propria omosessualità libera nuovi sentimenti, riavvicina e rinsalda i legami familiari (Jellison & McConnell, 2004).

Inoltre, per quanto riguarda i rapporti di coppia, numerose ricerche hanno dimostrato come l'attaccamento sicuro svolga un ruolo positivo nelle relazioni sentimentali, siano queste eterosessuali od omosessuali, sia maschili che femminili (Mohr & Fassinger, 2006; Roisman, Clausell, Holland, Fortuna, & Elieff, 2008). La comprensione dell'importanza che il sistema dell'attaccamento riveste per tutti gli esseri umani (indipendentemente dall'orientamento sessuale) dovrebbe quindi implicitamente dimostrare il danno psicologico e affettivo che le persone omosessuali subiscono crescendo in contesti socio-culturali che non riconoscono, o addirittura si oppongono, ai loro legami di coppia (Gaines & Henderson, 2002).

Un altro aspetto che è stato indagato, negli ultimi anni, rispetto alle relazioni omosessuali e al costrutto di *minority stress*, risulta essere la violenza da parte del partner all'interno dei rapporti di coppia omosessuale, che sembra essere piuttosto frequente in alcune coppie gay e lesbiche (McKenry, Serovich, Mason, & Mosack, 2006). In una recente rassegna di Lewis, Milletich, Kelley e Woody (2012), sulla letteratura riguardante la prevalenza della violenza del partner tra le donne di minoranza sessuale, vengono discusse le disparità tra le donne appartenenti alle minoranze

sessuali e le donne eterosessuali, sottolineando che la comprensione della violenza del partner tra le donne appartenenti alle minoranze sessuali è ancora agli inizi. Inoltre, gli Autori passano in rassegna le associazioni tra l'uso di sostanze, lo stress da minoranza sessuale e la violenza del partner in questa popolazione, concludendo che maggiori e più intensi sono i fattori di stress cui sono sottoposte le donne appartenenti alle minoranze sessuali più grande è la probabilità della messa in atto di comportamenti violenti e aggressivi all'interno della coppia, anche sulla base del corrispondente frequente uso di sostanze, specialmente alcoliche. Sembra che in queste situazioni potenziali fattori protettivi siano il supporto sociale e della comunità LGB, e altre adeguate strategie di coping (Lewis, Millettich et al., 2012).

Partendo dall'evidenza empirica per cui la violenza domestica è un grave problema in entrambe le relazioni omosessuali ed eterosessuali (McKenry et al., 2006), un altro studio che ha analizzato la violenza del partner omosessuale (Carvalho, Lewis, Derlega, Winstead, & Viggiano, 2011) ha rivelato che, seppur in presenza di numerose similitudini nelle dinamiche della violenza domestica, gay e lesbiche sperimentano fattori di stress unici legati al loro status di minoranza sessuale, che hanno delle profonde ripercussioni sulla qualità della relazione di coppia. Questo preliminare studio descrittivo ha infatti esaminato la relazione tra l'omofobia interiorizzata, la consapevolezza dello stigma, e l'apertura auto-riportata alla vittimizzazione e perpetrazione della violenza domestica, giungendo ai seguenti risultati. Tra i 581 gay e lesbiche componenti il campione del citato studio, circa il 25% ha riferito vittimizzazione da violenza domestica e quasi il 10% ha riportato perpetrazione della violenza domestica. Quando le variabili demografiche di età, sesso e stato relazionale del partecipante sono state controllate, le vittime di violenza domestica hanno evidenziato maggiori aspettative di pregiudizio e discriminazione, ma erano più aperte sul loro orientamento sessuale. Allo stesso modo, le aspettative di pregiudizio e discriminazione erano legate alla perpetrazione della violenza domestica (Carvalho et al., 2011).

Un'altra rilevante area di ricerca sviluppatasi solo negli ultimi anni relativamente al *minority stress* è quella riguardante l'immagine corporea, la sua percezione e la soddisfazione nei suoi riguardi (Tiggemann, Martins, & Kirkbride, 2007). Rispetto agli eterosessuali i maschi omosessuali sembrano più insoddisfatti del proprio corpo e della propria muscolosità (Kaminski, Chapman, Haynes, & Own, 2005). Al momento non è invece chiaro se le donne eterosessuali e omosessuali sperimentino analoghi livelli di insoddisfazione corporea (Peplau et al., 2009). Oltre a ciò, in questo ambito è stato evidenziato che gli uomini gay rispetto a quelli eterosessuali sono più vulnerabili ai disturbi alimentari, presentano maggiori preoccupazioni per cibo e peso, idealizzano maggiormente la magrezza del corpo evidenziando una più acuta paura di ingrassare, mostrano una discrasia più elevata fra ideale di forma fisica e proprio corpo reale, provano maggiormente vergogna per il proprio aspetto (Morrison, Morrison, & Sager, 2004). Risulta inoltre che un'attiva partecipazione e una piena identificazione con la comunità gay siano legate significativamente a un incremento delle preoccupazioni per il proprio corpo maschile e a un rifiuto di esso (Swami &

Tovée, 2008). All'interno della comunità gay sarebbero infatti presenti forti pressioni che spingono nella direzione dell'acquisizione e del mantenimento di un ideale corporeo con elevati standard di attrattività fisica e questo aspetto potrebbe contribuire negativamente all'autostima di quanti si identificano fortemente in tale cultura (Peplau et al., 2009).

Kimmel e Mahalik (2005) in un loro studio hanno ipotizzato che le esperienze di stress da minoranza degli uomini gay e la loro conformità alle norme maschili sarebbero associate a una maggiore insoddisfazione dell'immagine corporea e un maggior distress rispetto al corpo maschile ideale. Questo studio, condotto su un campione composto da 357 maschi gay, ha indicato che i fattori di stress da minoranza (cioè, l'omofobia interiorizzata, lo stigma previsto per essere gay, e le esperienze di attacco fisico) erano associati all'insoddisfazione per l'immagine corporea e al distress del corpo maschile ideale, rispettivamente pari al 5% e 13% della varianza. La conformità alle norme maschili degli uomini gay non era associata all'insoddisfazione dell'immagine corporea, ma spiegava in modo univoco un ulteriore 3% di varianza nei punteggi di distress del corpo maschile ideale. Da questa ricerca si evince l'utilità del *Minority Stress Model* (Meyer, 2003) e come la mascolinità tradizionale possa contribuire alle preoccupazioni legate al genere, all'orientamento sessuale, e di conseguenza alla propria immagine corporea, da cui derivano suggerimenti efficaci per sviluppare e valutare corrispondenti interventi terapeutici e di prevenzione (Kimmel & Mahalik, 2005).

Nonostante i risultati degli studi finora citati, altri recenti lavori (Dziengel, 2011; Frost & Meyer, 2009; Newcomb & Mustanski, 2010a; 2011; Riggle et al., 2008) hanno rilevato livelli di soddisfazione e di adattamento simili nelle vite di persone e di coppie omosessuali ed eterosessuali. Lo stigma e la discriminazione possono infatti produrre *resilienza*, cioè la capacità di far fronte alle difficoltà e agli eventi traumatici, ossia all'insieme di fattori di stress da minoranza sessuale, riorganizzando positivamente e in modo più funzionale e adattivo la propria vita, di persona e di coppia (Harper, Brodsky, & Bruce, 2012; Meyer, 2003; Newcomb & Mustanski, 2010a; Oswald, 2002; Riggle et al., 2008; Russell & Richards, 2003). Lo stabilirsi e il consolidarsi per le persone omosessuali dei legami amicali e sentimentali mette infatti in gioco molte risorse e sistemi motivazionali (Moradi, Mohr, Worthington, & Fassinger, 2009). La forza degli affetti e il senso del diritto alla propria identità, uniti alla capacità di affrontare con successo le avversità, promuovono il benessere psico-sociale e l'adattamento della persona omosessuale, e consolidano il funzionamento del suo rapporto di coppia, producendo il desiderio di formare una famiglia, anche con dei figli (Rostosky, Riggle, Gray, & Hatton, 2007).

Le persone omosessuali, specialmente se giovani, si trovano dunque a disporre di una serie di strategie di coping che possono impiegare di fronte alla sofferenza e al distress (Harper et al., 2012; Moradi et al., 2009). In un recente studio di Scourfield, Roen e McDermott (2008), alla luce delle prove empiriche internazionali sul rischio sproporzionato di pensieri suicidari e tentativi di suicidio in giovani lesbiche, gay, bisessuali e transgender (LGBT), queste strategie di

fronteggiamento sono state categorizzate in resilienza, ambivalenza, e comportamento autodistruttivo, includendo in quest'ultimo l'autolesionismo e il suicidio, di cui solo la prima categoria in grado di proteggere realmente la stabilità psicologica del giovane (Scourfield et al., 2008).

Relativamente alla resilienza, una questione che la comunità scientifica psicologica, che si occupa di salute mentale LGBT, sta al momento affrontando è quella dello stress legato all'appartenenza a due minoranze contemporaneamente, ad esempio quella sessuale e quella etnica (Newcomb & Mustanski, 2010a). Proprio in tale direzione, Meyer in un lavoro del 2010 ha affrontato il problema relativo all'intersezione delle identità razziale/etnica e LGB e alla questione dei corrispondenti stress e resilienza. Sull'intersezione di identità, l'Autore ha osservato che le identità LGB tra le persone di colore sono state interpretate come diverse dalle identità LGB delle persone bianche, presumibilmente a causa di un conflitto intrinseco tra identità razziale/etnica e identità LGB. L'Autore ha suggerito che, contrariamente a questo, le persone LGB di colore possono avere al contempo positive identità razziali/etniche e LGB. Sulla questione di stress e resilienza, è stato ipotizzato che, rispetto agli individui LGB bianchi, le persone LGB di colore abbiano sì più stress ma anche una maggiore resilienza (Meyer, 2010).

Per concludere la trattazione degli aspetti più salienti relativi al *minority stress* che contraddistingue il *minority status*, analizzando nello specifico le attuali linee di sviluppo della ricerca scientifica, numerosi studi (tra gli altri, Moradi et al., 2009; Newcomb & Mustanski, 2010a; Russell, 2005) hanno evidenziato come la gioventù di minoranza sessuale sia tra quelle più a rischio per gli *outcomes* negativi della frequente preoccupazione nella vita delle persone giovani: fallimento scolastico/accademico, distress emozionale, relazioni compromesse, comportamenti a rischio, e suicidalità. Molto meno è stato studiato in merito alla resilienza, le caratteristiche e i fattori che spiegano o predicono le vite salutari di molti adolescenti e adulti delle minoranze sessuali. Di conseguenza, un possibile sviluppo futuro di tali lavori sarà quello dell'identificazione dei fattori di rischio e protettivi che sono unici per gli adolescenti e gli adulti di minoranza sessuale (Bonanno, 2005; Harper et al., 2012; Riggle et al., 2008).

È importante quindi sottolineare che fino a poco tempo fa i ricercatori e gli studiosi (Friedman, 1999; Mays & Cochran, 2001; Williamson, 2000) si riconoscevano maggiormente in un modello che vedeva come la resilienza tra le persone LGB esposte a eventi potenzialmente traumatici si verificasse raramente e sia in individui patologici o eccezionalmente sani. Recenti ricerche (Dziengel, 2011; Meyer, 2010; Newcomb & Mustanski, 2010a; Riggle et al., 2008; Scourfield et al., 2008) sembrano invece indicare che una delle possibili reazioni tra gli individui esposti a tali eventi sia un modello relativamente stabile di funzionamento sano, accompagnato dalla capacità duratura di emozioni positive ed esperienze produttive. Un risultato di particolare interesse è che sembra non esistere un unico tipo di modello resiliente. Piuttosto, sembra che vi siano modi multipli e talvolta inaspettati di essere resilienti, e certe volte la resilienza viene

raggiunta con mezzi che non sono completamente adattivi in circostanze normali. Ad esempio, le persone che utilizzano tipicamente *biases* di auto-potenziamento e auto-miglioramento spesso incorrono in svantaggi sociali, ma mostrano *outcomes* resilienti di fronte alle avversità estreme (Harper et al., 2012; Riggle et al., 2008; Rostosky et al., 2007; Willoughby et al., 2010).

## 2.2 Omonegatività interiorizzata

In accordo con le ipotesi teoriche più recenti (Bogaert & Hafer, 2009; Newcomb & Mustanski, 2010b), il termine *omofobia interiorizzata* (*internalized homophobia*) inserisce il concetto in un ambito più squisitamente clinico e lo riduce a dimensione individuale e maggiormente legata ad aspetti più strettamente fobici associati all'essere omosessuali. Con il termine *omonegatività interiorizzata* (*internalized homonegativity*) ci si riferisce, invece, al processo inconsapevole e automatico di adozione dei significati negativi dell'omosessualità, sotto forma di atteggiamenti, credenze e sentimenti ostili e sfavorevoli, condivisi in una determinata cultura (Ross, Rosser, & Smolenski, 2010). In altri termini, l'*omonegatività interiorizzata* può essere definita come il costrutto che rappresenta il risultato del processo di interiorizzazione nelle persone omosessuali e bisessuali dello stigma percepito nei loro confronti fin dall'infanzia da parte della società di appartenenza (Berghe, Dewaele, Cox, & Vincke, 2010; Rosser et al., 2008).

Alcuni autori preferiscono invece l'espressione *eterosessismo interiorizzato*, poiché essa è ritenuta più appropriata per indicare l'interiorizzazione degli atteggiamenti sfavorevoli e delle credenze negative della società verso l'omosessualità, sostenendo una sorta di supremazia normativa e valoriale dell'eterosessualità (Szymanski, Kashubeck-West, & Meyer, 2008).

Le credenze negative circa l'omosessualità e i pregiudizi omofobici sono talmente diffusi nelle società occidentali odierne che l'interiorizzazione dell'omofobia è ormai vista da molti autori come un evento che generalmente fa parte dello sviluppo psicologico di gay e lesbiche e dell'acquisizione della corrispondente identità omosessuale (Meyer, 2003). Secondo questa prospettiva, tutte le persone omosessuali, e almeno in parte anche quelle bisessuali, avrebbero adottato degli atteggiamenti negativi e avrebbero provato emozioni negative verso l'omosessualità nel corso del loro sviluppo, andandosi poi a cristallizzare, sotto forma di omonegatività interiorizzata, tra le altre caratteristiche della loro identità (Herek et al., 2009).

L'omonegatività interiorizzata nasce, quindi, dall'apprendimento e dall'accettazione, consapevole e inconsapevole, di atteggiamenti, credenze, sentimenti negativi, così come da pregiudizi e stereotipi tipici dell'ambiente omofobo ed eterosessista (Hatzenbuehler, 2009). Essa dunque comporta nei gay e nelle lesbiche effetti paradossali di interiorizzazione dello stigma sociale, che possono condurre al rifiuto del proprio orientamento sessuale e che possono tradursi anche nella paura di confrontarsi con la propria sessualità e nella corrispondente non accettazione della propria identità omosessuale. Questi elementi generalmente contribuiscono quindi alla formazione di un'immagine di sé negativa e distorta (Szymanski & Carr, 2008).

In base a ciò, l'omonegatività interiorizzata deve essere inquadrata come questione centrale del processo di formazione dell'identità omosessuale e ne diventerebbe tratto stabile e pervasivo; poiché le persone omosessuali crescono all'interno di una società eterosessista, l'interiorizzazione dell'omonegatività è un evento del processo di sviluppo sperimentato, a diversi livelli di intensità, da ogni gay e da ogni lesbica; l'omonegatività interiorizzata dipende strettamente dalla percezione dello stigma familiare e sociale contro gli omosessuali, che è associato alla conseguente considerazione negativa di sé; l'omonegatività interiorizzata costituisce spesso un'importante causa di disagio psicologico nei gay e nelle lesbiche, così come nei loro rapporti interpersonali, e può essere intesa come agente patogeno e fattore di vulnerabilità acquisiti socio-culturalmente; a livello più strettamente relazionale, alti livelli di omonegatività interiorizzata sembrano essere per esempio correlati con la percezione di mancanza di supporto sociale in vari ambiti di vita; un processo di formazione dell'identità gay o lesbica funzionale sembrerebbe implicare che il *coming out* porti a una riduzione degli effetti negativi dell'omonegatività interiorizzata, con la conseguente adozione di una identità gay o lesbica maggiormente positiva e integrata (Hatzenbuehler, 2009; Hatzenbuehler et al., 2010).

La misurazione e la comprensione dei legami associativi e il trattamento dei possibili effetti negativi dell'omonegatività interiorizzata sul piano individuale e relazionale sono quindi centrali per la ricerca empirica, così come nella pratica professionale, riguardante il benessere psicologico e la salute mentale di gay e lesbiche (Gonsiorek, 1988; Meyer, 2003; Newcomb & Mustanski, 2011; Rosser et al., 2008).

Una delle prime ricerche sull'omofobia interiorizzata fu condotta nel 1978 da Bell e Weinberg in un campione di più di 1.000 persone omosessuali residenti nella baia di San Francisco: tale studio mostrò che circa il 28% dei gay bianchi e circa il 50% dei gay neri provavano senso di colpa per le proprie attività sessuali. Circa il 25% dei gay bianchi e neri, inoltre, considerava l'omosessualità come un disturbo mentale. Risultati simili si ebbero nel campione femminile, dove circa il 20% delle lesbiche bianche e circa il 33% delle lesbiche nere riferivano senso di colpa per le loro attività sessuali, e circa il 25% delle lesbiche, sia bianche sia nere, considerava l'omosessualità come un disturbo mentale.

I ricercatori e gli studiosi, in anni successivi, si sono spesso occupati delle difficoltà individuali e relazionali, così come della presenza di disturbi mentali, nella popolazione LGB. I risultati delle ricerche hanno suggerito che gay e lesbiche presentano più spesso, rispetto agli eterosessuali, problemi di salute mentale, tra cui sembrano spiccare i disturbi della sfera emotivo-affettiva e i disturbi associati all'uso di sostanze (Cochran & Mays, 2009; Hatzenbuehler et al., 2010; Isacco et al., 2012; Meyer, 2003; Newcomb & Mustanski, 2010a; Sandfort, de Graaf, Bijl, & Schnabel, 2001).

Più specificatamente, tra i vari disturbi presi in esame, risulterebbe ad esempio che le persone omosessuali e bisessuali presentino una più alta prevalenza di depressione, attacchi di

panico e disturbo d'ansia generalizzato rispetto alle persone eterosessuali (Bostwick et al., 2010; Cochran et al., 2003; King et al., 2008). Inoltre uno studio, condotto da D'Augelli, Grossman, Salter et al. nel 2005, ha messo in luce come in un campione di 542 giovani omosessuali e bisessuali, di età compresa tra i 14 e i 21 anni, circa un terzo riferisse almeno un tentativo di suicidio nel passato. Gli Autori hanno messo anche in evidenza come i giovani, che avevano avuto esperienze di vittimizzazione e che avevano perso gli amici a causa della propria omosessualità, fossero quelli che presentavano una maggiore quantità di sintomi psichiatrici (D'Augelli, Grossman, Salter et al., 2005). Risultati simili sono stati confermati in una ricerca svolta in Italia su un campione di 405 lesbiche dichiarate (Montano, 2007), in cui era emerso che complessivamente circa il 25% di esse presentava alta omofobia interiorizzata. Poiché il campione era stato reperito in luoghi di abituale frequentazione della comunità LGBT, è stata stimata una quota maggiore di soggetti con alta omofobia interiorizzata nella popolazione omosessuale femminile generale, comprensiva di lesbiche non "emerse" (Montano, 2007).

I ricercatori e gli studiosi hanno spiegato la prevalenza di disturbi psichiatrici nella popolazione LGB sostenendo che lo stigma, il pregiudizio e la discriminazione creano un ambiente sociale ostile e stressante, che può portare allo sviluppo di vari problemi psicologici (Bostwick et al., 2010; Cochran & Mays, 2009; Friedman, 1999; Meyer, 2003). Questa ipotesi è stata anche descritta, come già sottolineato (cfr. Cap. 2, pag. 25), in termini di *minority stress* (Brooks, 1981; Hatzenbuehler, 2009; Meyer, 1995, 2003).

Alcuni autori hanno segnalato che il possibile disadattamento psicologico tra le persone omosessuali potrebbe essere maggiormente dipendente dall'anticipazione del rifiuto sociale che non da una oppressione sociale effettiva, indicando con ciò che gli antecedenti del processo di interiorizzazione di atteggiamenti negativi verso l'omosessualità sarebbero maggiormente legati a variabili psicologiche interne che non a variabili sociali esterne (Ross, 1985; Rowen & Malcolm, 2003; Szymanski & Kashubeck-West, 2008; Weber-Gilmore, Rose, & Rubinstein, 2011; Williamson, 2000).

Quest'ultima ipotesi getterebbe luce sul ruolo centrale svolto, nell'insorgenza e nel mantenimento dell'omonegatività interiorizzata, dalle elaborazioni cognitive dell'individuo, che potrebbero così includere: l'interiorizzazione di pensieri distorti e di immagini irrealistiche riguardo alla sessualità di gay e lesbiche e alle relazioni omosessuali; la tolleranza di atteggiamenti ostili e discriminatori o di abusi da parte degli altri, possibile conseguenza di anassertività o stile di personalità passivo-aggressivo; l'assunzione della propria inadeguatezza; la credenza della propria indegnità di dare e ricevere amore; la proiezione di una immagine di sé svalutata nei confronti del proprio partner (Herek et al., 2009; Montano, 2007; Rostosky et al., 2007; Weber-Gilmore et al., 2011).

Negli ultimi anni ricercatori e studiosi hanno cercato una possibile integrazione, al momento solo sul piano teorico, tra le due diverse prospettive relativamente al processo di interiorizzazione



degli atteggiamenti negativi verso l'omosessualità, l'una maggiormente legata a variabili psicologiche interne, l'altra a variabili sociali esterne (Hatzenbuehler, 2009; Newcomb & Mustanski, 2010a; Pachankis, 2007; Szymanski & Carr, 2008).

Inoltre, nel corso degli anni, alcuni ricercatori (tra gli altri, Newcomb & Mustanski, 2011; Rosser et al., 2008; Szymanski & Chung, 2003) si sono concentrati sugli effetti specifici dell'omonegatività interiorizzata, pervenendo alla conclusione che il disgusto di sé in quanto gay o lesbica può avere effetti destrutturanti sulla salute fisica e mentale delle persone omosessuali.

Varie ricerche, oltre alle suddette, sembrano supportare questa ipotesi. Rowen e Malcolm (2003) hanno evidenziato come alti livelli di omofobia interiorizzata siano associati a una bassa autostima e a punteggi bassi relativi al concetto di sé, riguardo al proprio aspetto fisico e alla propria stabilità emozionale; nello stesso studio è stata trovata anche una correlazione positiva con il senso di colpa per la propria omosessualità. Altri studi hanno mostrato che gli atteggiamenti e i sentimenti negativi nei confronti del proprio orientamento sessuale sono associati a reazioni di tipo depressivo, a sintomi psicosomatici e a sentimenti di solitudine, disperazione e isolamento (Cochran et al., 2003; Herek, Cogan, Gillis, & Glunt, 1998; Newcomb & Mustanski, 2010a). Al contrario, una percezione positiva e accettante del proprio orientamento omosessuale sembra essere associata a una migliore percezione di sé, anche in relazione con gli altri (Riggle et al., 2008): gli omosessuali che si accettano di più tendono infatti a essere meno ansiosi, ad aver meno paura della sessualità, a dimostrare minori preoccupazioni per l'immagine di sé, a essere più soddisfatti della propria vita sessuale e sentimentale (Kertzner et al., 2009); così come coloro che si accettano meno tendono, invece, ad avere comportamenti considerati funzionali alla elusione del confronto con la propria omonegatività, quali, ad esempio, l'iperattività sessuale, il sesso non sicuro, l'evitamento di rapporti intimi e di relazioni stabili o comunque difficoltà in esse, l'uso di sostanze stupefacenti, l'abuso di alcool (Dew, Myers, & Wightman, 2005; Newcomb & Mustanski, 2011; Rosser et al., 2008).

L'omonegatività interiorizzata diviene quindi un costrutto di particolare rilevanza per la ricerca empirica in psicologia, e la misurazione e il trattamento di essa sono pertanto aspetti centrali nella pratica professionale della salute mentale rivolta ai gay e alle lesbiche (Ross et al., 2010).

### **3. Obiettivi**

Nonostante esista una letteratura piuttosto ampia relativamente al costrutto di omonegatività interiorizzata, sono presenti però delle lacune in merito a studi empirici sulla sua effettiva diffusione nella popolazione omosessuale e su come esso interagisca con altri costrutti salienti nella vita delle persone omosessuali (Isacco et al., 2012). Molte di queste ricerche, per la maggior parte provenienti dal contesto statunitense, inoltre, mostrano alcune carenze: di stampo metodologico, specialmente a riguardo di operazionalizzazione e misurazione del costrutto di omonegatività interiorizzata; di analisi e comprensione dei meccanismi associativi e causali dell'omonegatività

interiorizzata con altri costrutti relativi all'adattamento e al benessere delle persone omosessuali; di implicazioni cliniche relativamente al supporto che può essere fornito e al cambiamento che può essere ottenuto all'interno di un percorso di counseling o di psicoterapia con clienti gay o lesbiche, che soffrano di una qualche forma di disagio legata alla propria identità omosessuale (Lehmiller, 2012; Newcomb & Mustanski, 2010a; Ross et al., 2010).

All'interno di questo dibattito si inserisce il presente lavoro, che si è posto l'obiettivo generale di fornire un contributo rispetto al costrutto di omonegatività interiorizzata nelle sue relazioni con altri costrutti, per spiegare come determinate caratteristiche e scelte possano agevolare o rendere più che mai difficili le esperienze stressanti delle persone omosessuali.

Grazie a un'analisi approfondita della letteratura relativa all'omonegatività interiorizzata, è stato scelto di condurre un primo studio con l'obiettivo specifico dell'adattamento in lingua italiana di uno strumento che risulti soddisfacente per la misura di questo costrutto tra gli uomini e le donne omosessuali: l'*Internalized Homonegativity Inventory* (Mayfield, 2001), date le sue buone proprietà psicometriche e capacità predittive (Mayfield, 2001; Szymanski et al., 2008).

Inoltre, in base al suddetto aspetto di analisi e comprensione delle relazioni dell'omonegatività interiorizzata con altri costrutti, è nata anche l'esigenza, e di conseguenza se ne evince la sua rilevanza, di condurre un secondo studio con l'obiettivo specifico della verifica di un modello teorico integrato, ispirato al modello (*Minority Stress Model*) ipotizzato da Meyer (2003), e successivamente approfondito, ampliato e integrato da Pachankis (2007), Pachankis, Goldfried, & Ramrattan (2008), Hatzenbuehler (2009), Berghe et al. (2010), Willoughby et al. (2010), Feinstein, Goldfried, & Davila (2012), Legate, Ryan, & Weinstein (2012), che si propone di spiegare nei gay e nelle lesbiche i meccanismi associativi e causali tra l'omonegatività interiorizzata e il distress psicologico attraverso altre variabili a vario titolo implicate come mediatori in tale modello integrato.

Infine, è scaturita l'utilità di condurre un terzo e ultimo studio con l'obiettivo specifico di valutare e comprendere se e come possa essere ridotto il distress psicologico della persona omosessuale all'interno di un setting clinico con uno psicologo o psicoterapeuta, che lavori su alcune variabili di tipo personologico che possono moderare le relazioni sul distress psicologico in base a quanto suggerito dalla letteratura scientifica in materia di *minority stress* e salute mentale dei gay e delle lesbiche (APA, 2012; Fingerhut, Peplau, & Gable, 2010; Herek et al., 2009; Newcomb & Mustanski, 2011; Szymanski et al., 2008; Talley & Bettencourt, 2011).

# STUDIO 1

## ADATTAMENTO ITALIANO DELL'*INTERNALIZED HOMONEGATIVITY INVENTORY* (IHNI; MAYFIELD, 2001)

### 1. Introduzione

#### 1.1 Misurare l'omonegatività interiorizzata

L'omonegatività interiorizzata è stata definita come l'esito del processo inconsapevole e automatico di adozione dei significati negativi dell'omosessualità, sotto forma di atteggiamenti, credenze e sentimenti ostili e sfavorevoli, condivisi in una determinata cultura (Ross et al., 2010). L'omonegatività interiorizzata è dunque il risultato del processo di interiorizzazione nelle persone omosessuali e bisessuali dello stigma percepito nei loro confronti fin dall'infanzia da parte della società di appartenenza (Berghe et al., 2010; Rosser et al., 2008). La sua rilevanza dipende principalmente dal fatto che tale costrutto sembra assumere un ruolo di particolare importanza nella spiegazione di modelli causali che rendono ragione dello stress percepito dalle minoranze sessuali, così come nei processi caratterizzanti lo sviluppo, l'espressione e l'interazione dell'identità omosessuale (Meyer, 2003; Newcomb & Mustanski, 2010b; Russell & Bohan, 2006).

Numerosi autori hanno sottolineato, di conseguenza, l'importanza di misurare l'omonegatività interiorizzata nelle persone omosessuali (Hatzenbuehler, 2009; Newcomb & Mustanski, 2011; Ross et al., 2010). Acquista così maggior valore la possibilità di avere delle misurazioni valide e attendibili di tale costrutto, e dal momento che in Italia non si hanno test validati per la misura dell'omonegatività interiorizzata nelle persone omosessuali, fatta eccezione per la scala *Lesbian Internalized Homophobia Scale* (LIHS) di Szymanski e Chung del 2001, che però è utilizzabile solo con donne lesbiche (ad. it. Flebus & Montano, 2009), assume particolare importanza avere una misurazione italiana valida e attendibile del costrutto di omonegatività interiorizzata in tutte le persone omosessuali.

È importante sottolineare come le varie scale che sono state costruite nel corso del tempo per la misura del costrutto in esame siano corrisposte anche a diverse concettualizzazioni, sebbene a volte differiscano solo rispetto a caratteristiche presumibilmente marginali e comunque non escludentesi (Szymanski et al., 2008). Ciò è rispecchiato anche dal nome del costrutto che, soprattutto nelle prime teorizzazioni e operazionalizzazioni, è stato declinato come *omofobia interiorizzata*, per poi esser maggiormente definito come *omonegatività interiorizzata* (cfr. Par. 2.2, pag. 37).

Inoltre, entrando nello specifico del contesto di un trattamento psicoterapeutico, affinché la terapia con clienti omosessuali si riveli efficace, è di fondamentale importanza ridurre la presenza

di omonegatività interiorizzata (Cochran, 2001; Montano, 2010; Rosser et al., 2008). Da questo aspetto deriva l'utilità, ai fini della pratica clinica e del raggiungimento dell'obiettivo terapeutico, di disporre di strumenti validi per la rilevazione e la misurazione dell'omonegatività interiorizzata dei clienti con cui si sta per iniziare un processo terapeutico, o di cui si vuole monitorare l'andamento e valutare l'efficacia del trattamento (Pachankis & Goldfried, 2004; Ross et al., 2010).

Malgrado esistano numerose e dettagliate descrizioni teoriche dell'omonegatività interiorizzata, le specifiche procedure di operazionalizzazione e gli strumenti di misurazione di questo costrutto hanno ricevuto una minore attenzione da parte di studiosi e ricercatori, portando spesso alla messa a punto di strumenti dalle proprietà psicometriche non buone (Herek et al., 2009; Russell & Bohan, 2006; Shidlo, 1994; Szymanski et al., 2008).

Per ripercorrere gli aspetti più salienti che hanno caratterizzato la misura dell'omonegatività interiorizzata negli ultimi decenni, gli studi che prendono in esame i correlati, principalmente psicosociali, dell'omonegatività interiorizzata hanno infatti usato differenti strumenti per la sua misurazione, da misure non pubblicate delle quali non si conoscono le caratteristiche psicometriche, a misure che erano state progettate per valutare invece gli atteggiamenti degli eterosessuali verso le persone lesbiche e gay (si parla in tal caso di *omonegatività*, costrutto specifico con caratteristiche differenti dal costrutto di omonegatività interiorizzata delle persone omosessuali, cfr. Cap. 2, pag. 25), a scale pubblicate specificamente per la misura dell'omonegatività interiorizzata con una chiara evidenza empirica delle proprietà psicometriche (Ross et al., 2010; Rosser et al., 2008; Szymanski et al., 2008).

Poiché è importante per i ricercatori usare strumenti che siano stati progettati per valutare realmente e specificatamente l'omonegatività interiorizzata in lesbiche e gay, e al contempo usare scale che abbiano un buon supporto di attendibilità e validità, risulta fondamentale analizzare i principali strumenti già pubblicati e utilizzati per la misurazione del costrutto di omonegatività interiorizzata nelle persone omosessuali (Newcomb & Mustanski, 2011; Szymanski et al., 2008).

Passando pertanto in rassegna i principali strumenti di misurazione dell'omofobia/omonegatività interiorizzata, tra i primi strumenti riportati in letteratura si ha quello di Bell e Weinberg (1978), profondamente legato al contesto socio-culturale del periodo storico in cui è stato creato e quindi ormai molto distante dal contesto attuale (Shidlo, 1994; Szymanski & Kashubeck-West, 2008), che prendeva in considerazione i seguenti aspetti: a) ansietà riguardo all'omosessualità; b) impegno omosessuale; c) concezione dell'omosessualità come malattia.

Successivamente, il lavoro di Nungesser (1983) includeva contenuti omofobici sia estremi che moderati. Il test sviluppato consiste di tre sottoscale: a) atteggiamento riguardo la propria omosessualità; b) atteggiamento riguardo l'omosessualità in generale e le altre persone omosessuali; c) reazione nei confronti della possibilità di essere scoperti. La novità, rispetto ai precedenti tentativi di operazionalizzazione del costrutto di omofobia interiorizzata, consisteva nel fornire l'opportunità di distinguere fra gli atteggiamenti riguardo il proprio essere omosessuali da un

lato e l'omosessualità in generale e nelle altre persone dall'altro. Il *Nungesser Homosexuality Attitudes Inventory* (NHA) è costituito da 34 item. La coerenza interna (coefficiente alfa di Cronbach) per le diverse sottoscale variava da .68 a .93, con un valore per la scala intera di .94 (Nungesser, 1983). Una critica a tale test riguarda la sottoscala dello svelamento di sé: in particolare, sembrerebbe che questa sottoscala non sia veramente una misura valida dell'omofobia interiorizzata, ma piuttosto derivi più semplicemente da una percezione realistica dei costi e dei benefici che lo svelamento di sé comporta in una società omofobica ed eterosessista. In altri termini, lo svelamento di sé non sarebbe tanto un'espressione dell'omofobia interiorizzata, quanto quest'ultima sarebbe un possibile predittore dello svelamento di sé, influenzando quindi sulla suddetta percezione di costi e benefici mediante un'alterazione irrealistica degli aspetti di quantità e qualità del rapporto tra costi e benefici (Sophie, 1987).

Inoltre, la scala predisposta da Alexander (1986), l'*Internalized Homophobia Inventory* (IHI), è costituita da 25 item messi a punto da esperti di psicologia e di tematiche LGBT, che includono aree come il desiderio di fare amicizia con altre persone omosessuali e il piacere di essere percepiti dagli altri come individui eterosessuali. I risultati hanno mostrato una buona coerenza interna (alfa pari a .85), ma al momento non si hanno evidenze empiriche circa la validità delle misure fornite dalla scala (Shidlo, 1994).

Successivamente Martin e Dean (1987) hanno introdotto una scala a nove item per soli maschi gay (*Internalized Homophobia Scale*, IHP), molto utilizzata soprattutto in virtù della sua brevità e conseguente facile somministrazione. L'operazionalizzazione del costrutto si basava sui criteri del DSM-III (1980) per l'omosessualità ego-distonica (criteri poi tolti dal DSM-III-R nello stesso 1987). All'interno di tale strumento, le domande vertevano principalmente sul voler evitare comportamenti e sentimenti omosessuali e desiderare invece comportamenti e sentimenti eterosessuali (Martin & Dean, 1987). La criticità principale del test riguarda il fatto che possa essere utilizzato solo con maschi gay, anche se successivamente la scala è stata usata in alcune ricerche sia con uomini che con donne omosessuali, senza però che sia stata condotta un'analisi delle proprietà psicometriche dello strumento nelle femmine (si veda ad esempio Herek et al., 1998); oltre a ciò, anche l'operazionalizzazione del costrutto di omofobia interiorizzata sembra essere parziale o quantomeno diversa da quella attuale, tanto che la scala non indaga tutti gli aspetti salienti con cui tale costrutto pare esprimersi (Szymanski et al., 2008).

Ciò potrebbe derivare, almeno in parte, da alcune problematiche esplicitate da Shidlo (1994), che ha osservato come i criteri per una buona validità di facciata e di contenuto dei test siano stati molto trascurati in gran parte delle ricerche sull'omofobia, in particolar modo quella interiorizzata. Shidlo (1994) ha sottolineato anche la difficoltà a selezionare i comportamenti che effettivamente esprimono atteggiamenti negativi verso l'omosessualità e l'attenzione che quindi necessita tale operazione. L'Autore suggerisce di includere item strettamente associati al concetto di omofobia, escludendo quelli tesi a palesare atteggiamenti e comportamenti susseguenti all'omofobia stessa.

L'Autore ha sottolineato, inoltre, la necessità di utilizzare un'operazionalizzazione del costrutto di omofobia interiorizzata sufficientemente inclusiva ma che non si sovrapponga ad altri costrutti associati, come ad esempio la difficoltà nelle relazioni intime e la stima di sé. Shidlo (1994), entrando nello specifico degli strumenti fino a quel momento costruiti e utilizzati, ha sostenuto infine che i due test di Alexander (1986) e di Martin e Dean (1987), seppur con difetti di validità di facciata e di contenuto, hanno dimostrato di avere una validità convergente abbastanza buona con la scala NHAJ di Nungesser (1983) attraverso correlazioni positive piuttosto forti (.70 e .59 rispettivamente). Shidlo (1994), per poterne migliorare le proprietà e caratteristiche psicometriche, ha rivisto lo strumento di Nungesser (1983), rimuovendo o cambiando gli item con saturazioni fattoriali più basse e aggiungendone di nuovi sulla base di un'attenta analisi critica della letteratura a riguardo della misurazione del costrutto di omofobia interiorizzata e in base a suoi studi di attendibilità e validità dello strumento di Nungesser (Shidlo, 1994).

Uno studio di Williamson (2000), in cui è stata utilizzata la versione del NHAJ modificata da Shidlo (1994), ha riportato risultati contrastanti riguardo all'attendibilità delle tre sottoscale dello strumento. Le sottoscale di atteggiamento verso la propria omosessualità e di svelamento della propria omosessualità hanno ottenuto valori accettabili dell'alfa di Cronbach (rispettivamente di .68 e .76), ma il valore dell'alfa ottenuto per la sottoscala di atteggiamento verso l'omosessualità in generale è risultato soltanto di .07, quindi del tutto inadeguato.

Quasi parallelamente alla versione del NHAJ rivista da Shidlo (1994), è stata sviluppata la *Internalized Homophobia Scale* di Wagner e collaboratori (IHS; Wagner, Brondolo, & Rabkin, 1996; Wagner, Serafini, Rabkin, Remien, & Williams, 1994) per valutare l'omofobia interiorizzata nei soli uomini gay. La scala consiste di 20 item: 9 item tratti dal NHAJ di Nungesser (1983) e 11 item sviluppati dal *HIV Center for Clinical and Behavioral Studies* al *New York State Psychiatric Institute*. La coerenza interna (coefficiente alfa di Cronbach) è risultata di .92 per i punteggi sull'IHS (Wagner et al., 1994). La validità dei punteggi dell'IHS non è stata invece documentata in modo completo (Wagner et al., 1996), lasciando vari dubbi principalmente riguardo alla validità di contenuto di tale strumento (Szymanski et al., 2008).

Successivamente è stata messa a punto la scala a quattro fattori ortogonali di Ross e Rosser (1996), la *Internalized Homophobia Scale* (IHS), che per misurare l'omofobia interiorizzata indaga quattro dimensioni, attraverso 26 item su scala Likert a sette punti (da *fortemente d'accordo* a *fortemente contrario*), definite come: a) identificazione pubblica come gay; b) percezione dello stigma sociale legato all'essere omosessuale; c) agio personale e sociale nel frequentare altri gay; d) accettazione morale e religiosa della propria condizione omosessuale. Queste quattro sottoscale hanno coerenze interne (coefficiente alfa) rispettivamente di .85, .69, .64 e .62. La validità concorrente è stata dimostrata attraverso correlazioni significative con misure di relazione affettiva, estensione dell'attrazione verso persone dello stesso sesso, quantità di tempo passato in compagnia di altri gay, partecipazione a gruppi sociali gay, ammissione dell'omosessualità nel

proprio ambiente: tutte caratteristiche riconducibili a un sano adattamento all'identità gay. Ross e Rosser (1996) concludono che l'omofobia interiorizzata consista delle sopra citate quattro dimensioni, correlate alla segretezza della propria condizione, alla minore durata delle relazioni affettive e al minor grado di soddisfazione in esse, a un periodo di tempo più breve passato in compagnia di altri gay. Le validità predittive delle sottoscale di *identificazione pubblica come gay* e *agio personale e sociale nel frequentare altri gay* sembrano essere considerevolmente più forti che per le altre due sottoscale: l'IHS però necessita di ulteriori verifiche, in particolare per dimostrare più ampiamente la bontà delle sue proprietà psicometriche (Williamson, 2000).

È necessario notare come tutti gli strumenti descritti finora siano stati creati solo per uomini gay; pochissimi strumenti sono stati invece predisposti per la misura dell'omofobia/omonegatività interiorizzata esclusivamente tra le donne lesbiche; altri strumenti ancora, sempre in numero molto ridotto, sono stati pensati e validati per poter essere usati sia con uomini che con donne omosessuali (Ross et al., 2010; Szymanski et al., 2008).

Tra i pochissimi strumenti per la misurazione dell'omofobia/omonegatività interiorizzata esclusivamente nelle donne lesbiche si ha la *Lesbian Internalized Homophobia Scale* (LIHS) di Szymanski e Chung del 2001. Questo test è composto da 52 item (su scala Likert a sette punti) derivati dalla letteratura teorica e clinica sull'omofobia interiorizzata nelle donne lesbiche, ed è costituito dalle seguenti cinque sottoscale: a) sentimenti personali negativi relativi all'essere lesbica; b) atteggiamenti religiosi e morali anti-lesbici; c) isolamento dalla comunità lesbica; d) paura dell'identificazione pubblica come lesbica; e) atteggiamenti negativi verso le altre lesbiche. Questo è il solo strumento di misura dell'omofobia interiorizzata che è stato adattato in lingua italiana (Flebus & Montano, 2009); al momento del presente lavoro nessun'altro strumento per la misurazione dell'omofobia/omonegatività interiorizzata, né per soli uomini gay né per uomini e donne omosessuali, è stato creato, adattato né pubblicato in Italia.

Sulla base di questa rassegna in merito ai principali strumenti per la misurazione dell'omofobia/omonegatività interiorizzata, si è scelto di adattare in un campione italiano di gay e lesbiche lo strumento che, in base alla letteratura revisionata, risultasse il più soddisfacente per la misura di questo costrutto sia negli uomini che nelle donne omosessuali: l'*Internalized Homonegativity Inventory* (Mayfield, 2001). Tale scelta dipende dalle buone proprietà psicometriche mostrate dal test, in particolare dalla sua elevata capacità predittiva (Mayfield, 2001; Szymanski et al., 2008). L'*Internalized Homonegativity Inventory* (Mayfield, 2001) infatti risulta essere uno dei pochi strumenti creati per la misura dell'omonegatività interiorizzata sia negli uomini gay che nelle donne lesbiche, poiché l'Autore riteneva che tale costrutto assumesse le stesse caratteristiche di base, avendo così la stessa struttura dimensionale, sia nei maschi che nelle femmine omosessuali e quindi potesse essere utilizzato per entrambi in modo invariante.

In seguito allo sviluppo e alla validazione dell'*Internalized Homonegativity Inventory* (IHNI; Mayfield, 2001) in un campione statunitense di gay e lesbiche, alcuni autori (tra gli altri, Herek et

al., 2009; Ross et al., 2010) hanno suggerito, pur non essendoci ancora un accordo nella comunità scientifica né tantomeno risultati definitivi e chiari, che sarebbe comunque sempre preferibile testare l'analisi dell'invarianza di genere nei campioni di persone omosessuali relativamente allo sviluppo o all'adattamento di strumenti di misura dell'omonegatività interiorizzata, in quanto alcuni studi sembrano evidenziare delle possibili differenze nel costrutto di omonegatività interiorizzata tra maschi e femmine (Moradi et al., 2009; Rowen & Malcolm, 2003; Szymanski et al., 2008). Queste possibili differenze sembrerebbero riguardare come il processo di interiorizzazione dell'omonegatività si sviluppa nei gay e nelle lesbiche e come successivamente l'omonegatività interiorizzata si esprime: ciò sembrerebbe dipendere sul piano individuale dalle diverse caratteristiche tra maschi e femmine, e di conseguenza tra gay e lesbiche, e sul piano sociale dai diversi contenuti del pregiudizio nei confronti dei maschi e delle femmine, e di conseguenza nei confronti dei gay e delle lesbiche, risultanti quindi in differenti esperienze e identità delle lesbiche e dei gay (Fassinger & Arseneau, 2007; Herek, 2009).

Obiettivo dello studio che ne deriva è dunque l'adattamento italiano dell'*Internalized Homonegativity Inventory* (IHNI; Mayfield, 2001). Tale adattamento potrà fornire agli psicologi italiani uno strumento che permetta di avere una misura valida e attendibile dell'omonegatività interiorizzata, sia nei maschi gay che nelle femmine lesbiche, quando forniscono servizi clinici e/o conducono ricerche con persone omosessuali.

### 1.2 *Internalized Homonegativity Inventory* (IHNI; Mayfield, 2001)

Vari sono stati i tentativi di operationalizzare il costrutto di omonegatività interiorizzata e di creare strumenti che lo misurino (Moradi et al., 2009; Russell & Bohan, 2006; Szymanski et al., 2008). Mayfield nel 2001, dopo aver preso in rassegna e analizzato gli strumenti di misura dell'omonegatività interiorizzata fino a quel momento esistenti e pubblicati, fornì specifici razionali sostenendo che, sulla base delle loro caratteristiche e proprietà psicometriche, questi strumenti avessero difetti di validità di contenuto, che potevano determinare la misura di costrutti psicologici che sono legati all'omonegatività interiorizzata, ma distinti da essa.

Mayfield (2001) ne derivò pertanto la necessità di costruire un nuovo strumento per la misura dell'omonegatività interiorizzata, con il fine ultimo di trarre conclusioni effettive circa l'impatto di tale costrutto sul funzionamento psico-sociale dell'individuo omosessuale. Lo scopo del suo studio fu quindi quello di sviluppare una nuova misura di omonegatività interiorizzata per uomini gay e donne lesbiche, ritenendo che questo costrutto possedesse le stesse salienti caratteristiche di base, avendo cioè la stessa struttura fattoriale, sia nei maschi che nelle femmine omosessuali, e perciò sostenendo che lo strumento costruito potesse essere usato per entrambi i generi in modo invariante, così come era stato suggerito anche da altri autori (si veda ad esempio, Herek et al., 1998; Shidlo, 1994; Williamson, 2000). Al fine di affrontare le questioni di validità di contenuto, spesso difettosa in altre misure, lo strumento consistette di item sviluppati a partire da fattori



specificamente definiti, ipotizzati come componenti dell'omonegatività interiorizzata. Un ulteriore affinamento dello strumento fu raggiunto attraverso l'utilizzo, in un vasto campione di uomini gay e donne lesbiche, dell'analisi fattoriale esplorativa per eliminare gli item che mostravano saturazioni non adeguate. In particolare, fu raccolta evidenza empirica della validità di costrutto, discriminante e convergente esaminando il pattern di correlazioni tra lo strumento e altre specifiche misure. La scala, inizialmente costituita da 42 item, fu somministrata a 241 persone omosessuali che vivevano negli Stati Uniti (Mayfield, 2001).

Nella sua versione definitiva, lo strumento *Internalized Homonegativity Inventory* (IHNI) consiste di 23 item misurati su scala Likert a sei punti (da *fortemente in disaccordo* a *fortemente d'accordo*). Esso è composto da tre sottoscale: *Personal Homonegativity* (omonegatività personale, OP), di 11 item, che misura sia emozioni negative che le persone omosessuali possono provare riguardo alla propria omosessualità (ad esempio, vergogna, depressione, imbarazzo) che atteggiamenti negativi verso la loro omosessualità (ad esempio, essere sdegnati per il proprio orientamento sessuale, voler controllare le proprie attrazioni omosessuali); *Gay/Lesbian Affirmation* (affermazione gay/lesbica, A-G/L), di 7 item, tutti *reverse scored*, che indica la misura in cui le persone omosessuali sentono che la propria omosessualità sia una parte di loro importante e positiva e che essere omosessuali sia normale e appagante; *Morality of Homosexuality* (moralità dell'omosessualità, MO), di 5 item, che misura gli atteggiamenti negativi riguardanti le implicazioni morali del comportamento e dell'attrazione omosessuale. L'inventario fu costruito cosicché punteggi più alti siano indicativi di valori maggiori di omonegatività interiorizzata. Riguardo alle proprietà psicometriche della versione originale dell'IHNI, in Tabella 1 (tratta da Mayfield, 2001) sono riportati degli indici descrittivi sia per l'intero strumento IHNI che per le sue tre sottoscale, insieme alle misure di attendibilità (come coerenza interna con coefficiente alfa di Cronbach) e alle correlazioni tra scala totale e sottoscale.

**Tabella 1.** Statistiche descrittive, attendibilità e correlazioni tra le scale della Versione Originale dell'IHNI

Proprietà	IHNI	OP	A-G/L	MO
M	41.01	21.21	13.46	6.34
DS	15.93	10.06	5.99	2.74
Mediana	36	18	12	5
Range	23-123	11-66	7-35	5-25
Asimmetria	1.64	1.57	1.29	3.44
Coerenza interna (coefficiente $\alpha$ )	.91	.89	.82	.70
Correlazioni				
IHNI	—			
Omonegatività personale (OP)	.93*	—		
Affermazione gay/lesbica (A-G/L)	.80*	.55*	—	
Moralità dell'omosessualità (MO)	.66*	.53*	.41*	—

N = 241; \*  $p < .001$

Le distribuzioni dei punteggi dell'IHNI e delle sue sottoscale erano positivamente asimmetriche (cfr. Tab. 1). Questo aspetto è legato alla grande difficoltà a ottenere un campione casuale di gay e lesbiche. Quando si studiano le persone omosessuali, i ricercatori affrontano sempre il limite dato dal fatto che i loro partecipanti devono auto-identificarsi come “gay” o “lesbica”; molte persone che potrebbero usare tale etichetta per descriversi in privato, a causa dell'oppressione culturale, del pregiudizio diffuso e della propria omonegatività interiorizzata, possono non condividere questa etichetta con i ricercatori. L'Autore dell'IHNI perciò presume che la maggior parte dei partecipanti al suo studio di validazione della scala sia stata sufficientemente a suo agio con la propria identità omosessuale da rispondere a un'indagine rivolta a gay e lesbiche. È inoltre improbabile che le persone nelle fasi iniziali di auto-accettazione e svelamento di sé, mentre hanno alti livelli di omonegatività interiorizzata, si definiscano gay o lesbiche (Mayfield, 2001; Szymanski et al., 2008).

Inoltre, il coefficiente alfa era .70 o maggiore (.82 e .89) per ognuna delle sottoscale, quindi da adeguato a buono in base a quanto proposto da Muñiz (2009); il coefficiente alfa per l'intero inventario a 23 item era .91, pertanto può essere considerato un valore eccellente (Muñiz, 2009).

Per quanto riguarda le correlazioni delle scale, tutte le sottoscale erano significativamente correlate in modo positivo e moderato tra di loro e positivo e forte con la scala totale (vedi Tab. 1).

Oltre a ciò, evidenza empirica dell'IHNI per la validità convergente, discriminante e di costruito è supportata dalle correlazioni riportate in Tabella 2 (tratta da Mayfield, 2001). Il pattern di correlazioni dell'IHNI (scala intera e sue sottoscale) è coerente con le ipotesi formulate dallo stesso Autore del test (Mayfield, 2001).

**Tabella 2.** Correlazioni dell'IHNI e delle Sottoscale dell'IHNI nella Versione Originale con Altre Misure

Misura	n	M (DS)	IHNI	OP	A-G/L	MO
NHAI	240	66.33 (19.97)	.85***	.82***	.66***	.53***
Estroversione	240	46.14 (11.64)	-.24***	-.24***	-.17**	-.14*
Stabilità emotiva	240	35.53 (11.41)	.25***	.29***	.10	.15*
MCSDS	239	13.96 (5.90)	-.05	-.11	.00	.08
Stadio GIQ	241	5.05 (.64)	-.68***	-.65***	-.54***	-.39***
% amici LGB	240	3.62 (1.36)	-.31***	-.25***	-.33***	-.14*

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Per quanto riguarda la validità convergente, i punteggi dell'IHNI correlarono positivamente e fortemente con i punteggi del *Nungesser Homosexuality Attitudes Inventory* (NHAI; Nungesser, 1983), fornendo in tal modo evidenza che i due inventari misurano un costrutto simile. In aggiunta, ciascuna delle tre sottoscale dell'IHNI era significativamente e positivamente correlata con il NHAI, sebbene la forza di queste correlazioni fosse minore della forza della correlazione della scala intera (cfr. Tab. 2).

Evidenza per la validità discriminante fu fornita dalla correlazione dei punteggi dell'IHNI con i punteggi di Estroversione e Stabilità Emotiva (o Neuroticismo), scale del *Mini-Markers* di Saucier (1994) (vedi Tab. 2). I partecipanti che indicarono di essere più espansivi ed estroversi tendevano ad avere punteggi di omonegatività interiorizzata più bassi. Poiché si presume che le persone omosessuali con minor omonegatività interiorizzata siano più sane psicologicamente e maggiormente disposte a frequentare altre persone omosessuali, la correlazione trovata era attesa. Inoltre, i partecipanti che si descrissero come aventi caratteristiche nevrotiche tendevano a riportare omonegatività interiorizzata più alta. Sebbene sia i punteggi di Estroversione che quelli di Stabilità Emotiva fossero correlati in modo significativo con i punteggi della scala intera dell'IHNI, la quantità di varianza che essi condividevano con l'IHNI era relativamente piccola – approssimativamente il 6%. L'IHNI sembra perciò misurare molto di più delle dimensioni di personalità di Estroversione e Stabilità Emotiva (Mayfield, 2001).

Evidenza aggiuntiva di validità discriminante fu fornita dalla mancanza di correlazione tra l'IHNI (e le sue sottoscale) e la *Marlowe-Crowne social desirability scale* per la misura della desiderabilità sociale (MCSDS; Crowne & Marlowe, 1960) (cfr. Tab. 2); fin dal suo sviluppo l'MCSDS è stata infatti ampiamente usata come scala per la validazione di strumenti. La misura di

omonegatività interiorizzata dei partecipanti allo studio non era correlata alla loro tendenza a rispondere in un modo socialmente approvato (Mayfield, 2001). Da ciò deriva anche la caratteristica del test di non includere al suo interno una scala per la misurazione di questa dimensione e, conseguentemente, di una correzione dei punteggi ottenuti.

Per quanto riguarda la validità di costrutto, si trovò che i punteggi dell'IHNI erano correlati negativamente in modo significativo con lo stadio del *Gay Identity Questionnaire* (GIQ; Brady & Busse, 1994) (vedi Tab. 2); questo strumento indica la fase del processo di formazione e sviluppo dell'identità omosessuale in base allo storico modello teorico di Cass del 1979 (cfr. Par. 1.2.1, pag. 20). L'omonegatività interiorizzata delle persone omosessuali tendeva a diminuire quando il loro stadio di identità omosessuale aumentava, passando a fasi del processo di formazione e sviluppo dell'identità omosessuale più avanzate. Anche ognuna delle tre sottoscale dell'IHNI era correlata negativamente in modo significativo con lo stadio del GIQ (Mayfield, 2001).

Evidenza aggiuntiva di validità di costrutto fu fornita dalla correlazione significativa negativa tra la percentuale di amici che sono lesbiche, gay o bisessuali (LGB) e i punteggi della scala intera dell'IHNI (cfr. Tab. 2). In generale, le persone omosessuali che riportavano percentuali più alte di amici LGB avevano minor probabilità di avere internamente atteggiamenti omonegativi. Anche ciascuna delle tre sottoscale dell'IHNI era correlata negativamente in modo significativo con la percentuale di amici LGB (Mayfield, 2001).

Riprendendo le caratteristiche psicometriche salienti dell'*Internalized Homonegativity Inventory*, presenti nello studio condotto da Mayfield nel 2001, i punteggi di tale strumento correlavano in direzioni e intensità attese con misure di estroversione, stabilità emotiva, desiderabilità sociale, stadio di sviluppo dell'identità omosessuale, percentuale di amici LGB e con un'altra misura di omonegatività interiorizzata, supportando in tal modo la validità di costrutto, discriminante e convergente del nuovo inventario IHNI. Inoltre, l'IHNI e le sue sottoscale presentavano valori di attendibilità, intesa come coerenza interna, da medi a molto alti. Questo nuovo strumento di misura dell'omonegatività interiorizzata mostrava così di avere solide proprietà psicometriche e non risentiva di alcuni dei problemi di validità di contenuto che affliggevano le precedenti misure di omonegatività interiorizzata (Mayfield, 2001).

Oltre a ciò, Mayfield nel 2001 aveva concettualizzato il costrutto di omonegatività interiorizzata come formato da tre diverse dimensioni, invece che da due come era avvenuto fino a quel momento all'interno della letteratura scientifica di riferimento (Williamson, 2000). L'innovazione riguardava l'inclusione di un fattore specifico per la misura degli atteggiamenti positivi nelle persone LGB, non più riconducibile in maniera diretta e univoca a un'assenza di atteggiamenti negativi. Le analisi fattoriali nel processo di costruzione dell'IHNI hanno confermato la struttura a tre dimensioni (*Personal Homonegativity, Morality of Homosexuality, Gay/Lesbian Affirmation*), che fornivano una nuova struttura concettuale per esaminare il costrutto di omonegatività interiorizzata. Le correlazioni moderate tra i tre fattori dell'IHNI suggerivano che

l'omonegatività interiorizzata nelle persone omosessuali fosse composta da dimensioni distinte ma correlate. I primi due fattori (*Personal Homonegativity* e *Morality of Homosexuality*) somigliavano ai fattori estratti per vari altri strumenti di misura dell'omonegatività interiorizzata (per esempio, per il *Nungesser Homosexuality Attitudes Inventory* e l'*Internalized Homophobia Inventory*). Il terzo fattore dell'IHNI, *Gay/Lesbian Affirmation*, catturava un'ulteriore dimensione dell'omonegatività interiorizzata, che si riferisce alle credenze positive riguardo all'omosessualità. Invece di essere espressa soltanto da due fattori, che misurano gli atteggiamenti negativi delle persone omosessuali verso la propria omosessualità e verso l'omosessualità in generale (*Personal Homonegativity* e *Morality of Homosexuality*, rispettivamente), l'omonegatività interiorizzata sembra quindi comprendere un'altra importante dimensione che è rappresentata dal fattore *Gay/Lesbian Affirmation*. Tale terzo fattore distinto è costituito da item che misurano atteggiamenti positivi nei confronti dell'omosessualità, caratterizzandosi cioè come una sorta di "omopositività" interiorizzata (Mayfield, 2001).

Mentre questo risultato è utile nell'estendere la nostra comprensione teorica dell'omonegatività interiorizzata, esso ha anche alcune implicazioni pratiche potenzialmente importanti per psicologi e psicoterapeuti che forniscono servizi a clienti omosessuali. L'esistenza di un fattore "omopositivo" suggerisce che aiutare i clienti a superare gli atteggiamenti e sentimenti negativi riguardo alla loro omosessualità dovrebbe non essere il solo obiettivo di psicologi e psicoterapeuti gay/lesbica-affermativi nel loro intervento con clienti gay e lesbiche; al fine di diminuire effettivamente l'omonegatività interiorizzata, gli psicologi e gli psicoterapeuti dovrebbero anche incoraggiare le persone omosessuali a sviluppare atteggiamenti, valori e sentimenti positivi, gay/lesbica-affermativi verso la propria sessualità. Il riconoscimento che gli psicologi e gli psicoterapeuti che lavorano con le persone omosessuali dovrebbero realizzare questo duplice obiettivo nel combattere l'omonegatività interiorizzata nel cliente era già stato notato da vari autori (tra gli altri, Fassinger, 1991; Williamson, 2000), ma lo studio di Mayfield (2001) per primo fornisce evidenza quantitativa a supporto dell'utilità di un tale approccio.

Dopo aver discusso le implicazioni della struttura a tre fattori dell'IHNI per la concettualizzazione dell'omonegatività interiorizzata, l'Autore dell'IHNI concluse il suo studio di sviluppo del nuovo inventario per la misura dell'omonegatività interiorizzata affermando che sono necessari ulteriori studi per l'indagine dell'attendibilità e della validità della scala. La struttura proposta a tre fattori dell'IHNI dovrebbe essere verificata ulteriormente usando l'analisi fattoriale confermativa con uno o più altri campioni di persone omosessuali, anche di contesti socio-culturali e geografico-linguistici differenti. È anche necessaria una ricerca più estensiva sui vari tipi di validità dell'IHNI; in particolare, sarebbe utile indagare la relazione tra l'IHNI e misure di concetto di sé, come l'autostima (Mayfield, 2001).

### 1.3 Obiettivi

Lo scopo del presente studio è quello di adattare in lingua italiana il suddetto *Internalized Homonegativity Inventory* (IHNI; Mayfield, 2001): a tal proposito sono state analizzate le proprietà psicometriche della versione italiana del test come struttura fattoriale, attraverso l'Analisi Fattoriale Confermativa (AFC), e come attendibilità e validità, mediante l'analisi delle relazioni che le misure alla versione italiana del test mostravano con varie altre misure, tra cui alcune già utilizzate da Mayfield (2001) nella validazione della versione originale dello stesso. Inoltre, accogliendo i recenti suggerimenti di alcuni autori (cfr. Par. 1.1, pag. 42), è stata condotta l'analisi dell'invarianza di genere per provare se il test IHNI risultasse o meno invariante rispetto al genere del rispondente, cioè per verificare che uno stesso strumento, in questo caso l'IHNI, misuri lo stesso costrutto nei due generi, maschile e femminile.

## 2. Metodo

### 2.1 Partecipanti

I partecipanti allo studio sono stati reclutati, durante un periodo di circa otto mesi da gennaio ad agosto del 2011, attraverso un campionamento di convenienza svolto principalmente tramite associazioni, eventi e luoghi di ritrovo della comunità LGBT italiana, soprattutto della Toscana.

Il campione totale è formato da 693 soggetti, di cui 348 maschi e 345 femmine. Tutti i partecipanti allo studio si sono dichiarati omosessuali esclusivi (57.1%) o prevalenti (42.9%). L'età dei partecipanti variava fra 18 e 75 anni ( $M = 35.58$ ;  $DS = 9.47$ ). Per quanto riguarda il luogo di residenza, la maggior parte dei soggetti risiedeva in Toscana (75.6%). Relativamente allo stato civile, quasi tutti i partecipanti (95.9%) riferivano di essere celibi/nubili. I titoli di studio più ricorrenti erano il diploma di scuola secondaria di secondo grado (38.7%), il diploma di laurea specialistica/magistrale o secondo il previgente ordinamento (31.9%), il diploma di laurea triennale (13.5%) e il diploma di scuola secondaria di primo grado (12%). Le attività lavorative che venivano indicate più di frequente erano l'attività impiegatizia (42.9%), quella libero professionale (20.7%), quella studentesca (11.6%) e quella operaia (11.3%).

Per quanto riguarda le tappe principali di sviluppo dell'identità omosessuale, l'età media della prima consapevolezza di una attrazione omosessuale è risultata pari a  $15.43 \pm 6.71$  anni, l'età media della prima attività sessuale omosessuale a  $20.38 \pm 6.27$  anni, l'età media della prima auto-definizione come omosessuale/bisessuale a  $21.71 \pm 6.32$  anni e infine è stata trovata un'età media della prima relazione affettiva omosessuale pari a  $23.16 \pm 5.81$  anni. Questi dati sono coerenti con il percorso a tappe successive dei principali modelli di formazione e sviluppo dell'identità omosessuale (Cass, 1979; Cohler & Hammack, 2007; Troiden, 1979, 1988), confermando quindi l'adeguatezza del campione del presente studio.

Riguardo alla situazione sentimentale dei partecipanti allo studio, la maggior parte di loro si trovava in un rapporto di coppia di tipo omosessuale (60.9%), di cui il 47.5% ha dichiarato di essere convivente. I restanti soggetti erano tutti single (39.1%).

Dei 693 soggetti del campione totale il sottogruppo di 266 soggetti, a cui sono stati sottoposti tutti gli strumenti per fornire delle misure di validità della scala IHNI, è risultato essere omogeneo per quanto riguarda il genere (femmine = 50%).

## 2.2 Strumenti

L'obiettivo di tale studio è stato quello di condurre l'adattamento italiano dell'IHNI (Mayfield, 2001) nel campione di 693 partecipanti allo studio. Per fare ciò, è stato somministrato ai soggetti un questionario contenente, nelle due versioni integrali, per le femmine e per i maschi, sottoposte al sottogruppo di 266 partecipanti, oltre all'IHNI: una scheda di dati socio-demografici e socio-affettivi, tra cui la scala di Kinsey (Kinsey et al., 1948) per la definizione dell'orientamento sessuale, la misura del senso di appartenenza alla comunità LGB (variabile a singolo item misurato su scala Likert a cinque punti da *per niente* a *moltissimo*) e la percentuale di amici LGB (variabile misurata usando cinque categorie di risposta discrete: 1 = 0-20%; 2 = 21-40%; 3 = 41-60%; 4 = 61-80%; 5 = 81-100%); la *Marlowe-Crowne Social Desirability Scale* (MCSDS; Crowne & Marlowe, 1960) per la misura della desiderabilità sociale, nella versione italiana, in forma ridotta a nove item, adattata e validata da Manganelli Rattazzi, Canova e Marcorin (2000); le scale di *Stabilità emotiva* (S) ed *Energia* (E) del *Big Five Adjectives* (BFA; Barbaranelli, Caprara, & Steca, 2002) per la misura di questi due fattori di personalità; le *Ryff's Psychological Well-Being Scales* (RPWB; Ryff, 1989; 1995) per la misura del benessere psicologico, nella versione italiana a 18 item (Ruini, Ottolini, Rafanelli, Ryff, & Fava, 2003; Sirigatti et al., 2009), validata dagli stessi Autori; il *Life Orientation Test – Revised* (LOT-R; Scheier, Carver, & Bridges, 1994) per la misura dell'ottimismo disposizionale, nella versione italiana adattata e validata da Giannini, Schuldberg, Di Fabio e Gargaro (2008); e per finire, la *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES; Rosenberg, 1965) per la misura dell'autostima, nella versione italiana adattata e validata da Prezza, Trombaccia e Armento (1997).

La scelta di tali strumenti è in linea con quanto fatto dall'Autore della versione originale dell'IHNI (Mayfield, 2001), che per fornire misure di validità dello stesso ha condotto alcune correlazioni con le versioni americane di alcuni strumenti utilizzati anche in questo studio. Lo stesso Autore aveva anche fornito prove di validità dell'IHNI attraverso correlazioni con le misure di Estroversione e Stabilità Emotiva, indagate tramite il test dei *Mini-Markers* di Saucier (1994). Dal momento che non esistono adattamenti italiani del suddetto test, sono state somministrate le scale di *Stabilità emotiva* (S) ed *Energia* (E) del *Big Five Adjectives* (BFA; Barbaranelli et al., 2002), che misurano gli stessi due fattori di personalità, in maniera analoga quindi a quanto fatto per la versione originale dell'IHNI. Inoltre, Mayfield (2001) aveva fornito ulteriori prove di validità dell'IHNI

attraverso correlazioni con un'altra misura di omonegatività interiorizzata, indagata tramite il test *Nungesser Homosexuality Attitudes Inventory* (NHA; Nungesser, 1983), e con una misura dello stadio di sviluppo dell'identità omosessuale, indagata tramite il test *Gay Identity Questionnaire* (GIQ; Brady & Busse, 1994). Dal momento che non esistono adattamenti italiani dei due suddetti test né strumenti in versione italiana che misurino gli stessi costrutti, non è stato possibile replicare tale aspetto della validità della scala IHNI. Inoltre, sono stati somministrati i seguenti altri test: le *Ryff's Psychological Well-Being Scales* (Ruini et al., 2003; Sirigatti et al., 2009) per la misura del costrutto di benessere psicologico, il *Life Orientation Test - Revised* (Giannini et al., 2008) per la misura del costrutto di ottimismo disposizionale e la *Rosenberg Self-Esteem Scale* (Prezza et al., 1997) per la misura del costrutto di autostima, in modo da verificare nello studio italiano, sulla base di alcune relazioni già riscontrate in letteratura (Newcomb & Mustanski, 2010a), gli indici di validità dell'IHNI rispetto a quanto fatto per la versione originale del test con il costrutto dello stadio di sviluppo dell'identità omosessuale. È stato infatti dimostrato che il benessere psicologico, l'ottimismo disposizionale e l'autostima della persona omosessuale tendono ad accrescere man mano che la persona passa a stadi del processo di sviluppo dell'identità omosessuale più avanzati (Cohler & Hammack, 2007; Kertzner et al., 2009). Nel presente studio non sono stati utilizzati invece strumenti per un'altra misura di omonegatività interiorizzata nei gay e nelle lesbiche, mancandone una versione italiana adattata e validata.

Ai restanti 427 soggetti del campione totale sono state sottoposte le due versioni ridotte del questionario, quella per i maschi e quella per le femmine, contenenti solo l'IHNI insieme alla scheda di dati socio-demografici e socio-affettivi.

### 2.3 Procedura

Per sviluppare la versione italiana dell'*Internalized Homonegativity Inventory* (IHNI) è stata effettuata una *back-translation* (Brislin, 1970) da parte di un collaboratore di madrelingua inglese, dopo che lo strumento era stato tradotto in modo accurato dalla lingua inglese alla lingua italiana (traduzione in italiano verificata da collaboratori fluenti in inglese), in modo da mantenere il più possibile il significato originale degli item dello strumento. Sono state predisposte due versioni italiane del test, identiche nel significato e nella forma di ogni singolo item, una per i maschi e una per le femmine, in modo che la comprensione del contenuto degli item non risultasse ambigua a causa del riferimento a *genere* e *orientamento sessuale* del rispondente e della persona da cui si è attratti; le due versioni sono riportate integralmente in Appendice 1 e Appendice 2.

Il test è composto da 23 item per la misurazione di tre differenti dimensioni (*Omonegatività Personale*, *Affermazione Gay/Lesbica*, *Moralità dell'Omosessualità*), con formato di risposta uguale a quello della versione originale dell'IHNI, di tipo Likert a sei punti (1 = *fortemente in disaccordo*, 2 = *abbastanza in disaccordo*, 3 = *leggermente in disaccordo*, 4 = *leggermente d'accordo*, 5 = *abbastanza d'accordo*, 6 = *fortemente d'accordo*). In particolare, sono presenti 7



item *reverse* che corrispondono a tutti gli item della sottoscala *Affermazione Gay/Lesbica*, in modo congruo a ciò che questa dimensione rappresenta, così come succede per la versione originale del test, il cui punteggio totale, quindi, può assumere valori compresi tra 7 e 42; per quel che riguarda la sottoscala *Omonegatività Personale*, dal momento che è composta da 11 item, il suo punteggio totale è compreso tra 11 e 66; per quanto riguarda poi la sottoscala *Moralità dell'Omosessualità*, composta da 5 item, il suo punteggio totale è compreso tra 5 e 30. Infine, il punteggio di scala totale all'IHNI può assumere quindi valori compresi tra 23 e 138.

La somministrazione del questionario, costruito in quattro versioni, due integrali, di cui una per i maschi e una per le femmine, e due ridotte, di cui una per i maschi e una per le femmine, è avvenuta in piccoli gruppi e il tempo di somministrazione del questionario è stato mediamente di circa 35' per la versione con tutti gli strumenti, sottoposta a 266 partecipanti, e mediamente di circa 10' per la versione ridotta, sottoposta ai restanti soggetti del campione totale.

## 2.4 Analisi dei dati

Dopo aver provveduto alla sostituzione *listwise* dei dati mancanti, sono state dapprima condotte le analisi descrittive a livello di singolo item attraverso l'utilizzo del software SPSS 17.0.

Più specificatamente, dal momento che l'Autore della versione originale dell'IHNI (Mayfield, 2001) evidenziava alcune violazioni rispetto alla normalità univariata delle distribuzioni degli item dello strumento, è stata testata per la versione italiana dell'IHNI la normalità univariata delle distribuzioni degli item valutando gli indici di Asimmetria e Curtosi, dove valori compresi tra -1 e 1 attestavano come l'item si distribuisse normalmente

Dal momento che la distribuzione di alcuni item violava l'assunzione di normalità, per testare, come primo passo, la struttura fattoriale dello strumento sono state condotte delle Analisi Fattoriali Confermative (AFC) con il metodo di stima dei parametri *Weighted Least Squares Means and Variances Adjusted* (WLSMV), robusto rispetto a tali violazioni (Flora & Curran, 2004), attraverso il software Mplus 3.0 (Muthén & Muthén, 2004). Per valutare l'adeguatezza del modello sono stati utilizzati i seguenti indici di *Fit*: il *Comparative Fit Index* (CFI; Bentler, 1990), il *Tucker-Lewis Index* (TLI; Tucker & Lewis, 1973) e il *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA; Steiger & Lind, 1980). Per il CFI e il TLI quando i valori sono uguali o superiori a .90 si ha un buon adattamento ai dati (Hu & Bentler, 1998, 1999), per l'RMSEA valori uguali o inferiori a .08 indicano che il modello spiega in modo accettabile i dati osservati (Hu & Bentler, 1998, 1999).

Come secondo passo, è stata testata l'invarianza di genere per la misura del modello trifattoriale dell'IHNI ipotizzato da Mayfield (2001). L'invarianza delle saturazioni fattoriali è stata identificata come il test cruciale per accertare la generalizzabilità fattoriale tra i gruppi (Reise, Widaman, & Pugh, 1993). Inoltre, l'invarianza della misura è frequentemente testata attraverso i confronti multigruppo usando i modelli di equazioni strutturali all'interno della cornice di un'analisi fattoriale confermativa (Fonseca-Pedrero, Sierra-Baigrie, Lemos-Giráldez, Paino, & Muñiz, 2012).

Utilizzando confronti multigruppo per dati categoriali in Mplus (parametrizzazione Delta), la verifica dell'invarianza della misura è condotta in più step gerarchici e progressivi, iniziando con la determinazione di un modello di *baseline* multigruppo con un buon adattamento ai dati e continuando con l'inserimento di ulteriori vincoli nei parametri del modello nel confronto tra i gruppi (Muthén & Muthén, 2004).

Nello specifico dell'analisi dell'invarianza di genere condotta in questo studio al fine di confrontare la struttura fattoriale dell'IHNI tra i due generi, sono state effettuate delle AFC con il metodo di stima dei parametri WLSMV (Fonseca-Pedrero et al., 2012), usando la versione 3.0 del software Mplus (Muthén & Muthén, 2004). Seguendo i suggerimenti di Vandenberg (2002), è stata testata una serie di modelli *nested* in una sequenza ordinata di step. Allo scopo del confronto tra i modelli *nested*, sono stati utilizzati i criteri proposti da Cheung e Rensvold (2002) per la verifica dell'invarianza della misura nel caso di dati categoriali –  $\Delta CFI$ ,  $\Delta TLI$  e  $\Delta RMSEA$  – per determinare cioè se i modelli confrontati siano equivalenti o meno. Quando c'è una differenza maggiore di .01 nel CFI, TLI o RMSEA tra due modelli *nested*, il modello meno vincolato è accettato e l'altro rifiutato, cioè il modello più restrittivo non tiene. Se la differenza nel CFI, TLI o RMSEA è minore di .01, si considerano invarianti i vincoli fissati uguali e si può quindi continuare con lo step successivo nell'analisi dell'invarianza della misura (Cheung & Rensvold, 2002).

Inoltre, l'attendibilità dell'IHNI è stata valutata mediante il coefficiente alfa di Cronbach di coerenza interna e gli indici di validità sono stati calcolati mediante correlazioni lineari prodotto-momento di Pearson e test t di Student, similmente a quanto effettuato dall'Autore della versione originale dell'IHNI (Mayfield, 2001).

Riassumendo, nel campione totale di 693 soggetti sono state effettuate l'AFC per la verifica della struttura dimensionale, l'analisi dell'invarianza di genere e la misura dell'attendibilità per la versione italiana dell'IHNI; gli indici di validità sono stati calcolati in un sottogruppo di 266 partecipanti, a cui sono stati somministrati tutti gli strumenti predisposti per lo studio.

### 3. Risultati

#### 3.1 Verifica della struttura fattoriale dell'IHNI

La Tabella 3 presenta le medie e le deviazioni standard dei punteggi grezzi ottenuti all'IHNI dal campione totale utilizzato in questa ricerca (N = 693), così come dal gruppo di maschi (N = 348) e dal gruppo di femmine (N = 345).

**Tabella 3.** Medie e Deviazioni Standard dei Punteggi dell'IHNI nella Versione Italiana per il Campione Totale e Diviso per Genere

Totale		Maschi		Femmine	
M	DS	M	DS	M	DS
39.78	12.94	39.98	12.62	39.42	13.20

Per quanto riguarda la normalità delle distribuzioni degli item dell'IHNI, la Tabella 4 riporta i valori di Asimmetria e Curtosi per ogni item dello strumento IHNI.

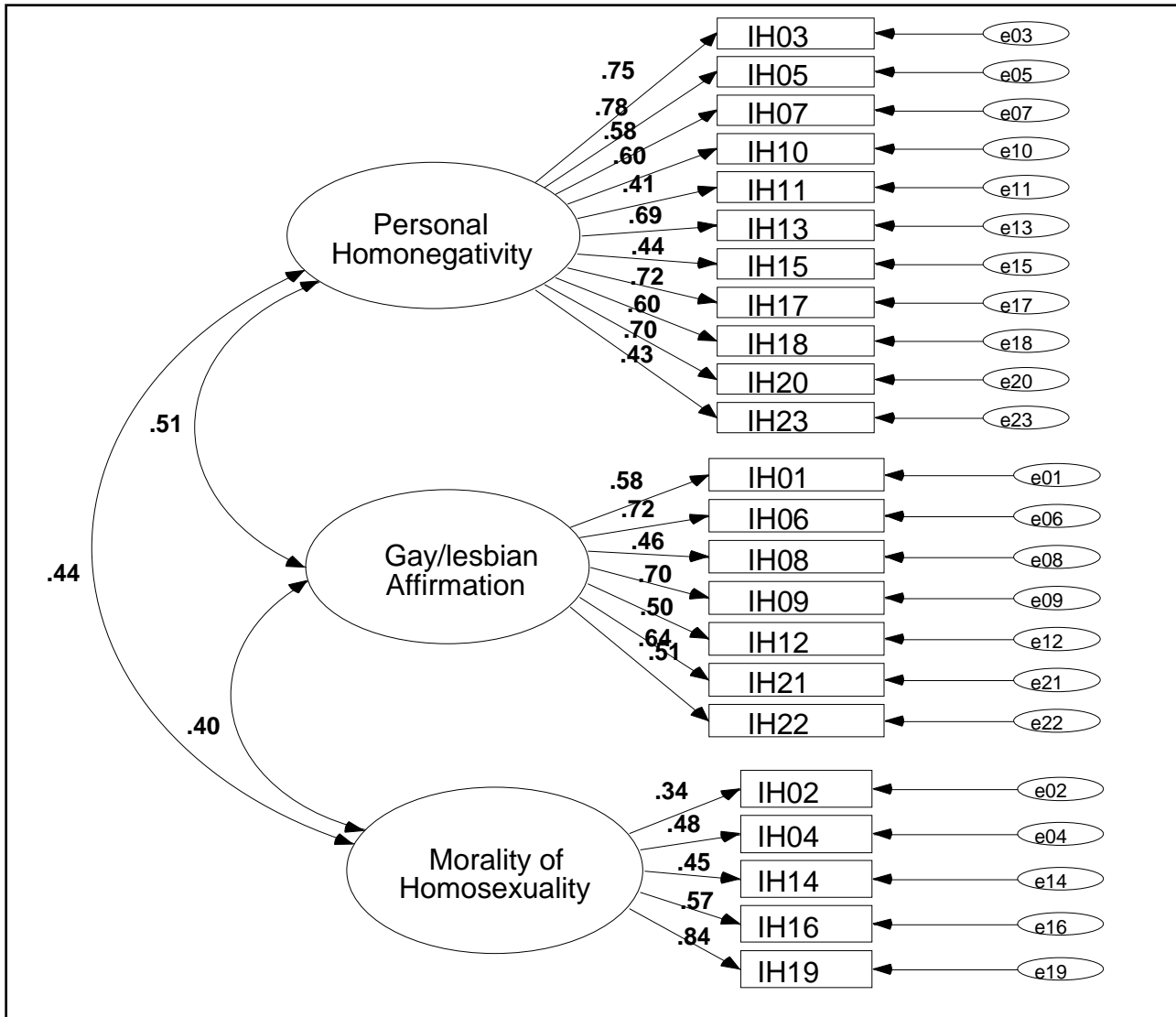
**Tabella 4.** Indici di normalità delle distribuzioni degli item dell'IHNI nella Versione Italiana

<b>ITEM IHNI</b>	<b>ASIMMETRIA</b>	<b>CURTOSI</b>
Item01 (rev)	1.607	1.807
Item02	4.991	25.518
Item03	2.903	8.581
Item04	5.629	33.383
Item05	2.817	7.845
Item06 (rev)	.538	-1.052
Item07	2.619	6.204
Item08 (rev)	.986	.018
Item09 (rev)	-.065	-1.229
Item10	1.384	.848
Item11	2.118	3.518
Item12 (rev)	1.859	2.351
Item13	1.054	-.189
Item14	2.187	3.985
Item15	2.911	7.928
Item16	4.674	22.562
Item17	4.440	19.253
Item18	2.411	4.995
Item19	5.841	36.739
Item20	2.036	3.329
Item21 (rev)	.778	-.418
Item22 (rev)	2.433	5.467
Item23	2.974	7.947

La verifica della normalità delle distribuzioni degli item dell'IHNI ha permesso di individuare che molti item (item01, item02, item03, item04, item05, item07, item10, item11, item12, item14, item15, item16, item17, item18, item19, item20, item22, item23; cfr. Tab. 4) dell'IHNI avevano indici di Asimmetria e Curtosi al di fuori del range di accettabilità (valori compresi tra -1 e 1) in misura non trascurabile.

Di conseguenza, per confermare il modello fattoriale proposto dall'Autore (Mayfield, 2001) della versione originale statunitense del test, è stata effettuata l'Analisi Fattoriale Confermativa (AFC) con il metodo di stima dei parametri *Weighted Least Squares Means and Variances Adjusted* (WLSMV), robusto rispetto a tali violazioni. Quindi, è stato testato il modello fattoriale proposto dall'Autore della versione originale del test (Figura 3), i cui indici di adattamento ai dati osservati (modello base), riportati in Tabella 5, risultavano essere accettabili dal momento che gli indici CFI e TLI erano maggiori del cutoff di .90 e l'indice RMSEA presentava un valore uguale al cutoff di .08 (Hu & Bentler, 1998, 1999).

**Figura 5.** Modello Fattoriale dell'IHNI Americano (Mayfield, 2001)

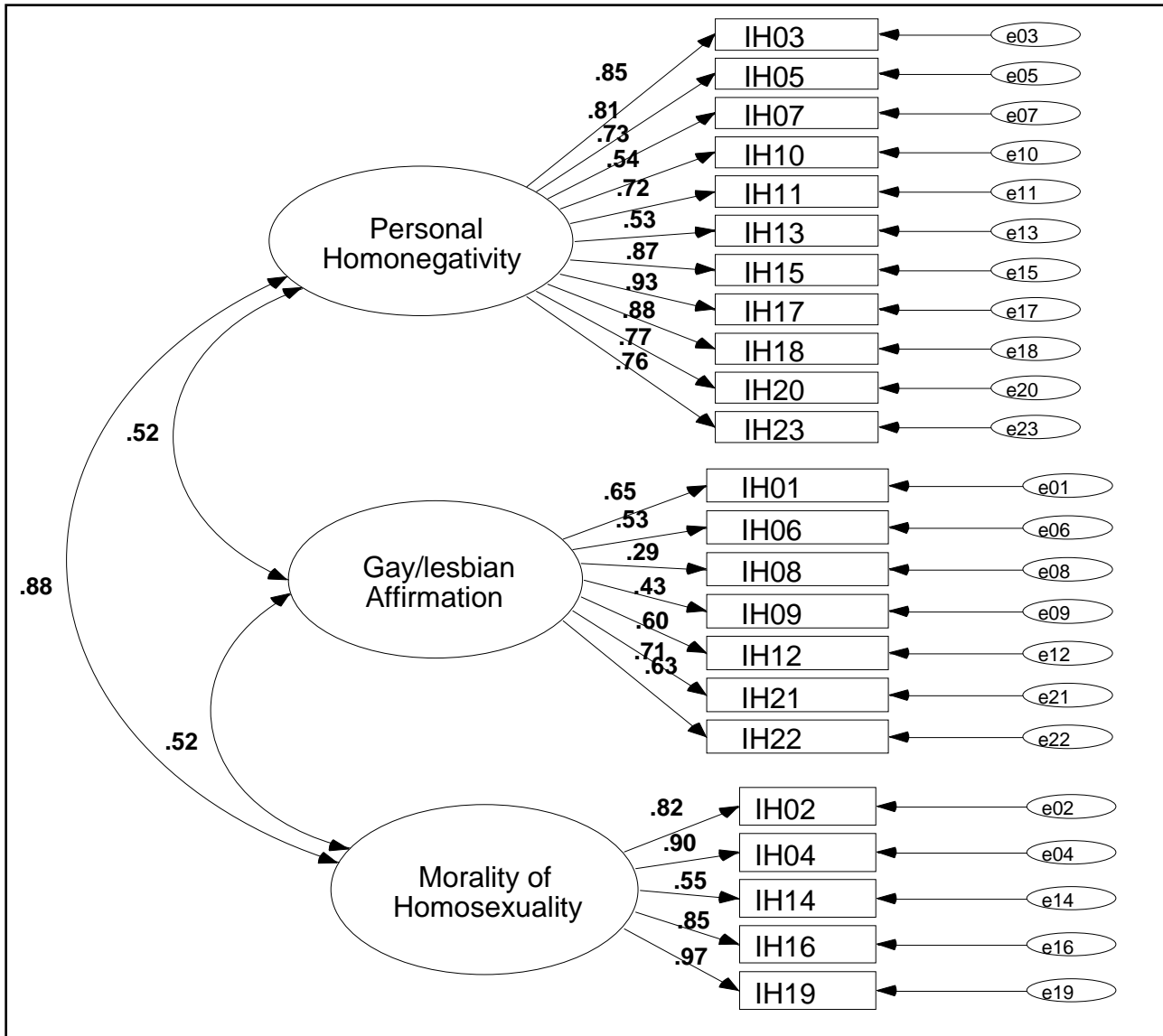


**Tabella 5.** Indici di *Fit* dell'IHNI Italiano (AFC)

Modello	$\chi^2$	df	<i>p</i>	CFI	TLI	RMSEA
Base	396.23	69	<.001	.91	.96	.08

Inoltre, relativamente al modello base, tutti i parametri sono risultati significativi, come evidenziato in Figura 6.

**Figura 6.** Modello Fattoriale dell'IHNI Italiano (AFC; modello base)



Dal momento che gli indici di adattamento associati a tale modello (modello base) sono risultati essere tutti accettabili e in funzione della significatività di tutti i parametri inseriti nel modello stesso, i risultati attestano come la versione italiana del test presenti la stessa struttura fattoriale della versione originale americana di Mayfield (2001).

### 3.2 Invarianza di genere dell'IHNI

Per testare l'ipotesi di invarianza fattoriale rispetto al genere del rispondente al test IHNI, è stato usato un modello di analisi fattoriale confermativa multigruppo (cfr. Par. 2.4, pag. 56).

Il primo step è stato valutare se un modello *unconstrained*, libero o senza vincoli (modello base), implicante un ugual numero di fattori tra i due gruppi, descrivesse i dati osservati sia nel gruppo maschile che in quello femminile. Una volta verificato che erano stati ottenuti risultati accettabili (un buon adattamento ai dati con il CFI maggiore o uguale a .90, il TLI maggiore o uguale a .90, e il RMSEA minore o uguale a .08), si è potuti passare al secondo step.

In questo step (modello 1), le saturazioni sono state vincolate ad essere uguali nei due gruppi (*constrained*). Dal momento che non sono risultate differenze tra gli indici CFI, TLI e RMSEA del modello 1 rispetto a quelli del modello base e quindi la stessa relazione dei parametri per la variabile latente teneva in entrambi i gruppi, si è passati a uno step più restrittivo per la verifica dell'invarianza.

Vincoli delle varianze e covarianze dei fattori (la parte strutturale del modello) sono stati aggiunti al modello nello step seguente (modello 2). Dal momento che non sono risultate differenze tra gli indici CFI, TLI e RMSEA del modello 2 rispetto a quelli del modello 1 e quindi l'analogia dei parametri strutturali tra i due generi teneva, è stato condotto l'ultimo step (modello 3).

Il test per l'invarianza nello step finale è stato quello più restrittivo. L'invarianza totale tra i generi è stata assunta aggiungendo i vincoli delle varianze residue. Dato che non sono risultate differenze tra gli indici CFI, TLI e RMSEA del modello 3 rispetto a quelli del modello 2 e quindi il modello con tutte e tre le matrici dei parametri vincolate si adattava ai dati, l'assunzione che lo stesso modello operi in entrambi i gruppi è stata supportata.

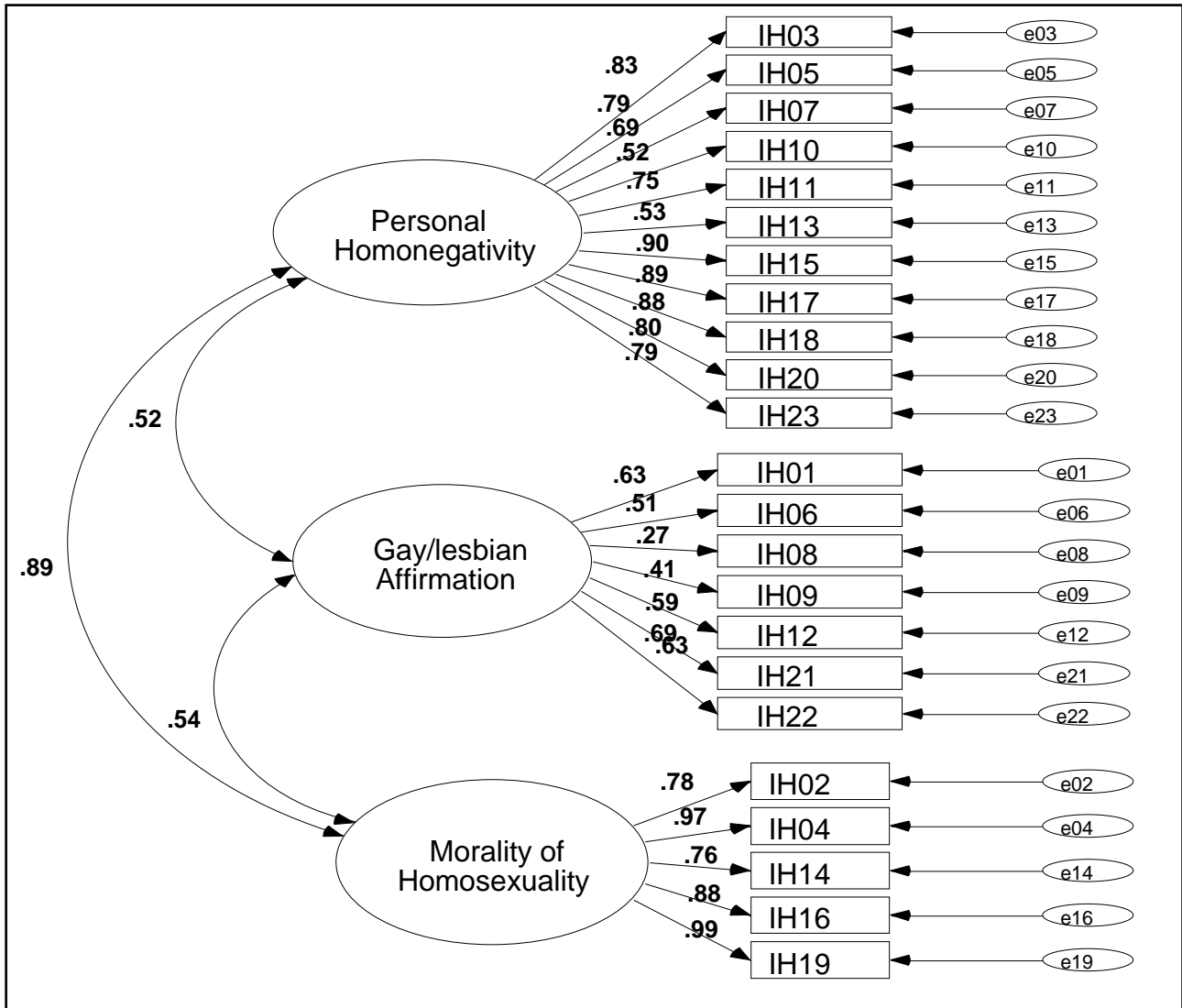
Riassumendo, i risultati della verifica dell'invarianza per i maschi e le femmine sono stati riportati in Tabella 6. Come si può evincere da questa tabella, il modello dei due gruppi *unconstrained* ha dimostrato un buon adattamento ai dati (CFI = .95, TLI = .97, RMSEA = .08). L'adattamento del modello rimaneva soddisfacente in tutti i test sempre più restrittivi per l'invarianza in accordo con i criteri proposti da Cheung e Rensvold (2002), cioè il modello era totalmente invariante fino all'ultimo livello, indicando la equivalenza del costrutto sia nei maschi che nelle femmine del campione italiano.

**Tabella 6.** Risultati dell'Analisi dell'Invarianza di Genere per l'IHNI Italiano

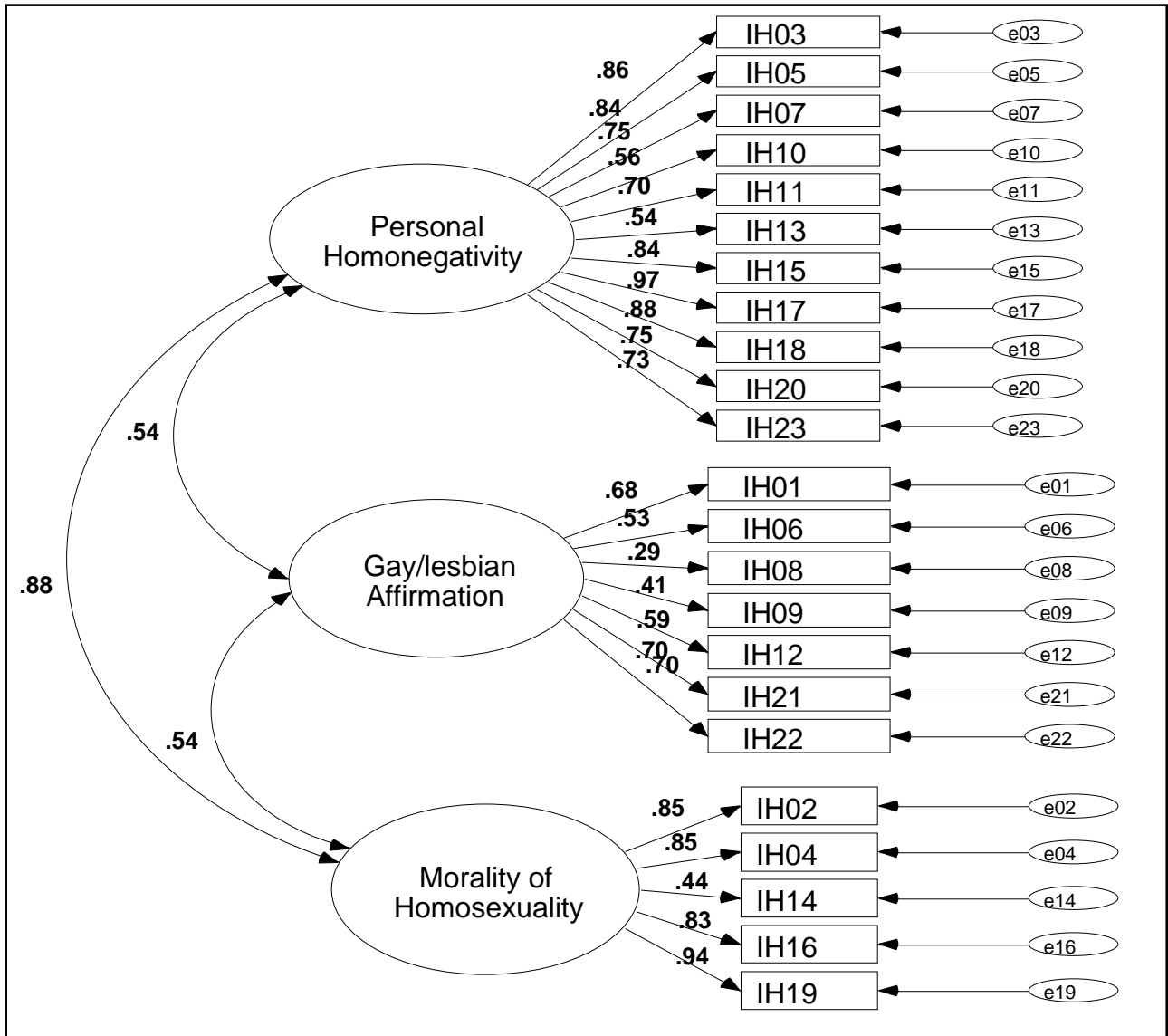
Modello	CFI	TLI	RMSEA
<b>Base</b>	.95	.97	.08
<b>1</b>	.95	.97	.08
<b>2</b>	.95	.97	.08
<b>3</b>	.95	.97	.08

A completamento dell'assunzione di invarianza di genere per la versione italiana dell'IHNI, relativamente al modello 3 tutti i parametri sono risultati significativi sia per il gruppo femminile che per quello maschile, come evidenziato rispettivamente in Figura 7 e in Figura 8.

**Figura 7.** Modello Fattoriale dell'IHNI Italiano per le femmine (modello 3)



**Figura 8.** Modello Fattoriale dell'IHNI Italiano per i maschi (modello 3)



### 3.3 Analisi delle proprietà psicometriche dell'IHNI

L'analisi delle proprietà psicometriche della versione italiana dell'IHNI e delle sue sottoscale ha evidenziato che l'attendibilità dello strumento è elevata: in base a quanto proposto da Muñiz (2009), i valori di coerenza interna (come coefficiente alfa di Cronbach) sono infatti adeguati (.72 e .76) per due sottoscale dell'IHNI e buoni sia per la scala intera dell'IHNI (.88) che per una sua sottoscala (.86), come mostrato in Tabella 7.

In più, tutte le correlazioni tra l'IHNI e le sue sottoscale risultano essere significative e positive: nello specifico le correlazioni sono forti tra la scala totale e le sue tre sottoscale e sono invece moderate tra le tre sottoscale (cfr. Tab. 7).



**Tabella 7.** Statistiche descrittive, attendibilità e correlazioni tra le scale della Versione Italiana dell'IHNI

Proprietà	IHNI	OP	A-G/L	MO
M	39.78	17.45	16.96	6.08
DS	12.94	7.71	6.71	2.49
Mediana	37	16	15	5
Range	23-117	11-56	7-41	5-24
Asimmetria	1.63	1.50	.87	2.85
Coerenza interna (coefficiente $\alpha$ )	.88	.86	.76	.72
Correlazioni				
IHNI	—			
Omonegatività personale (OP)	.87*	—		
Affermazione gay/lesbica (A-G/L)	.74*	.52*	—	
Moralità dell'omosessualità (MO)	.66*	.49*	.37*	—

N = 693; \*  $p < .001$

Per quanto riguarda poi gli indici di validità della versione italiana dell'IHNI, calcolati nel sottogruppo di 266 partecipanti allo studio, dalle analisi compiute risulta che la validità di costrutto è supportata da correlazioni significative e negative con le misure di Autostima, Ottimismo, Autoaccettazione e Crescita personale (RPWB), percentuale di amici LGB (cfr. Tab. 8).

Inoltre, evidenza empirica a supporto della validità discriminante è data da correlazioni basse benchè significative con le variabili Stabilità emotiva ed Energia (BFA) e con la variabile Desiderabilità sociale, come mostrato in Tabella 8.

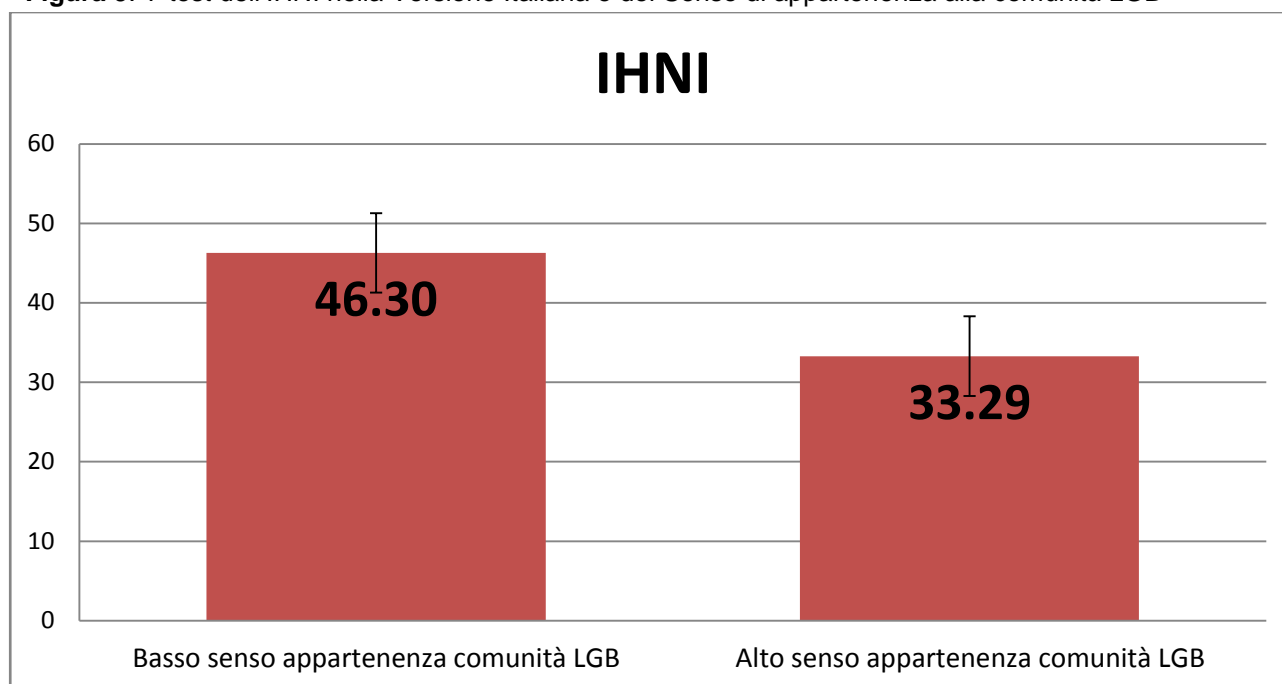
Per concludere, la validità di criterio per lo strumento IHNI nella versione italiana è supportata dalla differenza statisticamente significativa, valutata con il T-test, dell'omonegatività interiorizzata rispetto al Senso di appartenenza alla comunità LGB (*basso vs alto*, categorie derivate rispettivamente da punteggio di 1 = *per niente* e 2 = *poco* per la categoria *basso* e da punteggio di 4 = *molto* e 5 = *moltissimo* per la categoria *alto*), con  $t(116.40) = 6.30$ ,  $p < .001$  ed *effect size*  $d = .98$ , come risulta dalla Figura 9.

**Tabella 8.** Correlazioni dell'IHNI e delle Sottoscale dell'IHNI nella Versione Italiana con Altre Misure

Misura	M (DS)	IHNI	OP	A-G/L	MO
Autostima (RSES)	32.51 (4.51)	-.33**	-.35**	-.18**	-.23**
Ottimismo (LOT-R)	16.53 (3.06)	-.25**	-.26**	-.17**	-.11
Benessere psicologico (RPWB)					
Auto-accettazione (SA)	13.06 (2.46)	-.15*	-.01	-.20**	-.23**
Crescita personale (PG)	12.51 (2.86)	-.19**	-.16*	-.18**	-.09
% amici LGB	3.01 (1.20)	-.29**	-.22**	-.28**	-.15*
Stabilità emotiva (S-BFA)	111.16 (20.31)	-.28**	-.29**	-.15*	-.20**
Energia (E-BFA)	117.35 (21.59)	-.22**	-.20**	-.16**	-.11
Desiderabilità sociale (MCSDS)	35.33 (7.51)	-.16*	-.07	-.20**	-.07

N = 266; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

**Figura 9.** T-test dell'IHNI nella Versione Italiana e del Senso di appartenenza alla comunità LGB



#### 4. Discussione

L'obiettivo di questo studio è stato quello di condurre l'adattamento italiano dell'*Internalized Homonegativity Inventory* (IHNI), costruito nella sua forma originale da Mayfield nel 2001 per indagare nelle persone omosessuali il costrutto di *omonegatività interiorizzata*, legato concettualmente al modello dello Stress da Minoranza (*Minority Stress Model*; Meyer, 1995, 2003; cfr. Cap. 2, pag. 25) e sviluppato per risolvere alcuni dei problemi di validità di contenuto che affliggevano misure precedenti dello stesso costrutto. L'omonegatività interiorizzata risulta essere

particolarmente importante principalmente perché tale costrutto sembra assumere un ruolo rilevante nella spiegazione di modelli esplicativi di tipo causale riguardanti le minoranze sessuali, le loro caratteristiche e il loro funzionamento, e nei processi che contraddistinguono lo sviluppo, l'espressione e l'interazione delle persone con identità omosessuale (Newcomb & Mustanski, 2010b; Russell & Bohan, 2006). In conseguenza a ciò, diventava importante poter misurare il costrutto di omonegatività interiorizzata e poter condurre l'adattamento italiano dell'IHNI, poiché non esistevano altri strumenti validati in lingua italiana per la misura dell'omonegatività interiorizzata nei gay e nelle lesbiche. In particolare, si è deciso di adattare e validare proprio questo test perché risultava essere il più soddisfacente per misurare tale costrutto negli uomini e nelle donne omosessuali date le sue buone proprietà psicometriche e capacità predittive (Mayfield, 2001; Szymanski et al., 2008). Per fare ciò, è stata replicata la struttura fattoriale della versione originale dello strumento, sono state indagate sia attendibilità che validità ed è stata effettuata l'analisi dell'invarianza di genere.

Nello specifico, l'AFC ha confermato per la versione italiana della scala il modello trifattoriale della versione originale statunitense dell'IHNI. I risultati relativi alla struttura fattoriale dell'IHNI indicano dunque una struttura tridimensionale di omonegatività interiorizzata, costituita dalle tre dimensioni distinte di *omonegatività personale*, *affermazione gay/lesbica* e *moralità dell'omosessualità*. Inoltre, tutte le correlazioni tra l'IHNI e le sue sottoscale, così come tra le stesse tre sottoscale, risultano essere significative e positive, forti quelle tra la scala totale e le sue tre sottoscale e moderate quelle tra le tre sottoscale, fornendo così al presente studio un risultato simile a quanto ottenuto per la versione originale dell'IHNI nel suo studio di costruzione e standardizzazione (Mayfield, 2001).

Anche per la versione italiana della scala è stato dunque confermato il fattore di affermazione gay/lesbica, che si riferisce alle credenze positive riguardo all'omosessualità, essendo infatti costituito da item che misurano atteggiamenti positivi e favorevoli nei confronti dell'omosessualità e delle persone omosessuali, similmente quindi a quanto ottenuto per la versione originale statunitense dell'IHNI (Mayfield, 2001). Dal momento che questo studio ha messo in luce, nonostante siano necessarie ulteriori ricerche al riguardo, come il costrutto di omonegatività interiorizzata sia declinabile in tre, e non più due, distinte dimensioni, l'esistenza di questo ulteriore fattore gay/lesbica-affermativo supporterebbe la posizione per cui la psicologia e la psicoterapia dovrebbero mirare sia a diminuire gli atteggiamenti negativi dei clienti verso la loro omosessualità, sia a infondere e incrementare atteggiamenti positivi, gay/lesbica-affermanti (Mayfield, 2001; Ross et al., 2010).

Inoltre, è stata attestata l'invarianza di genere per la versione italiana dell'IHNI: la struttura fattoriale proposta da Mayfield (2001) per tale strumento opera in modo equivalente tra i due generi nel campione italiano. Il modello trifattoriale della versione originale dell'IHNI ha mostrato quindi un buon adattamento ai dati sia per il campione totale, sia per il gruppo di maschi che per il

gruppo di femmine del presente studio. Il risultato ottenuto sull'invarianza di genere per la versione italiana dell'IHNI ha confermato l'ipotesi dell'Autore della versione originale dello strumento per cui il costrutto di *omonegatività interiorizzata*, misurato attraverso l'IHNI, possieda le stesse salienti caratteristiche di base sia nei maschi che nelle femmine omosessuali.

Per quel che concerne poi l'attendibilità del test, i risultati mostrano valori elevati di coerenza interna, similmente a quanto conseguito dall'Autore per la versione originale del test. In particolare, per la versione italiana dello strumento i valori di coerenza interna sono risultati essere, in base a quanto proposto da Muñiz (2009), adeguati o buoni per l'IHNI e le sue sottoscale, in modo simile ai risultati ottenuti da Mayfield (2001) per la versione originale americana dello strumento. Nonostante ciò, un possibile sviluppo futuro di questo studio è quello di indagare l'attendibilità delle misure fornite dalla versione italiana dell'IHNI come stabilità delle misure nel tempo.

Al fine di validare la versione italiana della scala, è stata testata la validità di costrutto, discriminante e di criterio. Nello specifico, con l'obiettivo di replicare le misure di validità concernenti la versione originale del test, sono state condotte delle correlazioni tra le misure fornite dalla versione dell'adattamento italiano dell'IHNI e le misure delle versioni italiane, precedentemente adattate e validate (*Marlowe-Crowne Social Desirability Scale*, scale di *Stabilità emotiva* ed *Energia* del *Big Five Adjectives*), degli strumenti utilizzati per la validazione della versione originale del test. Inoltre, sono state indagate delle relazioni, che potessero servire per analizzare la validità dell'IHNI, con costrutti misurati con test presenti in letteratura di cui è disponibile una versione italiana adeguatamente validata (*Ryff's Psychological Well-Being Scales*, *Life Orientation Test - Revised*, *Rosenberg Self-Esteem Scale*).

In particolare, la validità di costrutto della versione italiana dell'IHNI è supportata da correlazioni significative e negative con le misure di Autostima e Ottimismo, con le due scale di Benessere psicologico, Auto-accettazione e Crescita personale, e con la percentuale di amici LGB. In altre parole, nella popolazione omosessuale, sia essa maschile che femminile, al crescere dell'omonegatività interiorizzata si osserva una diminuzione di autostima, ottimismo, auto-accettazione e crescita personale (due dimensioni del benessere psicologico), così come una diminuzione della percentuale di amici LGB. Questi risultati sono in linea con quelli relativi alla versione originale dello strumento, dove è stato osservato un pattern correlazionale simile, sia in merito alla direzione che alla forza di tali relazioni (Mayfield, 2001).

A supporto della validità discriminante dello strumento, sono state osservate correlazioni statisticamente significative con le misure di Stabilità emotiva ed Energia (BFA) e con la misura di Desiderabilità sociale (MCSDS). In particolare, tali relazioni risultano essere deboli rispetto a quanto evidenziato in precedenza per la validità di costrutto: questo è in linea con i risultati relativi alla versione originale americana del test, dove è stato riscontrato un pattern correlazionale simile, relativamente sia alla direzione che alla forza di tali correlazioni (Mayfield, 2001).

Per quel che concerne la validità di criterio, si evidenzia una differenza statisticamente significativa dell'omonegatività interiorizzata rispetto al senso di appartenenza alla comunità LGB (categorizzato come alto o basso): ovvero, in linea con il lavoro di Mayfield (2001), lo strumento IHNI riesce a discriminare soggetti con un alto senso di appartenenza rispetto a soggetti con un basso senso di appartenenza alla comunità LGB.

Nonostante questo insieme di risultati fornisca supporto ed evidenze all'adattamento della versione italiana dello strumento, il presente lavoro mostra dei limiti, soprattutto in relazione alla rappresentatività del campione facente parte dello studio; infatti, come nella maggior parte delle indagini di contenuto psicologico, anche in questo caso potrebbe essere difficile garantire che il campione sia casuale e rappresentativo della popolazione in questione. Questo problema metodologico è più che mai complicato dalla grande difficoltà a ottenere un campione casuale di uomini gay e donne lesbiche.

Come già precedentemente accennato (cfr. Par. 1.2, pag. 47), quando vengono studiate le persone omosessuali, i ricercatori affrontano sempre il problema legato al fatto che i loro partecipanti devono auto-identificarsi come "gay" o "lesbica"; molte persone che potrebbero usare tale etichetta per descriversi in privato possono aver difficoltà a condividere pubblicamente questa etichetta con i ricercatori. Si presume perciò che la maggior parte dei partecipanti sia stata sufficientemente a proprio agio, e quindi con livelli minori di omonegatività interiorizzata, con la propria identità omosessuale da rispondere a un'indagine rivolta a uomini gay e donne lesbiche. È poi improbabile che le persone nelle fasi iniziali di auto-accettazione e svelamento di sé, mentre hanno alti livelli di omonegatività interiorizzata, si definiscano gay o lesbiche, ma spesso neppure bisessuali (Mayfield, 2001; Szymanski et al., 2008). Questo fenomeno spiega presumibilmente perché i punteggi dell'IHNI presentino una distribuzione asimmetrica positiva: a supporto di ciò si ha il fatto che questo insieme di risultati è stato riscontrato anche dall'Autore nello studio di validazione originale dello strumento, dove sono presenti le stesse criticità in merito alla rappresentatività del campione di standardizzazione (Mayfield, 2001).

Per cercare di ovviare a tale limite metodologico, i partecipanti sono stati reclutati da molte dimensioni e tipologie di comunità diverse (per esempio, area metropolitana maggiore, città e paese) e da una varietà di siti differenti (per esempio, associazioni, eventi e luoghi di ritrovo della comunità LGBT); oltre a ciò, lo studio è stato condotto su un campione abbastanza ampio, anche in relazione ad altri studi svolti con campioni di persone omosessuali e considerando la difficoltà che in ogni caso si incontra nel reclutamento di soggetti appartenenti a una minoranza stigmatizzata come quella delle persone omosessuali (Graglia, 2012; Mayfield, 2001; Moradi et al., 2009; Russell & Bohan, 2006).

Inoltre, il presente studio si configura come il primo lavoro italiano di adattamento di uno strumento per la misura dell'omonegatività interiorizzata nei gay e nelle lesbiche, non esistendo infatti al momento del presente lavoro nessuno studio pubblicato a riguardo di strumenti in lingua

italiana per misurare l'omonegatività interiorizzata in individui omosessuali di ambedue i sessi. La rilevanza di questo studio è data anche da quanto esplicitato dallo stesso Mayfield (2001), che affermava come, soprattutto in virtù della natura del costrutto oggetto di esame e della particolare sottopopolazione verso cui lo strumento è rivolto, fosse centrale confermare le proprietà psicometriche della versione originale del test in altre culture e in altre lingue, in modo tale da testare allo stesso tempo la validità e l'attendibilità della versione originale statunitense della scala.

In conclusione, la versione italiana dell'IHNI possiede caratteristiche psicometriche soddisfacenti e in linea con quelle della versione originale americana: è stata quindi verificata, attraverso questo studio, la possibilità di usare il presente adattamento in lingua italiana dello strumento *Internalized Homonegativity Inventory* nello studio successivo (STUDIO 2) per un campione italiano sia di uomini gay che di donne lesbiche.

## STUDIO 2

### VERIFICA DI UN MODELLO ESPLICATIVO DELL'INFLUENZA DELL'OMONEGATIVITÀ INTERIORIZZATA SUL DISTRESS PSICOLOGICO RISPETTO ALL'ESPERIENZA DEL *MINORITY STRESS* NELLE PERSONE OMOSESSUALI

#### 1. Introduzione

##### 1.1 Omonegatività interiorizzata: correlati psicologici e influenza sulla salute mentale

Nonostante la comunità scientifica abbia ampiamente dibattuto in merito al benessere e alla salute mentale delle persone omosessuali, in letteratura sono tuttora pochi gli studi dedicati alla conoscenza approfondita di questi argomenti (Isacco et al., 2012). Inoltre, gli studi condotti rispetto a tali contenuti sono stati profondamente influenzati dai cambiamenti del contesto socio-culturale all'interno del quale questo interesse si andava manifestando. Prima che, nel 1973 (DSM-II), l'omosessualità fosse ufficialmente derubricata dalla categoria di disturbo mentale, l'intento dei ricercatori in psichiatria e psicologia *gay-affirmative* fu, primariamente, quello di confutare la tesi secondo cui l'omosessualità dovesse rimanere un disturbo classificato (Halperin, 2002; Meyer, 2003), dimostrando che gli omosessuali non sono maggiormente esposti degli eterosessuali alla probabilità di disturbi mentali (Bayer, 1981; Meyer, 2003). Analogamente, la maggior parte delle prime ricerche sul tema usò scale per la valutazione dei sintomi psichiatrici, piuttosto che per la misurazione della prevalenza dei disturbi classificati (Halperin, 2002; Hatzenbuehler, 2009).

In particolare, con psicologia e psicoterapia *gay-affirmative* si fa riferimento, come sostenuto dall'*American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation* nel 2009, all'approccio che si basa su alcuni assunti empiricamente dimostrati: a) l'omosessualità in quanto tale costituisce una variante normale e positiva della sessualità umana e non rappresenta il sintomo di un disturbo dello sviluppo; b) l'omosessualità e la bisessualità sono stigmatizzate e le conseguenze negative dello stigma possono coprire l'intera durata della vita di una persona; c) gay, lesbiche e bisessuali possono avere delle vite felici, formare delle relazioni stabili e costruire delle famiglie esattamente come le persone eterosessuali; d) non esistono prove scientifiche che riconducano lo sviluppo di un orientamento omosessuale a traumi o a dinamiche familiari disfunzionali. L'approccio affermativo non costituisce un metodo terapeutico né di ricerca empirica a sé stante, ma si basa su una serie di conoscenze, atteggiamenti e abilità che lo psicologo deve saper esprimere nella propria pratica clinica a prescindere dal modello teorico di riferimento, così come nella costruzione di impianti di ricerca riguardanti i gay, le lesbiche e i bisessuali e le loro esperienze e dinamiche.

Dopo la prima fase di verifica dell'ipotesi secondo cui l'omosessualità non dovesse rimanere un disturbo classificato, all'interno della comunità scientifica internazionale vi è stato un significativo cambio di prospettiva: tra i ricercatori di approccio *gay-affirmative* sono nate ipotesi che attribuivano i disturbi nella salute mentale di lesbiche e gay a comportamenti sociali discriminatori e a *minority stress* (Dean et al., 2000; Hamilton & Mahalik, 2009; Hatzenbuehler, 2009; Hatzenbuehler et al., 2010; Mays & Cochran, 2001; Meyer, 2003), e tra la fine e l'inizio del nuovo millennio sono stati pubblicati alcuni studi che evidenziavano come, rispetto alle persone eterosessuali, i gay e le lesbiche registrassero una maggiore incidenza di disturbi emotivi e di suicidio (tra gli altri, Cochran, 2001; D'Augelli, Grossman, Salter et al., 2005; Friedman, 1999).

Rispetto all'esperienza del *minority stress* è diventato centrale il costrutto di *omonegatività interiorizzata*, che si caratterizza per la presenza nei gay e nelle lesbiche di atteggiamenti, credenze e sentimenti negativi interiorizzati, provenienti dalla società, nei confronti dell'omosessualità e delle persone omosessuali (Hatzenbuehler, 2009; Rosser et al., 2008). Come è stato già in parte esaminato (cfr. Par. 2.2, pag. 37), sono state condotte a tal proposito negli ultimi decenni numerose ricerche che hanno preso in considerazione il costrutto di omonegatività interiorizzata e i suoi correlati psicologici (Szymanski et al., 2008).

Il costrutto di omonegatività interiorizzata si riferisce quindi a un conflitto interiore: come si dovrebbe/vorrebbe essere (eterosessuale) e come invece si è (sentire un'attrazione erotica e/o sentimentale per persone dello stesso sesso). L'interiorizzazione di significati negativi rispetto all'omosessualità suscita emozioni di vergogna, colpa, rabbia e disgusto rispetto alla propria identità omosessuale. L'incorporazione dello stigma sociale comporta inoltre una forte dissonanza cognitiva: l'individuo non riesce a conciliare i suoi desideri sessuali e affettivi con le credenze che ha appreso dal contesto socio-culturale, ad esempio sente come inconciliabile il desiderio omoerotico con i suoi valori religiosi (Graglia, 2012).

Al fine poi di comprendere appieno la profonda influenza sulla salute mentale dell'omonegatività interiorizzata, è importante sottolineare che l'ostilità ampiamente diffusa nei confronti degli omosessuali difatti fa sì che la formazione e l'asserzione della propria identità sessuale costituiscano per un gay o una lesbica un processo impegnativo: fin da bambino la persona omosessuale ha acquisito convinzioni e valori prodotti da una cultura eterosessista e presentati come assolutamente giusti e legittimi, atti essi soli a poter garantire alla persona uno *status* sociale di rispettabilità e uno *status* individuale di amabilità (Hatzenbuehler, 2009; Rowen & Malcolm, 2003).

Già nelle prime fasi della vita, e quindi prima della scoperta della propria identità sessuale, avviene l'acquisizione, mutuata dall'ambiente circostante e interiorizzata, delle credenze di base riguardo al sesso, ai ruoli di genere e all'omosessualità (Russell & Bohan, 2006). Allevare ed educare un bambino significa quasi sempre crescere quello che sarà, nella prospettiva dei responsabili della sua formazione di base, un adulto eterosessuale. Molto prima di avere una reale



comprensione di che cosa significhi la parola *omosessualità*, i bambini hanno già ricevuto un set di informazioni eterosessiste che vengono codificate nella convinzione che essere omosessuali sia qualcosa di sbagliato, innaturale e contrario alle norme sociali (D'Augelli, Grossman, & Starks, 2005).

Questi atteggiamenti, credenze e comportamenti discriminatori e stigmatizzanti nei confronti delle persone omosessuali, talvolta casuali ma sempre denigratori, basati su falsi e diffusi stereotipi, usati in maniera non del tutto consapevole o per scherzo, sono in grado di fissarsi nella mente di un bambino/adolescente come convinzioni di base (*core beliefs*), in una fase dello sviluppo in cui la persona è impegnata nella ricerca di come integrarsi in un mondo che si presenta regolato da una quantità enorme di dettami cui attenersi e conformarsi (D'Augelli, 1994, 1998; Montano, 2010). Il pregiudizio anti-gay interferisce a questo punto del processo di crescita, ostacolando e mettendo in pericolo la formazione di un bambino/adolescente sano capace di costruirsi un'identità affermativa adulta (Savin-Williams, 2005).

Una delle convinzioni di base più comunemente presenti in clienti gay e lesbiche, che si sottopongono a un percorso di tipo psicoterapeutico, è quella per cui le persone omosessuali siano in qualche modo "diverse", intendendo spesso con ciò peggiori e inferiori al resto del mondo eterosessuale. Altre convinzioni di base, che risultano essere di frequente radicate in profondità in molti clienti omosessuali, sono giudizi di inadeguatezza e di non amabilità (Langdrige, 2007; Pachankis & Goldfried, 2004). Risulta evidente come queste convinzioni di base disfunzionali presenti in molte persone omosessuali, anche se con differenti gradi di intensità, vadano a costituire il livello basilare, più profondo dell'omonegatività interiorizzata e come siano, di conseguenza, difficilmente riducibili nella loro attivabilità e come, infatti, sia molto improbabile riuscire a rimuoverle del tutto (Fassinger & Arseneau, 2007; Russell & Bohan, 2006).

Entrando nel dettaglio di uno dei processi più rilevanti rispetto alle esperienze di vita di un gay o di una lesbica, lo svelamento di sé, esso sembra diminuire il distress psicologico delle persone omosessuali; infatti, è stato dimostrato che, qualsiasi sia la reazione iniziale, nel tempo le reazioni al *coming out* da parte degli altri significativi tendono a migliorare e a stabilizzarsi in termini piuttosto accettanti e tolleranti (Legate et al., 2012). C'è comunque da tener presente lo stress legato allo svelamento, dal momento che esso è vissuto come un evento potenzialmente critico. La decisione relativa allo svelamento di sé si caratterizza come un processo che attraversa l'intero arco dell'esistenza dell'individuo generando molta tensione: le persone omosessuali trascorrono tanto tempo chiedendosi se fare o meno *coming out* e quale effetto avrà sugli altri il loro orientamento sessuale. La maggior parte dei gay e delle lesbiche non è dichiarata in ogni ambito della propria vita, principalmente per il timore di non essere benvenuti o di essere discriminati, supponendo che gli altri li vedano attraverso la lente dell'assunzione di eterosessualità, delle rappresentazioni negative dell'omosessualità, del silenzio sociale, e quindi

questa emozione negativa concorre all'anticipazione del rifiuto sperimentata dalla persona omosessuale (Feinstein, Goldfried et al., 2012).

La stigmatizzazione da un lato e la prescrizione del silenzio dall'altro possono infatti indurre le persone omosessuali a nascondere il proprio orientamento sessuale, omettendo dalle interazioni quotidiane le informazioni sulla propria affettività e sessualità oppure attraverso la scelta deliberata di passare per eterosessuali. Questa modalità si configura come la strategia di coping dell'invisibilità, che induce a occultare la parte identitaria oggetto di stigma, garantendo così una protezione dalla discriminazione; se però tale strategia di coping viene adottata in maniera massiva, rischia di inaridire la sfera emotiva, di depauperare le relazioni con gli altri e, in termini più ampi, di avere un'influenza negativa sul distress psicologico della persona omosessuale (Talley & Bettencourt, 2011).

Un'altra modalità disfunzionale, per evitare di incorrere nel rifiuto da parte degli altri e per sottrarsi alla discriminazione, è quella del monitoraggio del comportamento, per cui gay e lesbiche tendono a controllare le espressioni di tutto ciò che potrebbe essere un segnale rivelatore, per esempio evitando di indossare un abbigliamento che si distanzi dai parametri del ruolo di genere. La vigilanza costante richiede l'impiego di risorse cognitive ed emotive sottratte ad altre sfere e che di fatto esacerbano la sensazione di essere oppressi e stigmatizzati. Se da un lato il controllo è quindi una strategia di coping, dall'altro contribuisce allo sviluppo e al mantenimento dell'ansia e di conseguenza della demoralizzazione, con considerevoli implicazioni comportamentali proprie e altrui, quali la gestione dell'immagine esterna, la rilevanza del feedback degli altri, la compromissione delle relazioni intime, l'evitamento e l'isolamento sociale (Pachankis, 2007).

Entrando nel dettaglio degli effetti dell'omonegatività interiorizzata sullo svelamento di sé e quindi sui rapporti sociali e sugli atteggiamenti verso l'orientamento sessuale della persona, è stato supposto che l'omonegatività interiorizzata porti a un grado minore di svelamento di sé (Rothman et al., 2012). Prendere atto della propria omosessualità è un processo che include, per esempio, la consapevolezza che non si è stati immaginati né desiderati come omosessuali dai genitori. Alcuni gay e lesbiche si sorprendono delle reazioni positive e tolleranti dei genitori, mentre altri subiscono reazioni di opposizione, tutti però hanno l'aspettativa che non saranno apprezzati per questa loro caratteristica (Dew et al., 2005). Una delle principali emozioni che provano i figli gay e lesbiche è la paura: si tratta essenzialmente della paura di essere rifiutati e di deludere i genitori, aspettandosi una reazione sfavorevole al loro svelamento (Rothman et al., 2012). La paura, inoltre, compromette l'esplorazione del mondo sociale e ostacola lo svincolo dai genitori: anticipare un rifiuto da parte dei genitori equivale a sentire di averli persi come base sicura, a credere che non ci si possa rivolgere a loro sul tema dell'omosessualità e che non si possa chiedere il loro aiuto, in definitiva equivale a ritenere che manchi il loro supporto. Questo stato può essere sperimentato anche con i pari e gli altri adulti significativi, con il rischio di sviluppare un senso di mancanza della possibilità di ricevere aiuto poiché immeritevoli di supporto; al contrario, chi sente di aver

consolidato una base sicura alternativa alla famiglia o avverte come solido il legame con i propri genitori decide più facilmente di rivelarsi (Pachankis et al., 2008; Wright & Perry, 2006).

Inoltre, chi ha buoni rapporti familiari e una forte rete sociale di sostegno riesce più probabilmente a sviluppare la propria identità in modo consapevole e pieno, a cercare le proprie parole per definirsi, a esplorare il mondo dei pari omosessuali, ad aprirsi con gli amici più intimi e a stringere legami affettivi e sessuali con persone dello stesso sesso, riuscendo così a fronteggiare il *minority stress* con un effetto benefico sulla propria salute (Dew et al., 2005). Chi invece ha rapporti familiari conflittuali e una debole rete sociale di sostegno predilige strategie di coping distanzianti di evitamento, come relegare questa parte di sé in uno spazio privato e non condiviso, rendendo visibili esclusivamente quelle parti apprezzate dagli altri (Kelleher, 2009): per alcuni ciò può significare convogliare nello studio o nel lavoro tutti i propri sforzi per sentirsi meritevole dell'accettazione e approvazione; per altri significa appropriarsi di questa sensazione di diversità per farla diventare la propria peculiarità e allora essere eccentrici diventa un modo per attirare l'attenzione, avendo così la percezione di controllare in qualche modo le reazioni altrui; alcuni sottraggono, con la complicità dei genitori che non vogliono sapere ma in realtà già sanno, il tema dell'omosessualità dalla comunicazione, che così si impoverisce, diventa un parlare di altro, ma non più di sé; altri ancora preferiscono mettere tra la propria omosessualità e i genitori una distanza fisica e allora ne approfittano per trasferirsi in un'altra città in cui si sentono più liberi di viverci (Kelleher, 2009).

Tuttavia lo spettro del "se solo loro sapessero che sono omosessuale" costituisce un richiamo costante a un aspetto non risolto, che richiede un grande impegno di risorse cognitive ed emotive, aggravabile dall'omonegatività interiorizzata, e che alimenta emozioni quali il senso di colpa, l'ansia, la rabbia, la vergogna, con ricadute negative sulla percezione di supporto sociale da parte della famiglia e di altre fonti di sostegno significative, e di conseguenza con gravi effetti negativi sul distress psicologico individuale (Bouris et al., 2010; Feinstein et al., 2012).

Le ricerche *population based* hanno infatti rivelato che i giovani omosessuali mostrano livelli di ansia e di depressione più alti dei giovani eterosessuali (Newcomb & Mustanski, 2010a). In particolare, l'ansia esperita è spesso di tipo sociale e si riferisce alla percezione dell'ambiente sociale come minaccioso e alla paura delle interazioni con gli altri, con ripercussioni negative sull'immagine che il giovane gay o lesbica sta costruendo di sé, tra cui lo sviluppo di emozioni sfavorevoli verso le proprie attrazioni, come evidenziato negli studi di Pachankis e Goldfried (2006) e di Safren e Pantalone (2006).

Viene dunque da chiedersi di che cosa abbia realmente bisogno un figlio omosessuale nel suo impegno quotidiano nella vita. Tra gli aspetti più rilevanti si ha quello di riuscire a pensarsi, in modo libero e con ottimismo, nonostante ciò che gli altri pensano, permettendosi anche di deludere i familiari; questo è possibile se la persona omosessuale ha delle fonti alternative di supporto: se incontra a scuola o a lavoro, nella comunità religiosa che frequenta, nelle società

sportive e ricreative persone e istituzioni che inviano messaggi positivi e accettanti sull'omosessualità, può allora nutrire più facilmente un senso di sé come amabile e di valore, con una riduzione dell'effetto dell'omonegatività interiorizzata; in questo modo il supporto sociale diminuirebbe il distress psicologico della persona omosessuale (Moe, Dupuy, & Laux, 2008).

Un altro aspetto è quello di avere la speranza e la fiducia che il rapporto con i genitori non sarà distrutto dallo svelamento, anche quando la reazione del genitore sia stata inizialmente di rifiuto. Questo è possibile dal momento che il rapporto con il genitore è costituito da varie dimensioni e l'orientamento sessuale è solo una delle tante caratteristiche della propria identità. Il genitore ora si sta confrontando con questa unica caratteristica identitaria del figlio, in seguito molto probabilmente la integrerà in un'immagine globale e coesa, giungendo ad avere atteggiamenti piuttosto accettanti e tolleranti verso l'orientamento sessuale del figlio. Lo svelamento quindi implica una tappa evolutiva fondamentale nel rapporto tra genitori e figli: i primi scoprono che i secondi non sono del tutto come se li erano immaginati e i secondi che avrebbero voluto genitori in parte diversi; ciò che accomuna i primi e i secondi è il fatto che, per alcune persone, lo svelamento dell'omosessualità risulta particolarmente doloroso (Graglia, 2012; Maguen, Floyd, Bakeman, & Armistead, 2002).

Lo svelamento della propria omosessualità assume caratteristiche e implicazioni simili, seppur in genere con un rilievo e una valenza meno destrutturanti e compromettenti per la persona omosessuale e il suo benessere psicosociale, anche nel caso in cui tale svelamento sia attuato nei confronti di fratelli o sorelle e di membri della famiglia allargata (Dew et al., 2005).

Inoltre, sono stati condotti alcuni studi specificatamente relativi alle esperienze di discriminazione subite dalle persone omosessuali a causa del loro orientamento sessuale. Le persone sono discriminate perché sono percepite come diverse a causa di una caratteristica, di solito centrale e immutabile, della loro identità, in questo caso l'orientamento omosessuale. Questo può portarle a una percezione di maggiore vulnerabilità: vengono discriminate per qualcosa che non possono cambiare. In conseguenza a ciò, la persona omosessuale può iniziare a temere di essere associata ad altri membri del gruppo discriminato e quindi non di rado tende a evitare le persone appartenenti al suo stesso gruppo. Oltre a ciò, può avere paura di cercare i servizi di cui ha bisogno, pensando che tale ricerca aumenterebbe la sua vulnerabilità in quanto la renderebbe più individuabile. La persona che subisce esperienze di discriminazione può reagire identificandosi maggiormente con il gruppo a cui appartiene oppure tentando di dissociarsi da esso o ancora negando aspetti importanti della propria identità, come ad esempio la possibilità dello sviluppo e consolidamento di una relazione affettiva stabile e duratura (Burgess, Lee, Tran, & van Ryn, 2008). È stato comunque riscontrato che le esperienze di discriminazione hanno un impatto sulla salute mentale di gay e lesbiche, aumentando il livello di distress psicologico (Pascoe & Smart Richman, 2009).

Le esperienze di discriminazione sembrano per esempio influire sul distress psicologico in termini di rapporti sociali di una persona omosessuale secondo un duplice effetto: il danno primario è il trauma subito con la discriminazione, quello secondario è la sensazione da parte della vittima di un rifiuto e di una conseguente mancanza di riconoscimento da parte della società in generale e di familiari, amici, colleghi, o comunque persone significative, nello specifico. Molte persone discriminate, infatti, si trovano di fronte al danno secondario quando interagiscono proprio con coloro che le dovrebbero aiutare: la percezione è che queste figure abbiano gli stessi pregiudizi e usino gli stessi stereotipi del resto della società (Potoczniak, Aldea, & DeBlaere, 2007).

Inoltre, numerosi studi hanno mostrato come l'omonegatività interiorizzata sia il predittore principale della salute psicofisica delle persone omosessuali (Hatzenbuehler, 2009; Szymanski & Carr, 2008; Szymanski & Kashubeck-West, 2008). In uno dei primi studi relativi al costrutto di omofobia interiorizzata, misurato con il *Nungesser Homosexuality Attitudes Inventory* (NHAI; Nungesser, 1983), lo studioso trovò in un gruppo di uomini gay (N = 50) correlazioni significative negative tra livello di omofobia interiorizzata e numero di persone a cui il rispondente aveva svelato la propria omosessualità, frequenza di socializzazione con altri uomini gay, quantità di reazioni positive (percepiti dal rispondente) da parte di persone significative di fronte allo svelamento dell'omosessualità, livello di accettazione di sé, percezione della disponibilità di supporto sociale. L'Autore trovò anche una correlazione significativa positiva tra omofobia interiorizzata e depressione e tra omofobia interiorizzata e frequenza con cui il rispondente riportava di passare per eterosessuale; ovvero, è emerso come negli uomini gay al crescere del livello di omofobia interiorizzata diminuisca il valore di tutta una serie di variabili *gay-related* riferite all'accettazione e allo svelamento della propria identità omosessuale (Nungesser, 1983).

Inoltre, Shidlo (1994), nella prima sistematizzazione degli studi riguardanti l'omofobia interiorizzata, offriva una visione d'insieme sul costrutto di omofobia interiorizzata, misurata con l'*Internalized Homophobia Inventory* (IHI; Alexander, 1986) o con l'*Internalized Homophobia Scale* (IHP; Martin & Dean, 1987). I risultati evidenziarono una grande variabilità nel livello di omofobia interiorizzata nei gay e nelle lesbiche, che potrebbe dipendere da fattori di diversa natura: fattori sociali, come l'area di residenza, l'etnia, lo status socio-economico; fattori familiari, come l'omofobia genitoriale e di altre figure significative; fattori personologici, come una particolare vulnerabilità e le strategie di coping. Oltre a ciò, Shidlo (1994), utilizzando la sua versione rivista del NHAI, trovò una correlazione negativa tra omofobia interiorizzata e autostima (N = 60,  $r = -.56$ ,  $p < .001$ ), tra omofobia interiorizzata e fiducia in sé (N = 61,  $r = -.42$ ,  $p < .001$ ), tra omofobia interiorizzata e livello complessivo di supporto sociale (N = 56,  $r = -.25$ ,  $p < .05$ ), e una correlazione positiva tra omofobia interiorizzata e distress psicologico (N = 60,  $r = .43$ ,  $p < .001$ ). In tal senso, questi risultati indicavano come l'omofobia interiorizzata fosse una variabile legata a misure di concetto di sé e di adattamento personale, confermando quanto emerso nei lavori precedenti (Shidlo, 1994).

Allen e Oleson (1999) hanno poi evidenziato una relazione significativa positiva tra vergogna e omofobia interiorizzata. Risultava anche nel loro studio una relazione non significativa tra la quantità di anni da cui il soggetto ha effettuato il primo *coming out* e l'omofobia interiorizzata e una relazione significativa e negativa tra l'omofobia interiorizzata e il grado di *coming out* (cioè a che livello sociale il *coming out* è stato fatto); sembra quindi risultare che il livello di omofobia interiorizzata non sia legato a quando una persona ha cominciato a fare *coming out*, ma a chi nel tempo lo abbia fatto (Allen, 2002). Anche la totale chiusura (il mantenere completamente per sé questa informazione) è un'affermazione della propria omonegatività interiorizzata, in quanto implica che, per la persona, l'essere omosessuale è troppo vergognoso da svelare e le corrispondenti aspettative di rifiuto sono molto elevate (Legate et al., 2012). In più, sono state studiate le reazioni di coloro ai quali è stata svelata la propria identità omosessuale, arrivando a dimostrare, per esempio, che gli atteggiamenti genitoriali verso l'orientamento sessuale del figlio correlano in maniera negativa con il distress psicologico della persona omosessuale (Pachankis et al., 2008).

Inoltre, in alcuni studi è stata evidenziata una correlazione significativa positiva tra l'omonegatività interiorizzata e le esperienze di discriminazione: più è alto il livello di omonegatività interiorizzata e più è alto il numero di esperienze in cui la persona percepisce di essere stata in qualche modo discriminata (Dermer, Smith, & Barto, 2010; Meyer, 2007). Recentemente poi altri studi sembrano suggerire che l'omonegatività interiorizzata possa essere un predittore delle esperienze di discriminazione aumentandone la percezione, in quanto la persona con un alto livello di omonegatività interiorizzata tenderebbe a percepire un numero crescente di episodi di discriminazione nella sua vita quotidiana, essendone particolarmente suscettibile ed essendo predisposta a percepirne anche quando probabilmente in realtà non si hanno, o comunque dando loro un peso maggiore in termini di rilevanza e compromissione (Cox et al., 2010; Feinstein et al., 2012).

Per quanto riguarda la discriminazione istituzionale, una ricerca statunitense ha verificato che per le persone LGB vivere negli stati che hanno approvato leggi discriminatorie, come gli emendamenti che bandiscono il matrimonio tra partner dello stesso sesso, costituisce un fattore di rischio per la morbilità psichiatrica (Hatzenbuehler et al., 2010). Non sorprende infatti che le persone omosessuali aspirino a vedere riconosciuto il diritto al matrimonio; tale riconoscimento giuridico si ripercuote sulla stabilità della coppia, poiché stabilisce delle barriere alla dissoluzione, ad esempio la pubblicazione del vincolo matrimoniale facilita l'inclusione della famiglia di origine e dei parenti nella vita di coppia. Questo può significare anche l'opportunità di percepire un maggiore supporto familiare, con conseguente miglioramento nella qualità della relazione di coppia e riduzione del distress psicologico per entrambi i membri della coppia. Allo stesso tempo il riconoscimento giuridico riduce l'omonegatività sociale e quella interiorizzata delle persone omosessuali (Rostosky, Riggle, Horne, & Miller, 2009).

Guardando da vicino le varie forme che possono assumere le esperienze di discriminazione nella loro influenza sul distress psicologico di lesbiche e gay, si può far riferimento a quattro tipologie comuni di discriminazione diretta, che sono la molestia verbale, l'evitamento, il trattamento ingiusto e la vittimizzazione nei confronti delle persone omosessuali. Esistono poi esperienze di discriminazione indiretta, più implicite e sottili, che trovano la loro più frequente espressione nel caso in cui i gay e le lesbiche costituiscano il bersaglio di comunicazioni invalidanti che negano, misconoscono o banalizzano la realtà delle loro esperienze. In questo caso, da una parte viene misconosciuta la portata aggressiva da chi la perpetua, in quanto rubrica l'attacco come scherzo, questione di poco conto, pura e semplice ingenuità. Dall'altra, gli stessi gay e lesbiche spesso non sono immediatamente consapevoli della sottrazione di valore che viene attuata attraverso messaggi invalidanti che intessono le comunicazioni quotidiane (Cochran & Mays, 2009; Hatzenbuehler, 2009; Pascoe & Smart Richman, 2009).

Il contesto lavorativo è uno degli ambiti dove si hanno più spesso episodi di discriminazione. Un'analisi delle indagini internazionali svolte fino al 2005 ha rivelato che una percentuale compresa tra il 15% e il 43% degli intervistati omosessuali ha sperimentato almeno una forma di discriminazione nella vita professionale (Lee Badgett, Lau, Sears, & Ho, 2007). In una recente ricerca italiana è emerso che il 13% dei partecipanti omosessuali ha affermato di aver visto respinta la propria candidatura per un posto di lavoro in ragione della propria identità sessuale e uno su cinque ha dichiarato un trattamento ingiusto sul luogo di lavoro; la maggior parte dei soggetti (81%) riteneva che dovrebbero essere le leggi e lo Stato a tutelare i lavoratori LGBT e meno le persone (familiari, amici, professionisti), a cui di fatto però si rivolgono quando subiscono una qualche forma di discriminazione; il 48% del campione controllava scrupolosamente le informazioni personali che comunica sul posto di lavoro per non correre il rischio di essere vittimizzato e trattato ingiustamente (Lelleri, 2011).

L'orientamento omosessuale è dunque una caratteristica che quando diventa palese può determinare una perdita, o comunque una riduzione, di opportunità professionali, configurandosi così come una grave forma di discriminazione. Un recente studio svolto in Grecia ha riscontrato il seguente dato: gli aspiranti lavoratori che avevano un curriculum con vari aspetti legati alla realtà LGBT erano invitati al colloquio meno spesso (esattamente avevano il 19% di probabilità in meno di essere chiamati) degli aspiranti senza tali aspetti curriculari (Drydakis, 2009). Una ricerca con contenuti simili, condotta in Austria, ha evidenziato che l'indicazione di un'identità lesbica nella domanda di lavoro riduceva del 13% la possibilità di essere chiamate per un colloquio di assunzione (Weichselbaumer, 2003).

Inoltre, gli esempi di esperienze di discriminazione, diretta e indiretta, più frequenti sul luogo di lavoro risultano essere: la molestia, cioè quell'insieme di comportamenti o commenti che offendono e che inducono il destinatario a sentirsi minacciato, umiliato o imbarazzato, basti pensare all'uso di soprannomi o pronomi declinati in senso femminile per gli uomini gay; i benefici

di legge riconosciuti al coniuge eterosessuale, come la pensione di reversibilità o i congedi parentali; la prescrizione al silenzio o comunque alla discrezione (Ragins, Singh, & Cornwell, 2007).

Oltre a ciò, il supporto sociale percepito, che a livello teorico è stato definito come un costrutto multidimensionale che valuta il supporto che l'individuo percepisce da parte dei vari agenti sociali, ma specialmente da parte delle persone o dei gruppi di persone più significativi nella sua vita (Tardy, 1985), è una variabile chiave relativamente alla salute mentale dei gay e delle lesbiche per la loro resilienza (Doty, Willoughby, Lindahl, & Malik, 2010). Nel caso specifico delle persone omosessuali, le fonti di supporto sociale sono rappresentate principalmente da: famiglia di origine, amici, partner e comunità LGB (Wright & Perry, 2006). È stato provato infatti che il supporto sociale percepito diminuisce il distress psicologico della persona omosessuale (Beals, Peplau, & Gable, 2009; Cohn & Leake, 2012).

Rispetto per esempio al suicidio come espressione più infausta del distress psicologico, sapere che l'orientamento omosessuale è un fattore di rischio non dice niente su quanto una persona omosessuale sia effettivamente in pericolo per un tentativo di suicidio. Per valutare se un individuo possa realmente mettere a rischio la propria vita occorre tenere presente anche la specifica variabile, che gli studi hanno confermato giocare un ruolo significativo, della mancanza di una rete di supporto sociale nelle situazioni di svelamento del proprio orientamento sessuale (D'Augelli, Grossman, Salter et al., 2005; King et al., 2008). È stato infatti dimostrato che per gli adolescenti omosessuali un alto livello di supporto da parte dei pari e dei genitori riduceva i tentati suicidi (Friedman, Koeske, Silvestre, Korr, & Sites, 2006).

Oltre a ciò, è stato evidenziato che l'omonegatività interiorizzata è correlata negativamente al supporto sociale percepito (Szymanski & Kashubeck-West, 2008), poiché la persona gay o lesbica penserebbe, più o meno consapevolmente, che gli altri, similmente a quello che pensa e prova verso se stessa, abbiano atteggiamenti e sentimenti così negativi verso le persone omosessuali da non volerle realmente aiutare e sostenere (Berghe et al., 2010; Needham & Austin, 2010; Rosser et al., 2008).

Il supporto sociale percepito, inteso come l'insieme dei messaggi verbali e non verbali e delle azioni di aiuto ricevute dagli altri o inferite dalla loro presenza, è quindi una variabile il cui studio relativamente alle tematiche LGB è fondamentale, in quanto si caratterizza come uno dei principali fattori protettivi rispetto al distress psicologico della persona omosessuale. Questo aspetto si configura come centrale in una prospettiva di comunità per la prevenzione del disagio psicologico e, al contempo, la promozione del benessere psicosociale dei gay e delle lesbiche. Dato che lo svelamento di sé è il tema principale con cui le persone omosessuali si devono confrontare quotidianamente per costruire un'identità positiva e matura e per star bene con se stesse e con gli altri, il supporto sociale alla visibilità ne rappresenta dunque l'azione più efficace (Beals et al., 2009; Graglia, 2012).



Inoltre, è stato evidenziato che l'omonegatività interiorizzata aumenta il distress psicologico della persona omosessuale: un gay o una lesbica che abbiano un alto livello di omonegatività interiorizzata hanno molte più probabilità di possedere un grado elevato di distress psicologico (Moradi et al., 2009; Rosser et al., 2008; Russell & Bohan, 2006; Talley & Bettencourt, 2011; Wright & Perry, 2006).

In una delle prime ricerche relative all'impatto dell'omonegatività interiorizzata sulla salute dei gay e delle lesbiche, circa il 75% del campione statunitense di persone omosessuali adulte dichiarava di aver subito nel corso della propria vita molteplici esperienze di discriminazione connesse all'orientamento sessuale; inoltre, i ricercatori hanno trovato che l'omonegatività interiorizzata assumeva valori elevati nella maggior parte di questo 75% circa di partecipanti allo studio con numerose esperienze di discriminazione e che l'omonegatività interiorizzata prediceva il disagio psicologico dei partecipanti. Nello specifico, i risultati hanno evidenziato che l'omonegatività interiorizzata fosse un fattore causale per lo sviluppo dell'ansia e della depressione (Mays & Cochran, 2001).

Un altro studio statunitense, compiuto dagli stessi ricercatori in un campione casuale di adulti, ha indagato il distress psicologico sotto forma di stato di salute psicosomatica. I risultati hanno rivelato che le donne lesbiche, bisessuali ed eterosessuali con qualche esperienza omosessuale presentavano maggiori problemi fisici delle donne eterosessuali esclusive. Così risultava anche per gli uomini gay, bisessuali ed eterosessuali con qualche esperienza omosessuale rispetto a quelli eterosessuali esclusivi, in questo caso lamentando, come maggiori problemi di salute, alcuni disturbi differenti nel confronto con le donne. Inoltre, i ricercatori hanno trovato che per i partecipanti omosessuali e bisessuali, maschi e femmine, l'omonegatività interiorizzata aveva una forte influenza negativa sullo stato di salute psicosomatica (Cochran & Mays, 2007).

In una ricerca successiva è stato poi rilevato che i punteggi dell'omonegatività interiorizzata erano significativamente associati a vari aspetti del funzionamento psicosociale della persona, tra cui la durata e la soddisfazione della relazione di coppia, il livello di svelamento agli amici eterosessuali e nella vita lavorativa, la partecipazione attiva alla comunità LGB; è stato riscontrato anche un effetto causale da parte dell'omonegatività interiorizzata sul distress psicologico dei partecipanti allo studio, misurato come presenza di sintomi depressivi, difficoltà sessuali, uso di sostanze stupefacenti e alcol (Span & Derby, 2009).

Inoltre, il costrutto di distress psicologico per le persone omosessuali è stato operazionalizzato anche come disagio relativo alle preoccupazioni per la propria mascolinità/femminilità, definito altresì come disagio relativo alla non conformità di genere. È stato evidenziato infatti che frequentemente gay e lesbiche segnalano di vivere in maniera conflittuale aspetti di sé considerati rispettivamente poco maschilini e poco femminili, riportando nei confronti di questi aspetti emozioni di profondo imbarazzo, vergogna, disprezzo, accompagnate spesso da

episodi di isolamento dal gruppo delle persone dello stesso sesso insieme a forti sensazioni di inadeguatezza (Lippa, 2008). In uno studio che indagava tali aspetti, è stato trovato che l'omonegatività interiorizzata prediceva il disagio relativo alla non conformità di genere (Skidmore, Linsenmeier, & Bailey, 2006). L'integrazione di questi aspetti di sé, considerati negativamente e che generano malessere, può costituire una tappa importante del percorso terapeutico di una persona omosessuale (Graglia, 2009).

Risulta quindi fondamentale studiare e comprendere appieno la relazione tra omonegatività interiorizzata e distress psicologico, in quanto all'interno di un percorso psicoterapeutico il lavoro per la riduzione dell'omonegatività interiorizzata conduce al miglioramento della qualità della vita della persona omosessuale, che infatti giunge a un'accettazione più profonda e completa della propria direzione affettiva e sessuale, integrando tutte quelle parti eventualmente dissociate poiché ritenute inconciliabili con un sé amabile e di valore (Isacco et al., 2012).

## 1.2 Contributi teorici ed empirici del *minority stress* per le persone omosessuali

È ormai noto che l'orientamento omosessuale non è di per sé patologico e in termini di salute mentale i gay e le lesbiche non sono infatti distinguibili dagli eterosessuali sulla base dell'orientamento sessuale (Langdridge, 2007). I risultati di numerosi studi hanno suggerito tuttavia che questa minoranza affettivo-sessuale possa essere più vulnerabile a livello di adattamento psicosociale e benessere psicologico, poiché essa risulta molto più esposta a *stressor* sociali rispetto alla maggioranza affettivo-sessuale delle persone eterosessuali (Lewis, Kholodkov, & Derlega, 2012).

Gli effetti provocati dal vivere in un contesto stigmatizzante e discriminante sono stati difatti concettualizzati ricorrendo al modello dello stress. Per le persone omosessuali si parla nello specifico di *gay-related stress*, facendo riferimento a uno stato di minoranza e marginalità che entra in conflitto con gli altri ruoli che la persona sta agendo (Meyer, 1995, 2003). Brooks (1981) è stato il primo a parlare del costrutto di *minority stress*, concependolo come uno stato risultante dall'inferiorità culturalmente stabilita e sanzionata dal gruppo dominante, dal suo impatto sul benessere psicologico e dal successivo adattamento psicosociale. Al centro dell'esperienza del *minority stress* vi è l'incongruenza tra la cultura, i bisogni, le esperienze del membro del gruppo minoritario e le strutture sociali dominanti. Il *minority stress* non è quindi il prodotto di un evento, bensì l'esperienza continua in una società in cui il gruppo dominante ha definito norme e valori di superiorità ed esclusione. Per questo nei membri del gruppo minoritario lo stress può diventare uno stato cronico di allarme (Brooks, 1981).

Meyer (1995, 2003) ha approfondito il modello di Brooks (1981) e, al contempo, ha esteso e adattato il modello stress-coping di Lazarus e Folkman (1984) per integrarvi il pregiudizio anti-gay, proponendo un nuovo modello teorico, il *Minority Stress Model*. In esso viene specificato che per le persone omosessuali il fenomeno che va sotto il nome di *minority stress* indica il pregiudizio e la

discriminazione come fattori rilevanti di stress (*stressor* sociali), mostrando in particolare come lo sviluppo psicologico della maggioranza delle persone omosessuali sia segnato da una dimensione di stress continuativo, macro e micro traumatico, conseguenza di ambienti ostili o indifferenti, episodi di stigmatizzazione e di vittimizzazione, casi di esclusione sociale, aggressione e violenza. Il *minority stress*, nella teorizzazione di Meyer (1995), è un costrutto che si compone di tre dimensioni che sono l'*omofobia interiorizzata*, lo *stigma percepito* e le *esperienze vissute di discriminazione e violenza* (cfr. Cap. 2, pag. 25). È stata confermata un'influenza negativa e diretta del *minority stress* sulla salute mentale e la qualità della vita dei gay e delle lesbiche (Meyer, 1995, 2003, 2007).

L'articolato modello teorico del *minority stress* per le persone omosessuali proposto da Meyer (2003) si configura come possibile cornice esplicativa nella descrizione del ruolo del *minority status* e susseguente *minority stress* per la salute mentale dei gay e delle lesbiche, ma necessita di studi approfonditi che ne verifichino gli aspetti costituenti e i processi e le relazioni qualificanti (Meyer, 2010). Tale modello teorico (cfr. Cap. 2, pag. 25) ipotizza come una persona, che appartiene a una minoranza sessuale ed è inserita in un ambiente con specifiche caratteristiche, possa quotidianamente vivere e fronteggiare le condizioni che si vengono a creare. Chiunque può essere esposto a fattori di stress di natura generale (per esempio, la morte di una persona cara o la perdita del posto di lavoro); le persone appartenenti a una minoranza sessuale sono però facilmente esposte a fattori di stress aggiuntivi, distinti in oggettivi (esperienze e condizioni esterne e oggettive di discriminazione, pregiudizio o violenza) e soggettivi (esperienze più interne e legate alla dimensione personale, come ad esempio lo svelamento di sé e l'*omofobia interiorizzata*). L'appartenenza a un'identità minoritaria per orientamento sessuale potrà: a) innalzare il livello dei fattori di stress soggettivi a causa della percezione di far parte di una minoranza stigmatizzata e discriminata; b) intensificare o indebolire l'impatto dei fattori di stress in base a determinate caratteristiche del rapporto tra l'identità minoritaria e la complessiva dimensione personale; c) costituire una risorsa (in buona parte legata al riconoscimento e sostegno ambientali), in quanto la persona può godere del supporto sociale di famiglia d'origine, amici, partner e comunità LGB di riferimento e può apprendere funzionali e adeguate modalità difensive, capacità di *problem solving* e strategie di coping (cfr. Fig. 3; Meyer, 2003).

Una fonte di supporto sociale che gli studi hanno evidenziato come centrale per il benessere psicologico delle persone omosessuali è difatti la comunità LGB: al suo interno la persona gay o lesbica sente di trovare un pieno riconoscimento, una profonda accettazione di sé e la possibilità di un aiuto morale ed emotivo, nonché l'opportunità di socializzare e creare una rete di amici e risorse socio-culturali e ricreative (Detrie & Lease, 2007; Schwarzer & Knoll, 2007; Scourfield et al., 2008).

Lo svelamento di sé, fattore stressogeno soggettivo nel *Minority Stress Model* di Meyer (2003), è al centro del modello teorico circolare ipotizzato da Pachankis (2007). Tale modello (cfr.

Par. 2.1, pag. 29) nasce dalla riflessione sulla potenza dello stigma e del suo nascondimento, infatti è stato evidenziato attraverso alcuni studi come anche gli individui con uno stigma nascosto affrontino rilevanti fattori di stress e difficili sfide psicologiche (Lewis et al., 2003; Lewis et al., 2006; Pachankis & Goldfried, 2006). Il modello si sviluppa poi rispetto alla situazione dell'essere scoperti per la propria omosessualità, che comporta un rischio e ha delle conseguenze sul piano cognitivo (preoccupazione, ipervigilanza, sospettosità), emotivo (ansia, depressione, ostilità, demoralizzazione, senso di colpa, vergogna) e comportamentale (gestione dell'immagine esterna, evitamento e isolamento sociale, rilevanza del feedback altrui, compromissione delle relazioni intime). Queste conseguenze dovrebbero correlare, anche sulla base del feedback ricevuto dagli altri nel caso in cui la persona decida di svelarsi, con componenti di tipo autoperceptivo (ambivalenza identitaria, visione negativa di sé, impossibilità di giovare del supporto della comunità minoritaria, diminuzione del senso di autoefficacia), che a loro volta avrebbero un'influenza, insieme alle suddette conseguenze comportamentali, sulla situazione stessa rispetto alla possibilità di essere scoperti in un processo che diventa dunque circolare (cfr. Fig. 4; Pachankis, 2007). L'Autore ha quindi teorizzato un modello di processo cognitivo-affettivo-comportamentale per la comprensione delle implicazioni psicologiche del nascondere uno stigma, che offre un contributo anche per l'analisi e l'approfondimento della relazione tra omonegatività interiorizzata e distress psicologico (Pachankis, 2007).

Per di più la minoranza omosessuale è una minoranza con alcune rilevanti caratteristiche che sono diverse rispetto alle altre minoranze: molto spesso non può contare su modelli positivi di riferimento e difficilmente trova un supporto completo nella propria famiglia d'origine, che può anzi assumere atteggiamenti ostili e di rifiuto esplicito (Darby-Mullins & Murdock, 2007). Inoltre, a differenza delle altre minoranze, etniche e religiose, le persone omosessuali crescono all'interno del gruppo dominante e solo in un secondo momento conoscono il gruppo minoritario, con la conseguenza che diventano adulte in un ambiente non supportivo e accettante il loro *status* di minoranza (Meyer, 2010).

Nello specifico, per le persone omosessuali il modello del *minority stress* ha infatti delle caratteristiche particolari: le ricerche che hanno confrontato la popolazione bianca con delle minoranze razziali discriminate non hanno evidenziato alcuna differenza significativa a livello di salute mentale, diversamente dalle ricerche che hanno confrontato individui eterosessuali e omosessuali: esse hanno rilevato negli omosessuali una quota piuttosto alta di difficoltà psicologiche attribuibili, non all'orientamento sessuale di per sé, ma all'omofobia sociale e alla sua interiorizzazione (Meyer, 2003, 2010).

Il modello del *minority stress* di Meyer (2003) è stato successivamente rivisto, ampliato e integrato da Hatzenbuehler (2009), principalmente rispetto al costrutto di omonegatività interiorizzata, ipotizzando quali variabili potessero intervenire nella relazione causale dell'omonegatività interiorizzata sul distress psicologico dei gay e delle lesbiche come suoi possibili

mediatori e moderatori. Nello specifico, Hatzenbuehler (2009) ha ipotizzato, sulla base dei risultati di alcuni studi precedenti (Burgess et al., 2008; D'Augelli, Grossman, Salter et al., 2005; King et al., 2008; Moe et al., 2008; Potoczniak et al., 2007; Rosser et al., 2008; Szymanski & Carr, 2008), che il supporto sociale percepito fosse un mediatore e non un moderatore come era stato inizialmente ipotizzato nel suddetto *Minority Stress Model*. Secondo l'Autore si avrebbero i seguenti due possibili effetti di mediazione da parte del supporto sociale percepito: l'effetto dell'omonegatività interiorizzata sul distress psicologico sarebbe parzialmente mediato dal supporto sociale percepito; l'effetto dello svelamento di sé sul distress psicologico sarebbe parzialmente mediato dal supporto sociale percepito (Hatzenbuehler, 2009). Tali due possibili effetti di mediazione sarebbero stati spiegati, rispettivamente, nei seguenti termini: al crescere dell'omonegatività interiorizzata la persona percepirà un supporto sociale sempre minore, poiché penserà e sentirà di essere meno apprezzata e amata e quindi meno aiutata dagli altri, e di conseguenza il livello del suo distress psicologico corrispondentemente aumenterà; più un individuo svelerà il proprio orientamento omosessuale e più, soprattutto con il passare del tempo migliorando gli atteggiamenti e i sentimenti delle persone a cui si è svelato nei confronti della sua omosessualità, percepirà un grado di supporto sociale alto e di conseguenza il livello del suo distress psicologico corrispondentemente diminuirà (Hatzenbuehler, 2009).

Inoltre, Hatzenbuehler (2009), nella cornice teorica da lui ipotizzata, sempre sulla base dei risultati di alcune ricerche precedenti (Beals et al., 2009; Corrigan & Matthews, 2003; Dew et al., 2005; Szymanski & Carr, 2008) e integrando questi risultati con ciò che aveva concettualizzato Pachankis (2007) nel suo modello teorico circolare sul *coming out*, ha proposto anche un altro possibile effetto di mediazione, questa volta da parte dello svelamento di sé: l'effetto dell'omonegatività interiorizzata sul distress psicologico sarebbe parzialmente mediato dallo svelamento di sé da parte della persona omosessuale. Questo possibile effetto di mediazione è stato poi riproposto recentemente da Legate et al. (2012) e da Feinstein et al. (2012), secondo i quali al crescere dell'omonegatività interiorizzata la persona si svelerà sempre di meno, poiché penserà di correre il rischio di essere rifiutata dagli altri, sviluppando così paura e preoccupazione di essere scoperti, e di conseguenza il livello del suo distress psicologico corrispondentemente aumenterà (Feinstein et al., 2012; Hatzenbuehler, 2009; Legate et al., 2012).

Oltre a ciò, un altro effetto di mediazione, che è stato ipotizzato di recente da alcuni autori (Berghe et al., 2010; Pachankis et al., 2008; Willoughby et al., 2010), riguarda l'effetto dell'omonegatività interiorizzata sul distress psicologico che sarebbe parzialmente mediato dalle esperienze di discriminazione subite dal gay o dalla lesbica. Se la persona ha un alto livello di omonegatività interiorizzata tenderà a percepire un numero maggiore di esperienze di discriminazione nella sua vita quotidiana e, al contempo, queste esperienze di discriminazione saranno vissute in modo più traumatizzante e invalidante, con la conseguenza che il livello di

distress psicologico della persona aumenterà (Berghe et al., 2010; Pachankis et al., 2008; Willoughby et al., 2010).

In sintesi, emerge che, sebbene molti autori abbiano studiato ed evidenziato gli effetti dell'omonegatività interiorizzata nel determinare specifiche condizioni psicopatologiche nelle persone omosessuali, sono state dimostrate solo in minima parte le possibili relazioni tra il costrutto di omonegatività interiorizzata, rispetto alla cornice teorica del *minority stress*, e altre variabili, possibili mediatori o moderatori, nello sviluppo o meno di distress psicologico nei gay e nelle lesbiche (Berghe et al., 2010; Feinstein et al., 2012; Hatzenbuehler, 2009; Herek et al., 2009; Meyer, 2003, 2007; Pachankis, 2007; Szymanski & Carr, 2008; Talley & Bettencourt, 2011).

In una prospettiva di prevenzione e promozione della salute è invece fondamentale che sia riservata un'attenzione adeguata e approfondita alle variabili che mediano e moderano l'influenza dell'omonegatività interiorizzata sul distress psicologico di gay e lesbiche. La maggior parte delle ricerche riguardanti il *minority stress* delle persone omosessuali ha infatti trascurato lo studio dei fattori protettivi di questa parte della popolazione. Tali fattori aiutano i gay e le lesbiche nel processo di accettazione di sé e di conseguente costruzione di un Sé amabile e di valore nonostante lo stigma sociale. Una persona che dunque riesce a integrare il proprio orientamento omosessuale con le altre sue caratteristiche tenderà a ricercare contatti sociali supportivi, modelli di ruolo positivi e mezzi di socializzazione per incontrare amici e partner, ad esempio prendendo parte alla vita della comunità LGB. Uscire allo scoperto, proprio perché può provocare reazioni negative negli altri significativi, richiede al gay o alla lesbica una valutazione complessa delle risorse psicologiche e sociali a disposizione. Considerata la pervasività sociale dello stigma, le persone omosessuali per esempio devono imparare a identificare le potenziali fonti di minaccia e a gestire le emozioni di paura, vergogna e rabbia che provano. È però utile conoscere al contempo le risorse supportive su cui la persona omosessuale può fare affidamento, in modo che diventino fattori protettivi rispetto al suo distress psicologico (APA, 2012; Isacco et al., 2012).

### 1.3 Obiettivi

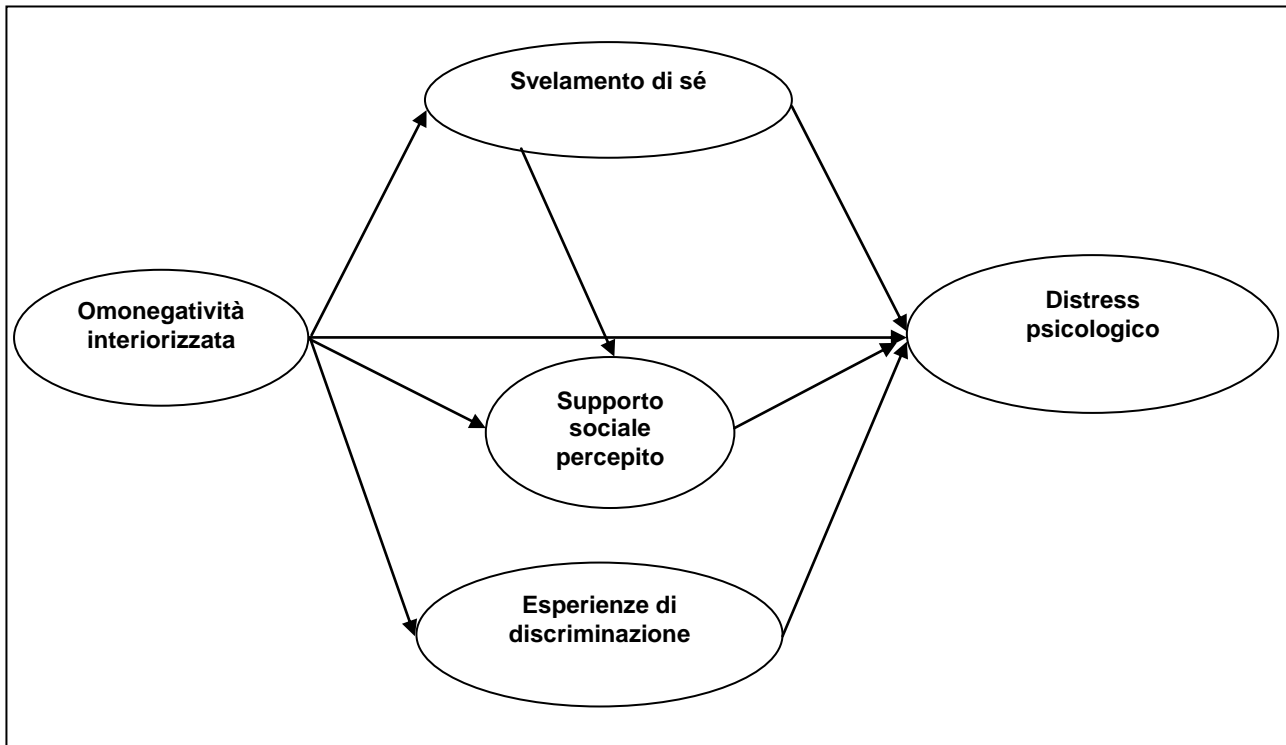
In base all'insieme di relazioni indagate singolarmente tra loro, è nata l'esigenza di condurre uno studio con l'obiettivo specifico della verifica di un modello teorico integrato, ispirato al modello (*Minority Stress Model*) ipotizzato da Meyer (2003) e ai suoi successivi sviluppi dati dalle nuove concettualizzazioni di Pachankis (2007), Pachankis et al. (2008), Hatzenbuehler (2009), Berghe et al. (2010), Willoughby et al. (2010), Feinstein et al. (2012), Legate et al. (2012), che si propone di spiegare i meccanismi associativi e causali nei gay e nelle lesbiche tra l'omonegatività interiorizzata e il distress psicologico, prevedendo l'inserimento di variabili di mediazione secondo quanto indicato nella letteratura scientifica di riferimento.

Il presente studio aveva l'obiettivo di confermare tale modello teorico integrato di mediazione in un campione italiano di gay e lesbiche. L'*omonegatività interiorizzata* infatti si configura

all'interno di questo modello come la variabile indipendente, che dovrebbe predire la variabile dipendente *distress psicologico*.

L'ipotesi dello studio prevede la descrizione in dettaglio del modello esplicativo da testare, rappresentato in Figura 10 con l'insieme delle variabili implicate (*omonegatività interiorizzata*, *svelamento di sé*, *supporto sociale percepito*, *esperienze di discriminazione*, *distress psicologico*) e i loro possibili legami associativi.

**Figura 10.** Modello esplicativo atteso a riguardo del *minority stress* nelle persone omosessuali



Nello specifico (cfr. Fig. 10), con il presente studio sono stati testati, all'interno del modello teorico integrato di mediazione proposto, i seguenti possibili effetti principali sulla variabile dipendente (*distress psicologico*):

- l'*omonegatività interiorizzata* aumenta il *distress psicologico*;
- lo *svelamento di sé* diminuisce il *distress psicologico*;
- il *supporto sociale percepito* diminuisce il *distress psicologico*;
- le *esperienze di discriminazione* aumentano il *distress psicologico*.

Altri possibili effetti indagati sono stati i seguenti:

- l'*omonegatività interiorizzata* diminuisce lo *svelamento di sé*;
- l'*omonegatività interiorizzata* diminuisce il *supporto sociale percepito*;
- l'*omonegatività interiorizzata* aumenta le *esperienze di discriminazione*;
- lo *svelamento di sé* aumenta il *supporto sociale percepito*.

Per l'esattezza, considerandoli congiuntamente, i suddetti effetti sono stati testati come possibili effetti di mediazione parziale. I quattro effetti di mediazione ipotizzati, di cui due dovuti al supporto sociale percepito e tre stabiliti tra l'omonegatività interiorizzata e il distress psicologico, sono stati i seguenti:

- l'effetto dello *svelamento di sé* sul *distress psicologico* è parzialmente mediato dal *supporto sociale percepito*;
- l'effetto dell'*omonegatività interiorizzata* sul *distress psicologico* è parzialmente mediato dallo *svelamento di sé*;
- l'effetto dell'*omonegatività interiorizzata* sul *distress psicologico* è parzialmente mediato dal *supporto sociale percepito*;
- l'effetto dell'*omonegatività interiorizzata* sul *distress psicologico* è parzialmente mediato dalle *esperienze di discriminazione*.

## **2. Metodo**

### 2.1 Partecipanti

I partecipanti allo studio sono stati reclutati attraverso un campionamento di convenienza svolto principalmente tramite associazioni, eventi e luoghi di ritrovo della comunità LGBT italiana, specialmente della Toscana.

Il campione totale è formato da 427 partecipanti, di cui 215 maschi e 212 femmine. Tutti i partecipanti allo studio si sono dichiarati omosessuali esclusivi (55.5%) o prevalenti (44.5%). L'età dei partecipanti variava fra 19 e 63 anni ( $M = 34.56$ ;  $DS = 8.65$ ). Per quanto riguarda il luogo di residenza, la maggior parte dei soggetti risiedeva in Toscana (72.8%). Relativamente poi allo stato civile, quasi tutti i partecipanti (93.9%) riferivano di essere celibi/nubili.

Inoltre, i titoli di studio più ricorrenti erano il diploma di scuola secondaria di secondo grado (43.8%), il diploma di laurea specialistica/magistrale o secondo il previgente ordinamento (32.3%) e il diploma di laurea triennale (13.3%). Le attività lavorative che venivano indicate più di frequente erano l'attività impiegatizia (36.3%), l'attività libero professionale (29.0%), l'attività studentesca (15.2%) e l'attività operaia (7.3%).

Riguardo alla situazione sentimentale dei partecipanti allo studio, la maggior parte di loro si trovava in un rapporto di coppia di tipo omosessuale (62.8%), di cui il 49.6% dichiarava di essere convivente. I restanti soggetti erano tutti single (37.2%). L'85.1% dei partecipanti in coppia ha espresso di essere molto o del tutto soddisfatto della propria relazione di coppia.

Dei 427 partecipanti allo studio il 26.2% ha dichiarato di essere iscritto almeno a una associazione per la comunità LGBT.



## 2.2 Strumenti

L'obiettivo di questo studio è stato quello di testare il modello teorico integrato di mediazione, rappresentato in Figura 10, a spiegazione dell'influenza dell'omonegatività interiorizzata sul distress psicologico della persona omosessuale. Per fare ciò, è stato somministrato un questionario contenente, nelle due versioni, per le femmine e per i maschi, la seguente batteria di strumenti:

- una scheda di dati socio-demografici e socio-affettivi, tra cui, la scala di Kinsey (Kinsey et al., 1948) per la definizione dell'orientamento sessuale, e la misura del grado di soddisfazione dell'attuale relazione di coppia (variabile a singolo item misurato su scala Likert a cinque punti da *per niente* a *del tutto*), in modo analogo a quanto fatto da Pietrantonio, Norcini Pala e Prati (2010);
- l'*Internalized Homonegativity Inventory* (IHNI; Mayfield, 2001) per la misura dell'omonegatività interiorizzata, nella versione italiana adattata e validata nel precedente STUDIO 1;
- l'*Outness Inventory* (OI; Mohr & Fassinger, 2000) per la misura dello svelamento di sé; nello specifico, questo test a 11 item, su scala Likert a sette punti, indica il livello a cui gli individui LGBT sono aperti riguardo al loro orientamento sessuale, espresso come il grado con cui l'orientamento sessuale del rispondente è conosciuto e apertamente discusso con 11 persone o gruppi di persone (madre; padre; fratelli, sorelle; famiglia allargata/parenti; vecchi amici eterosessuali; nuovi amici eterosessuali; colleghi di lavoro o studio; superiori di lavoro o studio; membri della comunità religiosa; leader della comunità religiosa; sconosciuti, nuove conoscenze), che caratterizzano i tre domini di vita delle sottoscale di Svelamento alla Famiglia (*Out to Family*), Svelamento al Mondo (*Out to World*), Svelamento alla Religione (*Out to Religion*), che insieme costituiscono la scala di Svelamento Totale (*Overall Outness*). Tale scala di Svelamento Totale esprime quindi il punteggio totale di scala OI, che è la media dei punteggi alle tre suddette sottoscale; dal momento che il rispondente all'OI utilizza il valore "0" per indicare che non vi è una specifica persona o uno specifico gruppo di persone nella sua vita, per i punteggi alle tre sottoscale sono stati tolti gli item con valore "0" ed è stata poi calcolata la media per ogni sottoscala sui restanti item di valore diverso da "0". L'OI è stato usato nella versione italiana adattata e validata da Lingiardi, Baiocco e Nardelli (2012);
- la *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS; Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988) per la misura del supporto sociale percepito; nello specifico, questa scala a 12 item, di tipo Likert a sette punti da *moltissimo in disaccordo* a *moltissimo d'accordo*, indica il livello di supporto sociale percepito da parte di tre categorie di persone (*famiglia, amici, altro significativo*), che corrispondono alle tre sottoscale da cui il test è composto; la MSPSS è stata usata nella versione italiana adattata e validata da Di Fabio e Busoni (2008). Inoltre, agli item della versione italiana dell'MSPSS sono stati aggiunti quattro item, in modo analogo a Sartori

(2011), che si era ispirato a quanto fatto nello studio di Beals et al. (2009), di contenuto affine e congruo a quello dei 12 item dell'MSPSS, che misurano il livello di supporto sociale percepito da parte della comunità LGB, in quanto la letteratura (Cohn & Leake, 2012; Feinstein et al., 2012; Pachankis et al., 2008) suggerisce di inserire nel caso della popolazione omosessuale anche questa dimensione del supporto sociale percepito, essendo stato dimostrato che il supporto sociale percepito da parte della comunità LGB riveste un ruolo fondamentale nella promozione del benessere psicosociale di gay e lesbiche. In definitiva, si è così ottenuta una misura di supporto sociale percepito a 16 item e quattro dimensioni (*famiglia, amici, altro significativo, comunità LGB*), il cui punteggio totale di scala è dato dalla somma dei punteggi delle sue quattro sottoscale, in modo analogo a quanto fatto da Sartori (2011) che ha verificato tale struttura fattoriale a quattro dimensioni e la bontà degli indici di validità e attendibilità;

- la *Experiences with Discrimination Scale* (EDS; Bartos & Baban, 2010) per la misura delle esperienze di discriminazione legate all'orientamento sessuale; tale scala unifattoriale è basata sul modello di Allport (1973) in cui i quattro livelli di pregiudizio corrispondono ad altrettante forme di esperienze di discriminazione vissute dalle persone omosessuali: molestia verbale, evitamento, trattamento ingiusto, vittimizzazione; nell'EDS le esperienze di discriminazione sono valutate usando otto domande, di cui due per ogni specifica forma di discriminazione, e i partecipanti indicano quanto spesso hanno fatto esperienza di ogni tipo di discriminazione su scala Likert a cinque punti da *mai* a *sempre*; il punteggio totale di scala è ottenuto come somma dei punteggi agli otto item. La EDS è stata usata nella versione italiana adattata e validata da Montano e Andriola (2011);
- la *Symptom Check List-90 - Revised* (SCL-90-R; Derogatis, 1983) per la misura del distress psicologico; la SCL-90-R è una scala per l'autovalutazione della sintomatologia psichiatrica in generale relativamente all'ultima settimana e fino al momento della valutazione, ed è composta da 90 item che riflettono le nove dimensioni che sottendono la maggior parte dei sintomi: *Somatizzazione, Ossessività-Compulsività, Sensitività, Depressione, Ansia, Collera-Ostilità, Ansia fobica, Ideazione paranoide, Psicoticismo*; ciascun item è valutato su di una scala Likert a cinque punti da 0 a 4 (da *per niente* a *moltissimo*) e indaga quindi se la persona ha sofferto di uno specifico problema o disturbo nella settimana passata, giorno della valutazione compreso, e con quale intensità; il distress psicologico della persona è poi valutato attraverso un indice globale di disagio, il *General Symptomatic Index* (GSI), che corrisponde al rapporto fra la sommatoria di tutti gli item e il numero degli item comunque valutati ( $\Sigma \text{item}/n^\circ \text{item}$ ) e che generalmente è utilizzato come punteggio totale di scala. La SCL-90-R è stata usata nella versione italiana adattata e validata da Sarno, Preti, Prunas e Madeddu (2011).

### 2.3 Procedura

Sono state predisposte due versioni del questionario somministrato ai 427 partecipanti, una per i maschi e una per le femmine, identiche nella batteria di strumenti, così come nella forma di ogni singolo test, fatta eccezione per il *genere* e l'*orientamento sessuale* del rispondente e della persona da cui si è attratti, declinati come *maschile* e *gay* nel caso del rispondente uomo e come *femminile* e *lesbica* nel caso del rispondente donna, in modo che la comprensione del contenuto degli item di ciascun test non risultasse ambigua.

Il reclutamento dei partecipanti allo studio è avvenuto, durante un periodo di circa sei mesi, da novembre del 2011 ad aprile del 2012.

La somministrazione del questionario per il presente studio è stata compiuta in piccoli gruppi, di circa 5-10 persone, e il tempo di somministrazione del questionario è stato mediamente di circa 40'.

### 2.4 Analisi dei dati

Dopo aver provveduto alla sostituzione *listwise* dei dati mancanti attraverso l'utilizzo del software SPSS 17.0, per testare il modello teorico integrato di mediazione ipotizzato è stata condotta una *path analysis* su variabili osservate, a partire dai punteggi totali di scala, con il metodo di stima dei parametri *Maximum Likelihood* (ML), mediante il software Mplus 3.0 (Muthén & Muthén, 2004).

Come primo passo, sono stati calcolati i punteggi totali di scala per ogni variabile contenuta nel modello di mediazione ipotizzato (cfr. Par. 1.3, pag. 85).

Per valutare l'adeguatezza di tale modello strutturale sono stati poi utilizzati i seguenti indici di *Fit*: il *Chi-Square* ( $\chi^2$ ; Snedecor & Cochran, 1989), il *Chi-Square/df* ( $\chi^2/df$ ; Hatcher, 1994), il *Comparative Fit Index* (CFI; Bentler, 1990), il *Tucker-Lewis Index* (TLI; Tucker & Lewis, 1973) e il *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA; Steiger & Lind, 1980).

Il primo indice di adattamento usato è stato il  $\chi^2$ , che fornisce una misura assoluta di adattamento del modello (Snedecor & Cochran, 1989). Nonostante ciò, tale indice è influenzato dalla numerosità del campione (Jackson, 2001); in campioni numerosi anche piccole differenze tra la matrice osservata e riprodotta possono dare origine a valori significativi che non sono necessariamente indicativi di un adattamento non accettabile (Medsker, Williams, & Holahan, 1994).

Per ovviare a tale limite, coerentemente con quanto indicato da Hatcher (1994), è stato utilizzato un altro indice di adattamento, il  $\chi^2/df$ , che tiene in considerazione l'ampiezza campionaria: Hoyle e Panter (1995) indicano come soddisfacente un valore di tale rapporto inferiore a 3.

Inoltre, per il CFI e il TLI, quando i valori sono uguali o superiori a .90 si ha un buon adattamento ai dati (Hu & Bentler, 1998, 1999); per l'RMSEA, valori uguali o inferiori a .08 indicano

che il modello spiega in modo accettabile i dati osservati, mentre valori uguali o inferiori a .06 indicano un buon adattamento ai dati osservati (Hu & Bentler, 1998, 1999).

Oltre a ciò, per valutare l'adeguatezza di questo modello, sono stati considerati i coefficienti standardizzati delle relazioni tra le variabili del modello attraverso la verifica della loro significatività e della loro direzionalità (Hayduk, Cummings, Boadu, Pazderka-Robinson, & Boulianne, 2007).

### 3. Risultati

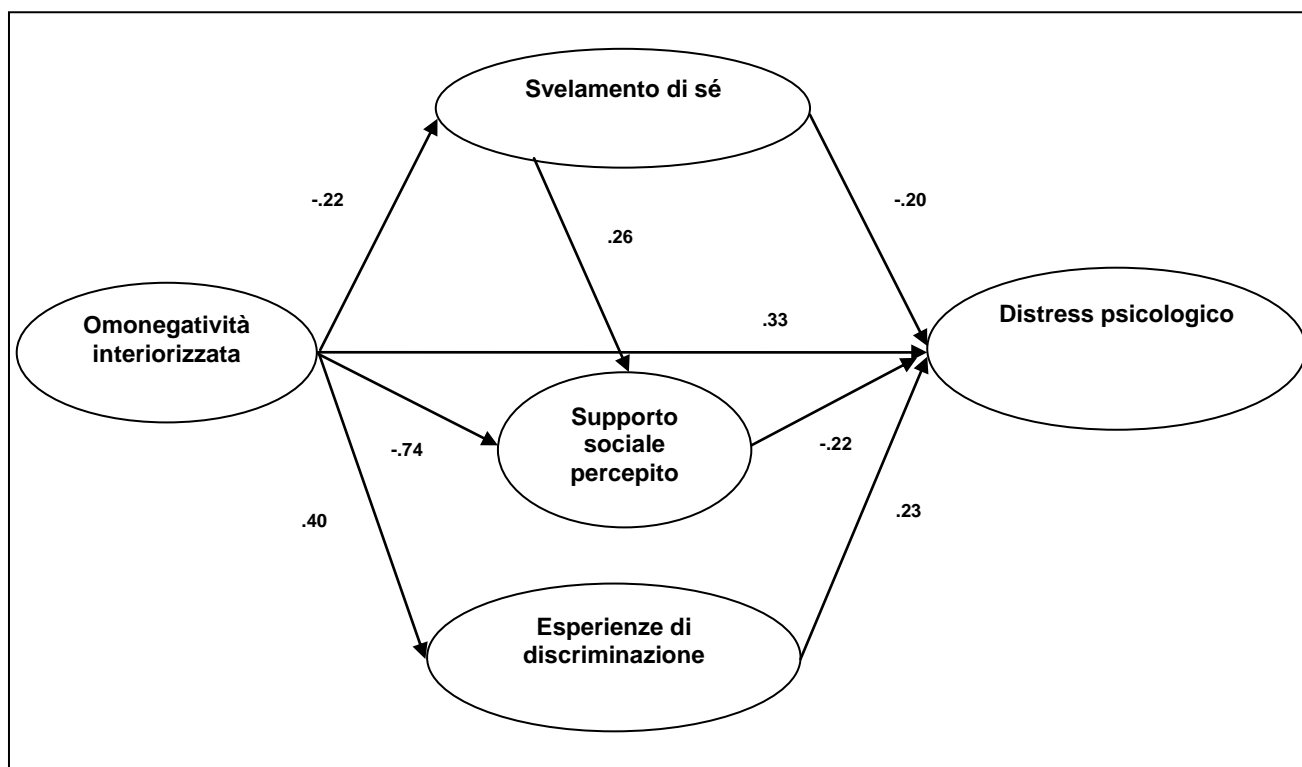
Nella Tabella 9 si hanno i risultati relativi alla *path analysis*: si possono osservare, oltre al  $\chi^2$ , che assumeva un valore di 5.04 con 2 df ( $p = .08$ ), e al  $\chi^2/df$ , pari a 2.52, valore soddisfacente poiché inferiore a 3 secondo quanto indicato da Hoyle e Panter (1995), gli indici CFI, TLI e RMSEA, che risultavano essere tutti e tre buoni, in base alle indicazioni date da Hu e Bentler (1998, 1999), dal momento che entrambi gli indici CFI e TLI erano maggiori del cutoff di .90 e l'indice RMSEA presentava un valore uguale al cutoff di .06.

**Tabella 9.** Indici di *Fit* del modello del *minority stress* nelle persone omosessuali

$\chi^2$	df	$p$	$\chi^2/df$	CFI	TLI	RMSEA
5.04	2	.08	2.52	.99	.97	.06

Inoltre, relativamente al modello del *minority stress* nelle persone omosessuali che è stato testato nel presente studio, tutte le relazioni tra le variabili incluse sono risultate essere significative e nella direzione attesa, come evidenziato in Figura 11 dai coefficienti standardizzati delle relazioni tra le variabili del modello.

**Figura 11.** Modello esplicativo a riguardo del *minority stress* nelle persone omosessuali



Dal momento che gli indici di *Fit*, associati al modello testato a riguardo del *minority stress* nelle persone omosessuali, sono risultati essere tutti buoni (cfr. Tab. 9), e in funzione della significatività, della direzione e della forza di tutte le relazioni che descrivono tale modello (cfr. Fig. 11), i risultati di questo studio attestano come il modello teorico integrato di mediazione ipotizzato sia consistente con i dati empirici.

#### 4. Discussione

L'obiettivo del presente studio è stato quello di verificare in un campione italiano di gay e lesbiche il modello teorico integrato di mediazione ipotizzato (si veda la Figura 10), che esprime i principali contributi dati al momento a spiegazione dell'influenza dell'omonegatività interiorizzata sul distress psicologico della persona omosessuale.

Questo modello teorico integrato è ispirato al *Minority Stress Model* ipotizzato da Meyer (2003) e ai suoi successivi approfondimenti, ampliamenti e integrazioni dati dalle nuove teorizzazioni di Pachankis (2007), Pachankis et al. (2008), Hatzenbuehler (2009), Berghe et al. (2010), Willoughby et al. (2010), Feinstein et al. (2012), Legate et al. (2012); tale modello si propone di spiegare i meccanismi associativi e causali nei gay e nelle lesbiche tra l'omonegatività interiorizzata e il distress psicologico attraverso l'influenza di altre variabili implicate come mediatori in questo modello.

È stato così testato un modello di mediazione nato dall'integrazione di varie proposte di recenti contributi teorici ed empirici (Berghe et al., 2010; Feinstein et al., 2012; Hatzenbuehler, 2009; Legate et al., 2012; Pachankis, 2007; Pachankis et al., 2008; Willoughby et al., 2010), che spiegasse l'influenza dell'omonegatività interiorizzata sul distress psicologico e che si configurasse come un possibile modello esplicativo del *minority stress* per i gay e le lesbiche, assumendo quindi le caratteristiche di un modello di mediazione *gay-related*, cioè di un modello di mediazione che include fattori che sono più strettamente di tipo *gay-related* (fattori che esprimono l'assunzione dell'identità minoritaria omosessuale).

Questo modello teorico integrato di mediazione è stato verificato attraverso una *path analysis*. I risultati dello studio hanno infatti provato l'adeguatezza del modello relativo al *minority stress* nelle persone omosessuali, confermando dunque tale modello teorico integrato di mediazione ipotizzato.

Entrando nello specifico di ciò che è stato verificato nel presente studio, innanzitutto è stato confermato che l'*omonegatività interiorizzata*, variabile indipendente all'interno del modello di mediazione testato, predice la variabile dipendente *distress psicologico*: l'omonegatività interiorizzata aumenta il distress psicologico del gay o della lesbica, più è alto il livello di omonegatività interiorizzata più di conseguenza aumenta il grado di distress psicologico della persona omosessuale; questo risultato è quindi in linea con quanto provato in altri studi precedenti

(Meyer, 2003; Moradi et al., 2009; Rosser et al., 2008; Russell & Bohan, 2006; Talley & Bettencourt, 2011; Wright & Perry, 2006).

Per quanto riguarda poi le ipotesi dei quattro effetti di mediazione parziale, due dovuti alla variabile di *supporto sociale percepito* e tre stabiliti tra le due variabili di *omonegatività interiorizzata* e *distress psicologico* (si veda la Figura 10), tutte e quattro le ipotesi risultano supportate dai risultati ottenuti al presente studio.

Più precisamente, i quattro effetti di mediazione, che sono stati verificati all'interno del modello di mediazione testato nella ricerca, sono stati i seguenti:

- 1) l'effetto dello *svelamento di sé* sul *distress psicologico* è parzialmente mediato dal *supporto sociale percepito*;
- 2) l'effetto dell'*omonegatività interiorizzata* sul *distress psicologico* è parzialmente mediato dallo *svelamento di sé*;
- 3) l'effetto dell'*omonegatività interiorizzata* sul *distress psicologico* è parzialmente mediato dal *supporto sociale percepito*;
- 4) l'effetto dell'*omonegatività interiorizzata* sul *distress psicologico* è parzialmente mediato dalle *esperienze di discriminazione*.

È stata quindi verificata la mediazione da parte del supporto sociale percepito, secondo quanto ipotizzato da Hatzenbuehler (2009); l'Autore aveva proposto che il *supporto sociale percepito* fosse un mediatore, e non un moderatore come era stato inizialmente ipotizzato nel *Minority Stress Model* (Meyer, 2003), rispetto alle due relazioni causali, quella dell'*omonegatività interiorizzata* sul *distress psicologico* e quella dello *svelamento di sé* sul *distress psicologico* (Hatzenbuehler, 2009). Tali due effetti di mediazione parziale possono essere spiegati, similmente a quanto supposto dallo stesso Hatzenbuehler (2009), rispettivamente nei seguenti termini: al crescere dell'*omonegatività interiorizzata* l'individuo percepirà un supporto sociale sempre minore, poiché penserà e sentirà di essere meno apprezzato e stimato e quindi meno aiutato dagli altri, e di conseguenza il grado del suo *distress psicologico* aumenterà; più una persona svelerà la propria identità omosessuale e in conseguenza a ciò, soprattutto con il passare del tempo e il miglioramento di atteggiamenti e sentimenti delle persone a cui si è svelata, percepirà un grado di supporto sociale sempre maggiore e, come effetto di questo, il livello del suo *distress psicologico* diminuirà.

Nella presente ricerca è stato inoltre verificato l'effetto di mediazione da parte dello *svelamento di sé*, secondo quanto ipotizzato da Feinstein et al. (2012), Hatzenbuehler (2009) e Legate et al. (2012): l'effetto dell'*omonegatività interiorizzata* sul *distress psicologico* è parzialmente mediato dallo *svelamento di sé* da parte del gay o della lesbica. Questo effetto di mediazione può essere spiegato, similmente a quanto suggerito dagli Autori che hanno proposto di verificarlo, nei seguenti termini: al crescere dell'*omonegatività interiorizzata* la persona

omosessuale si svelerà sempre di meno, poiché penserà e temerà di correre il rischio di essere rifiutata dagli altri, e quindi di soffrirne e rimanere sola, sviluppando così ansia e paura di essere scoperti, e di conseguenza il grado del suo distress psicologico corrispondentemente aumenterà.

Infine, è stato verificato l'effetto di mediazione da parte delle esperienze di discriminazione subite dal gay o dalla lesbica, secondo quanto era stato ipotizzato in una nuova concettualizzazione proposta da Pachankis et al. (2008), Berghe et al. (2010), Willoughby et al. (2010): l'effetto dell'omonegatività interiorizzata sul distress psicologico è parzialmente mediato dalle esperienze di discriminazione. Questo effetto di mediazione può essere spiegato, similmente a quanto suggerito dagli stessi Autori che lo hanno ipotizzato, come segue: più è alto il livello di omonegatività interiorizzata della persona omosessuale più spesso tale persona tenderà a percepire delle esperienze di discriminazione, diretta e indiretta, nella sua vita quotidiana e, al contempo, queste esperienze di discriminazione saranno vissute in modo più traumatizzante e invalidante, con la conseguenza che il livello di distress psicologico della persona aumenterà.

Sebbene i risultati di questo studio verifichino il modello teorico integrato di mediazione ipotizzato, il presente lavoro mostra dei limiti, che, similmente al precedente STUDIO 1, riguardano principalmente la rappresentatività del campione usato nello studio: come nella maggior parte delle ricerche di contenuto psicologico, anche in questo caso potrebbe essere difficile garantire che il campione sia casuale e rappresentativo della popolazione in questione, quella omosessuale italiana (Maxwell, 2000).

Questo problema metodologico è più che mai complicato dalla grande difficoltà a ottenere un campione casuale di gay e lesbiche. Quando vengono studiate le persone omosessuali, i ricercatori affrontano sempre il problema legato al fatto che i loro partecipanti devono auto-identificarsi come "gay" o come "lesbica"; molte persone che potrebbero usare una tale etichetta per descriversi in privato possono avere difficoltà a condividere pubblicamente questa etichetta con i ricercatori. Si presume pertanto che la maggior parte dei partecipanti al presente studio sia stata sufficientemente a proprio agio, e quindi con livelli minori di omonegatività interiorizzata, con la propria identità omosessuale da rispondere a una ricerca rivolta a gay e lesbiche. Inoltre è improbabile che le persone nelle fasi iniziali di auto-accettazione e svelamento di sé, quando hanno alti livelli di omonegatività interiorizzata, si definiscano gay o lesbiche, ma spesso neppure bisessuali (Moradi et al., 2009; Szymanski et al., 2008).

Per cercare di ovviare a questo limite metodologico, anche nel presente studio i partecipanti sono stati reclutati da molte dimensioni e tipologie di comunità differenti (ad esempio, area metropolitana maggiore, città e paese) e da una varietà di siti diversi (ad esempio, associazioni, organizzazioni, manifestazioni e luoghi di svago della comunità LGBT italiana); inoltre, lo studio è stato condotto su un campione piuttosto ampio (427 soggetti), anche in relazione ad altri studi, italiani e non, svolti con campioni di persone gay e lesbiche, e considerando la difficoltà che in ogni

caso si incontra nel reclutamento di individui appartenenti a una minoranza stigmatizzata e ostracizzata come quella delle persone omosessuali (Graglia, 2012; Russell & Bohan, 2006).

L'attenzione che è stata posta in questo studio alle variabili che mediano l'influenza dell'omonegatività interiorizzata sul distress psicologico dei gay e delle lesbiche è importante in una prospettiva di prevenzione del disagio psico-sociale e di promozione della salute mentale delle persone omosessuali, in quanto la comprensione dei meccanismi e dei legami associativi tra fattori *gay-related* fornisce una spiegazione di come avvenga, almeno in parte, il funzionamento e il relativo adattamento psico-sociale della persona gay o lesbica che è sottoposta a *stressor* legati all'appartenenza alla minoranza omosessuale.

Il presente modello teorico integrato di mediazione, proposto dalla letteratura e verificato in questa ricerca, diventa così un punto di riferimento a spiegazione dell'influenza del *minority stress* nella vita delle persone omosessuali e un utile strumento da cui lo psicologo o psicoterapeuta può partire per un lavoro di tipo clinico con clienti omosessuali, che soffrano di una qualche forma di disagio legata alla propria identità omosessuale.

Questo strumento, più strettamente di tipo teorico, sarebbe poi ulteriormente arricchito se, per un suo utilizzo più specificatamente di tipo applicativo, si avesse la possibilità di dimostrare l'effetto di moderazione di alcune variabili nei confronti delle relazioni dei fattori *gay-related* sul distress psicologico della persona omosessuale, come suggerito di recente da alcuni autori (Feinstein et al., 2012; Fingerhut et al., 2010; Herek et al., 2009; Newcomb & Mustanski, 2010a, 2011; Szymanski, 2009; Szymanski et al., 2008; Talley & Bettencourt, 2011).

In conclusione, dal momento che è stato verificato il modello teorico integrato di mediazione ipotizzato (cfr. Fig. 11), è stata quindi verificata anche la possibilità di usare tale modello in uno studio successivo, che si configurerebbe come uno studio relativo a un interesse più strettamente di tipo applicativo a riguardo del *minority stress* nei gay e nelle lesbiche: la valutazione di come uno psicologo o psicoterapeuta possa intervenire per ridurre il distress psicologico della persona omosessuale attraverso il lavoro su alcune variabili, non di tipo *gay-related* ma più genericamente di tipo personologico, che possono moderare le relazioni dei fattori *gay-related* sul distress psicologico in base al modello di mediazione verificato con il presente studio. Questo studio successivo proverebbe pertanto a rispondere alla seguente domanda: che cosa può fare uno psicologo o psicoterapeuta per ridurre o incrementare l'effetto di una variabile *gay-related* sul distress psicologico del gay o della lesbica?



## STUDIO 3

### RIDUZIONE DEL DISTRESS PSICOLOGICO RISPETTO ALL'ESPERIENZA DEL *MINORITY* STRESS NELLE PERSONE OMOSESSUALI

#### 1. Introduzione

##### 1.1 La moderazione della relazione tra *minority stress* e salute mentale dei gay e delle lesbiche

L'esperienza del *minority stress* nella vita dei gay e delle lesbiche, con le sue implicazioni a livello di dinamiche interne ed esterne all'individuo, è stata analizzata attraverso numerosi studi (tra gli altri, Burns, Kamen, Lehman, & Beach, 2012; Cox et al., 2010; Fingerhut et al., 2010; Lewis, Kholodkov et al., 2012) ed è stata spiegata con la proposta di alcuni modelli teorici (Hatzenbuehler, 2009; Herek et al., 2009; Meyer, 2003; Pachankis, 2007), che si focalizzavano principalmente sul ruolo dell'*omonegatività interiorizzata* nel predire il grado di *distress psicologico* della persona omosessuale, e con la corrispondente introduzione nel corso del tempo di nuove e sempre più dettagliate teorizzazioni a riguardo di possibili effetti di mediazione, che potessero chiarire il funzionamento e l'adattamento psico-sociale della persona omosessuale rispetto agli *stressor* che si trovi a fronteggiare (Berghe et al., 2010; Feinstein et al., 2012; Legate et al., 2012; Pachankis et al., 2008; Willoughby et al., 2010).

Dal momento che questi modelli erano parziali, è nata l'esigenza di comprendere e verificare un modello teorico integrato di mediazione che fornisse una chiave di lettura più ampia e al tempo stesso più approfondita dei legami associativi tra alcune variabili, che la letteratura ha individuato essere rilevanti a spiegazione dell'influenza dell'*omonegatività interiorizzata* sul *distress psicologico* della persona omosessuale all'interno della cornice teorica del *minority stress*: tale esigenza ha portato alla definizione del modello teorico integrato di mediazione verificato nel precedente STUDIO 2. Sulla base di questo modello esplicativo, il presente studio si è posto il problema di come il grado di *distress psicologico* sperimentato dalla persona omosessuale possa essere in qualche modo ridotto nel momento in cui questa persona si trovi a intraprendere un percorso di tipo clinico con un professionista.

Alcuni autori hanno ipotizzato che certe variabili possano intervenire come moderatori nella relazione tra *minority stress* e salute mentale dei gay e delle lesbiche (Burns et al., 2012; Herek et al., 2009; Newcomb & Mustanski, 2011; Szymanski et al., 2008; Talley & Bettencourt, 2011). Sono stati difatti ipotizzati da tali Autori alcuni effetti di moderazione anche rispetto alle relazioni delle variabili di *omonegatività interiorizzata*, *svelamento di sé*, *supporto sociale percepito* ed *esperienze di discriminazione* sul *distress psicologico* della persona omosessuale.

Nello specifico, sono stati ipotizzati degli effetti di moderazione da parte di variabili di tipo *buffer*, una sorta di “tampone emozionale-adattivo”, che si configurano come fattori protettivi nei confronti del distress psicologico del gay o della lesbica, legati quindi intrinsecamente al concetto di *resilienza*; alcuni autori hanno suggerito che tra questi fattori protettivi le variabili più rilevanti siano le *strategie di coping*, l'*autoefficacia* e la *regolazione emotiva* (Feinstein et al., 2012; Hatzenbuehler, 2009; Hatzenbuehler, Dovidio, Nolen-Hoeksema, & Phills, 2009; Herek et al., 2009; Newcomb & Mustanski, 2011; Pachankis, 2007; Talley & Bettencourt, 2011).

È stato infatti supposto che nelle esperienze di *minority stress* delle persone omosessuali possano intervenire dei fattori protettivi nel diminuire il rischio per la loro salute mentale derivante dai fattori di stress cui sono quotidianamente sottoposte le persone gay e lesbiche ed esistono al momento alcune evidenze empiriche preliminari che sembrano confermare un ruolo rilevante di tali fattori protettivi, che risulterebbero quindi i fattori che esprimono e sostanziano la resilienza dei gay e delle lesbiche contro i fattori di stress (Burns et al., 2012; Fingerhut et al., 2010; Meyer, 2007, 2010; Riggle et al., 2008; Scourfield et al., 2008). La verifica della moderazione ipotizzata da parte di variabili di tipo *buffer* nei confronti degli effetti delle variabili che agiscono sul distress psicologico diventa pertanto particolarmente importante e utile nell’ottica della modificazione di tali variabili *buffer*, per aumentarne gli effetti positivi e benefici, che può essere effettuata mediante la psicoterapia con la persona omosessuale (APA, 2012; Fingerhut et al., 2010).

In particolare, relativamente alle variabili di tipo *buffer* più rilevanti (in base a quanto suddetto), il concetto di *strategie di coping* si riferisce a come le persone affrontano le circostanze difficili e pertanto alle modalità cognitive e comportamentali che definiscono il processo di adattamento a una situazione stressante, che si caratterizza per specifiche richieste interne e/o esterne che vengono valutate come eccedenti le risorse della persona (Lazarus & Folkman, 1984). Una strategia di coping rappresenta dunque una tendenza, da parte dell’individuo, a rispondere con modalità abituali o preferenziali a una serie di situazioni stressanti che possiedono caratteristiche simili (Lazarus, 1999). Le strategie di coping però non garantiscono il successo dell’adattamento a una situazione stressante: se la strategia è funzionale alla situazione può mitigare e ridurre la portata stressogena dell’evento, ma se al contrario è disfunzionale alla situazione può anche amplificarla (Lazarus & Folkman, 1984).

All’interno del modello stress-coping di Lazarus e Folkman (1984), lo stress viene dunque considerato come un processo che include gli *stressor* e le risposte messe in atto dal soggetto, implicando continui aggiustamenti; tale modello aggiunge quindi, rispetto alle teorizzazioni precedenti, la relazione fra la persona e l’ambiente e fra le richieste e le risorse personali per farvi fronte. Il soggetto è considerato un agente attivo che può influenzare l’impatto di un fattore stressante mediante strategie cognitive, emozionali e comportamentali. Le strategie di coping sono pertanto definite dagli sforzi di gestione degli eventi e l’attenzione viene riposta sul tentativo messo in atto, non tanto sulla positività degli esiti ottenuti.

Inoltre, Lazarus e Folkman (1984), all'interno del modello stress-coping da loro proposto, distinguono due stili generali di coping comunemente utilizzati dalle persone: strategie centrate sul problema (*problem-focused coping*) e strategie centrate sulle emozioni (*emotion-focused coping*). Le prime sono dirette a modificare in meglio la situazione stressante (ad esempio, attraverso il fronteggiamento, il cambiamento o il controllo delle richieste situazionali) e possono riguardare attività come la pianificazione, la ricerca di supporto, il problem solving. Le seconde si propongono invece di ridurre o gestire le emozioni negative associate alla situazione problematica; ne sono esempio il distanziamento emotivo, la reinterpretazione degli eventi, la ricerca della condivisione affettiva. Gli studi hanno dimostrato che quando le condizioni stressanti vengono valutate come modificabili o controllabili prevale il coping centrato sul problema, quando le condizioni sono al contrario valutate come immutabili o incontrollabili prevale il coping centrato sull'emozione (Lazarus, 1999). Tuttavia, questi due stili di coping non sono tra loro completamente incompatibili; talvolta gli individui tendono a utilizzarli insieme per affrontare alcune situazioni difficili (Folkman & Moskowitz, 2004).

Zeidner e Endler (1996) hanno proposto un'altra classificazione che prevede le seguenti dimensioni del coping: *sostegno sociale* (ricerca di supporto da parte della persona amata, della famiglia, degli amici, dei colleghi), *strategie di evitamento* (cercare di allontanarsi dal problema oggettivamente e/o mentalmente), *attitudini positive* (cercare di vedere il problema sotto una luce differente che lo renda più tollerabile), *orientamento al problema* (pensare alle soluzioni, raccogliere informazioni o fare attivamente qualcosa per cercare di risolvere il problema), *orientamento trascendentale* (cercare conforto o supporto spirituale nella religione, cercare di affrontare la situazione attraverso l'umorismo, cercare di fronteggiare l'evento mediante la *mindfulness*).

Le esperienze di trauma cumulativo, che spesso possono vivere i gay e le lesbiche, implicano anche l'uso sistematico di strategie di coping e un loro ruolo forte e caratterizzante nelle dinamiche intra- e interpersonali. Queste strategie di coping di frequente risultano essere modalità per gestire lo stigma sociale ed eventi stressanti, come episodi di vittimizzazione, esclusione sociale, discriminazione, ma anche come l'aspettativa che questi episodi accadano, che induce a rivolgere l'attenzione continuamente e selettivamente verso le potenziali minacce sociali, e, oltre a ciò, per cercare di contenere emozioni, che creano un forte disagio nella persona omosessuale, quali la vergogna, l'ansia, il senso di colpa, la depressione, la disistima, la paura, che spesso accompagnano le esperienze, specialmente di tipo relazionale, dei gay e delle lesbiche e possono incidere negativamente sulla loro salute psicosomatica (Hatzenbuehler, 2009; Meyer, 2003, 2007, 2010).

Inoltre, è stato evidenziato che anche l'autoefficacia ha un impatto nella riduzione dei fattori di stress e nella conseguente promozione del benessere psicosociale degli individui (Bandura & Locke, 2003). L'*autoefficacia* (*self-efficacy*) è stata definita come la caratteristica della personalità

che si esprime attraverso le convinzioni da parte di un individuo delle proprie capacità di organizzare e realizzare il corso di azioni necessarie per gestire adeguatamente le situazioni che si incontreranno in uno specifico contesto, in modo da raggiungere gli obiettivi prefissati (Bandura, 2005). La vita delle persone è infatti guidata dal relativo senso di autoefficacia, che costituisce un importante fondamento per l'azione e permette dunque di migliorare anche il processo di gestione dello stress. L'autoefficacia può essere una risorsa personale che protegge da esperienze nocive e stressanti, emozioni negative e danni per la salute fisica e psichica, in quanto favorisce l'attivazione del sistema difensivo e reattivo dell'individuo (Bandura, 2005; Bandura & Locke, 2003).

Dal momento che alcuni studi hanno evidenziato che molti degli effetti benefici e protettivi dell'autoefficacia si verificano proprio quando la persona si trova a dover gestire lo stress, il costrutto di autoefficacia sembra pertanto assumere un ruolo importante rispetto al benessere psicologico delle persone omosessuali alle prese con le esperienze di *minority stress* (Herek et al., 2009; Newcomb & Mustanski, 2010a; Pachankis, 2007). I gay e le lesbiche che sviluppano un forte senso di autoefficacia infatti sembrano avere dei benefici in termini di qualità della vita, specialmente a riguardo dell'assunzione di atteggiamenti e comportamenti positivi, protettivi e salutari e della modificazione di abitudini a rischio, ad esempio relativamente alla trasmissione delle malattie sessuali, al fumo di tabacco o all'uso/abuso di sostanze stupefacenti o alcol (Corrigan, Watson, & Barr, 2006; McCabe et al., 2005; Newcomb & Mustanski, 2011).

È stato poi evidenziato che anche la regolazione emotiva influisce sui fattori di stress nel loro effetto negativo sul benessere psicosociale della persona (John & Gross, 2004). La *regolazione emotiva* (*emotion regulation*) è stata definita come l'insieme di processi intrinseci ed estrinseci responsabili del monitoraggio, della valutazione e della modificazione delle reazioni emotive. La regolazione emotiva rappresenta dunque una competenza essenziale per consentire all'emozione di organizzarsi ed esprimersi in risposte psicologiche efficaci e adattive (Gross, 2002). Inoltre, la regolazione emotiva coadiuva l'organismo nel mobilitare le risorse utili ad attivare risposte cognitive e comportamentali congruenti con gli eventi da cui sono state elicitate. Gli effetti della regolazione emotiva riguardano sia il tipo di emozione che viene provata, cioè l'esperienza emozionale in senso stretto, sia la dinamica processuale, cioè l'intensità con cui essa si manifesta, il tempo di latenza, la sua durata, il suo recupero e, infine, il tipo di azione che ne deriva. La regolazione emotiva consente pertanto, attraverso la gestione mirata di alcune componenti emotive, di modulare e organizzare la risposta emotiva in maniera flessibile. In conseguenza a ciò, la regolazione emotiva consente anche di far fronte ai fattori di stress adottando delle strategie che permettano di ripristinare l'equilibrio psichico e, al contempo, di ridurre il distress psicologico della persona. Questo non significa che la regolazione emotiva sia necessariamente intenzionale e consapevole, anche se disfunzionalità nei processi regolatori comportano difficoltà sul piano della consapevolezza dei propri stati emotivi (John & Gross, 2004).

Relativamente alle esperienze di *minority stress* delle persone omosessuali, il concetto di *regolazione emotiva* è stato studiato solo di recente e ancora parzialmente, ipotizzandone effetti di moderazione, e tale concetto è stato spesso declinato nel costrutto di *alessitimia*, che ne è parte (Hatzenbuehler, Dovidio et al., 2009; Szymanski, 2009).

Nello specifico, con il termine *alessitimia* viene inteso il costrutto che descrive la presenza in un individuo di: difficoltà nell'identificare e verbalizzare le proprie emozioni; difficoltà nel distinguere tra sentimenti e sensazioni corporee legate all'attivazione emotiva; processi immaginativi limitati; stile cognitivo concreto, pratico, orientato verso l'esterno piuttosto che internamente (Vanheule, Desmet, Meganck, & Bogaerts, 2007). Inoltre, è stato verificato che l'alessitimia riflette un deficit nell'elaborazione cognitiva e nella regolazione delle emozioni (Aleman, 2005). Alcuni studiosi (si veda ad esempio, Hesse & Floyd, 2008; Newirth, 2003) hanno similmente concepito l'alessitimia come un deficit nella componente psicologica degli affetti: i soggetti alessitimici presentano una limitata capacità di elaborare le emozioni che li predispone cognitivamente ad avere stati affettivi indifferenziati e scarsamente regolati. Molti ricercatori, inoltre, concordano nel ritenere che l'alessitimia rifletta anche un deficit nella capacità di simbolizzare le emozioni (tra gli altri, Larsen, Brand, Bermond, & Hijman, 2003; Wagner & Lee, 2008). È stato invece provato che saper riconoscere, nominare e descrivere le proprie e altrui emozioni riveste un ruolo di primaria importanza per la promozione del benessere psicosociale della persona (Taylor & Bagby, 2004). Questo sembra essere più che mai vero e rilevante nel caso in cui il benessere sia quello di una persona appartenente a una minoranza, come ad esempio quella omosessuale, in cui l'alessitimia comporterebbe un aggravamento dell'influenza negativa degli *stressor* sulla salute dei gay e delle lesbiche (Newcomb & Mustanski, 2010a).

In sintesi, la letteratura scientifica si è concentrata maggiormente sui fattori di rischio, tralasciando non solo i fattori protettivi, ma anche gli aspetti positivi e favorevoli dell'identità gay o lesbica (Harper et al., 2012; Hatzenbuehler, 2009). È dunque importante comprendere quali siano e come agiscano le altre variabili personali, oltre all'orientamento sessuale, che incidono sull'impatto dell'ostilità sociale nei confronti del distress psicologico dell'individuo omosessuale. Proprio all'interno di questa prospettiva si colloca lo studio delle variabili di tipo *buffer*, che dovrebbero ridurre tale impatto e pertanto migliorare la qualità della vita dei gay e delle lesbiche. Inoltre, solo le ricerche più recenti hanno suggerito che vi siano aspetti nell'appartenenza a una minoranza affettivo-sessuale che possono contribuire alla salute psicosociale dei membri che vi appartengono. Questi aspetti positivi *gay-related* risulterebbero essere principalmente: senso di appartenenza a una comunità, creazione di una famiglia di scelta, avere intense e positive relazioni con gli altri, essere dei modelli di ruolo, autenticità, autonomia nel giudizio, empatia, giustizia sociale, attivismo, libertà dai ruoli di genere, esplorazione della sessualità e delle relazioni (Meyer, 2010; Riggle et al., 2008).

Il presente STUDIO 3 indaga come possa intervenire uno psicologo o psicoterapeuta per ridurre il distress psicologico del gay o della lesbica mediante il lavoro su di una variabile di tipo *buffer*, che modererebbe gli effetti dei fattori *gay-related* sul distress psicologico. Questo studio nasce quindi dalla domanda: che cosa si può fare per “tamponare”, cioè per ridurre o incrementare, l’effetto di una variabile *gay-related* sul distress psicologico della persona omosessuale? In questo studio sono state pertanto testate alcune moderazioni al fine di provare a trovare una soluzione per ridurre lo stress *gay-related*, attraverso quindi la verifica di alcuni effetti di moderazione da parte di variabili personologiche di tipo *buffer* dell’individuo omosessuale.

La letteratura in materia sosteneva infatti la necessità di testare l’effetto di moderazione da parte di variabili personologiche di tipo *buffer* (Herek et al., 2009; Newcomb & Mustanski, 2011; Szymanski et al., 2008; Talley & Bettencourt, 2011) sulle possibili relazioni causali dei fattori *gay-related* nella loro influenza sul distress psicologico dei gay e delle lesbiche (Feinstein, Davila, & Yoneda, 2012; Hatzenbuehler, 2009; Szymanski, 2009). È stato infatti provato che il lavoro clinico su variabili di tipo personologico, per aumentarne o ridurne l’intensità o per cambiarne l’espressione, è più efficace e duraturo rispetto a quello su variabili di tipo *gay-related* (Hatzenbuehler, Dovidio et al., 2009; Newcomb & Mustanski, 2011; Talley & Bettencourt, 2011).

Nello specifico, in letteratura sono stati ipotizzati gli effetti di moderazione che seguono (raggruppati in quattro categorie): l’effetto dell’omonegatività interiorizzata sul distress psicologico sarebbe moderato da variabili di tipo *buffer* (Szymanski et al., 2008); l’effetto dello svelamento di sé sul distress psicologico sarebbe moderato da variabili di tipo *buffer* (Talley & Bettencourt, 2011); l’effetto del supporto sociale percepito sul distress psicologico sarebbe moderato da variabili di tipo *buffer* (Herek et al., 2009); l’effetto delle esperienze di discriminazione sul distress psicologico sarebbe moderato da variabili di tipo *buffer* (Newcomb & Mustanski, 2011).

La verifica degli effetti di moderazione, ipotizzati da parte di alcune variabili personologiche di tipo *buffer* (precisamente, le *strategie di coping*, l’*autoefficacia*, l’*alessitimia*) nei confronti degli effetti delle variabili *gay-related* che agiscono sul distress psicologico della persona omosessuale, diventa quindi particolarmente importante e utile nella prospettiva della modificazione di tali variabili personologiche, che può essere effettuata attraverso la psicoterapia con la persona gay o lesbica, per il fine ultimo della riduzione del distress psicologico dell’individuo omosessuale, migliorandone così la qualità della vita (APA, 2012; Fingerhut et al., 2010; Hatzenbuehler, Nolen-Hoeksema, & Dovidio, 2009; Lehmler, 2012).

## 1.2 Obiettivi

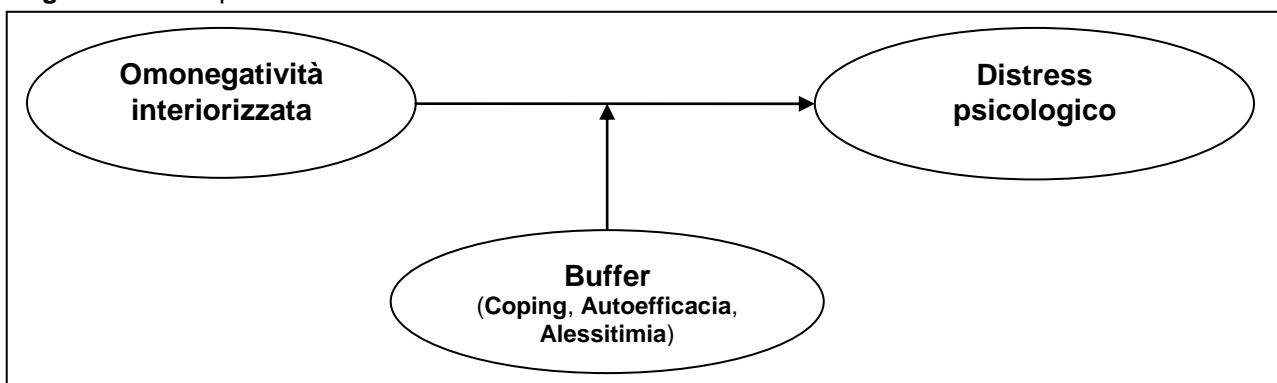
Dal momento che è stato verificato, all’interno della cornice teorica del *minority stress* per le persone omosessuali, un modello teorico integrato di mediazione (STUDIO 2), che spiega alcuni meccanismi associativi e causali nei gay e nelle lesbiche tra l’*omonegatività interiorizzata* e il *distress psicologico* (cfr. Fig. 11), è nata l’esigenza di condurre un ulteriore studio con l’obiettivo

specifico di valutare e comprendere se e come possa essere ridotto il distress psicologico della persona omosessuale all'interno di un setting clinico con uno psicologo o psicoterapeuta (APA, 2012; Berghe et al., 2010; Fingerhut et al., 2010; Hatzenbuehler, Dovidio et al., 2009; Meyer, 2003).

In questo nuovo studio, sono stati indagati in un campione italiano di individui omosessuali alcuni effetti di moderazione, che sono stati derivati dalla letteratura scientifica in materia di *minority stress* e salute mentale dei gay e delle lesbiche (Herek et al., 2009; Newcomb & Mustanski, 2011; Szymanski et al., 2008; Talley & Bettencourt, 2011).

A partire dal modello teorico integrato di mediazione verificato nel precedente STUDIO 2, l'ipotesi del presente studio prevede la descrizione in dettaglio degli effetti di moderazione da testare, di cui si ha un esempio in Figura 12, relativamente alla riduzione del *minority stress* nei gay e nelle lesbiche. L'esempio di Figura 12 mostra il possibile effetto di moderazione da parte della variabile di tipo *buffer* rispetto alla relazione causale dell'omonegatività interiorizzata sul distress psicologico della persona omosessuale.

**Figura 12.** Esempio di effetto di moderazione da testare



Tali effetti di moderazione sono stati testati rispetto alla relazione causale di ogni singola variabile *gay-related* (*omonegatività interiorizzata, svelamento di sé, supporto sociale percepito, esperienze di discriminazione*) sul *distress psicologico*, in base al modello di mediazione dimostrato nel precedente STUDIO 2; si hanno dunque complessivamente quattro relazioni su cui viene verificata la moderazione da parte della variabile di tipo *buffer* e precisamente viene dimostrato l'effetto di moderazione, su ciascuna delle quattro relazioni, da parte di ogni singola variabile di tipo *buffer* delle tre (*strategie di coping, autoefficacia, alessitimia*).

In dettaglio, nel presente studio sono stati quindi ipotizzati i seguenti dodici possibili effetti di moderazione da parte delle tre variabili di *strategie di coping, autoefficacia e alessitimia*, secondo quanto proposto da alcuni autori relativamente alla possibile riduzione del *minority stress* nelle persone omosessuali (Feinstein et al., 2012; Hatzenbuehler, 2009; Hatzenbuehler, Nolen-Hoeksema et al., 2009; Herek et al., 2009; Newcomb & Mustanski, 2011; Pachankis, 2007; Szymanski et al., 2008; Talley & Bettencourt, 2011):

- l'effetto dell'*omonegatività interiorizzata* sul *distress psicologico* è moderato dalle *strategie di coping*;
- l'effetto dell'*omonegatività interiorizzata* sul *distress psicologico* è moderato dall'*autoefficacia*;
- l'effetto dell'*omonegatività interiorizzata* sul *distress psicologico* è moderato dall'*alessitimia*;
- l'effetto dello *svelamento di sé* sul *distress psicologico* è moderato dalle *strategie di coping*;
- l'effetto dello *svelamento di sé* sul *distress psicologico* è moderato dall'*autoefficacia*;
- l'effetto dello *svelamento di sé* sul *distress psicologico* è moderato dall'*alessitimia*;
- l'effetto del *supporto sociale percepito* sul *distress psicologico* è moderato dalle *strategie di coping*;
- l'effetto del *supporto sociale percepito* sul *distress psicologico* è moderato dall'*autoefficacia*;
- l'effetto del *supporto sociale percepito* sul *distress psicologico* è moderato dall'*alessitimia*;
- l'effetto delle *esperienze di discriminazione* sul *distress psicologico* è moderato dalle *strategie di coping*;
- l'effetto delle *esperienze di discriminazione* sul *distress psicologico* è moderato dall'*autoefficacia*;
- l'effetto delle *esperienze di discriminazione* sul *distress psicologico* è moderato dall'*alessitimia*.

## 2. Metodo

### 2.1 Partecipanti

I partecipanti allo studio sono stati reclutati mediante un campionamento di convenienza svolto principalmente tramite associazioni, organizzazioni, manifestazioni e luoghi di svago della comunità LGBT italiana, soprattutto della Toscana.

Il campione totale è costituito da 337 soggetti, di cui 171 maschi e 166 femmine. Tutti i partecipanti allo studio si sono dichiarati omosessuali esclusivi (55.2%) o prevalenti (44.8%). L'età dei partecipanti variava fra 20 e 61 anni (M = 34.47; DS = 8.58). La maggior parte dei partecipanti risiedeva in Toscana (74.5%). Relativamente poi allo stato civile, quasi tutti (93.8%) riferivano di essere celibi/nubili.

Oltre a ciò, i titoli di studio più ricorrenti erano il diploma di scuola secondaria di secondo grado (43%), il diploma di laurea specialistica/magistrale o secondo il previgente ordinamento (32.9%) e il diploma di laurea triennale (14.2%). Le attività lavorative che erano indicate più di frequente risultavano essere l'attività impiegatizia (35.3%), l'attività libero professionale (31.5%), l'attività studentesca (13.9%) e l'attività operaia (7.1%).

Inoltre, per quanto riguarda la situazione sentimentale dei partecipanti allo studio, la maggior parte di loro ha dichiarato di trovarsi in un rapporto di coppia di tipo omosessuale (62.6%), di cui il 52.1% dichiarava di essere convivente. I restanti rispondenti si sono dichiarati single (37.4%).



L'85.3% dei partecipanti non single ha espresso di essere molto o del tutto soddisfatto della propria relazione di coppia.

Infine, dei 337 partecipanti allo studio il 26.1% ha dichiarato di essere iscritto almeno a una associazione per la comunità LGBT.

## 2.2 Strumenti

L'obiettivo del presente studio è stato quello di verificare alcuni effetti di moderazione relativamente alla possibile riduzione del *minority stress* nelle persone omosessuali. Per far questo, è stato somministrato ai 337 partecipanti allo studio un questionario contenente, nelle due versioni, per le femmine e per i maschi, una batteria di strumenti che si compone di tutti gli strumenti già utilizzati nel precedente STUDIO 2, cioè una scheda di dati socio-demografici e socio-affettivi; l'*Internalized Homonegativity Inventory* (IHNI; Mayfield, 2001) per la misura dell'omonegatività interiorizzata, nella versione italiana adattata e validata nello STUDIO 1; l'*Outness Inventory* (OI; Mohr & Fassinger, 2000) per la misura dello svelamento di sé, nella versione italiana adattata e validata da Lingiardi et al. (2012); la *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS; Zimet et al., 1988) per la misura del supporto sociale percepito, con l'aggiunta alla versione italiana (Di Fabio & Busoni, 2008) dei quattro item relativi al supporto sociale percepito da parte della comunità LGB, secondo quanto fatto da Sartori (2011); la *Experiences with Discrimination Scale* (EDS; Bartos & Baban, 2010) per la misura delle esperienze di discriminazione legate all'orientamento sessuale, nella versione italiana adattata e validata da Montano e Andriola (2011); la *Symptom Check List-90 - Revised* (SCL-90-R; Derogatis, 1983) per la misura del distress psicologico, nella versione italiana adattata e validata da Sarno et al. (2011).

Oltre a questi, sono stati inclusi nella batteria i seguenti altri strumenti che misurano le tre variabili di tipo *buffer*:

- il *Coping Inventory for Stressfull Situations* (CISS; Endler & Parker, 1999) per la misurazione delle strategie di coping; nello specifico, questo strumento multidimensionale a 48 item, su scala Likert a cinque punti da *per niente* a *moltissimo*, misura la competenza della persona di far fronte allo stress indicando quali siano le strategie di coping preferite, e si articola in tre scale, ciascuna composta di 16 item: *Manovra*, che descrive gli sforzi volti a risolvere il problema ristrutturandolo cognitivamente o tentando di alterare la situazione; *Emozione*, che rappresenta le reazioni emotive che sono orientate verso il Sé allo scopo di ridurre lo stress; *Evitamento*, che descrive attività e cambiamenti cognitivi volti a evitare la situazione stressante. Quest'ultima scala comprende le due sottoscale di *Distrazione* (8 item), che rappresenta l'evitamento della situazione stressante distraendosi con altre situazioni o compiti (orientamento verso il compito), e di *Diversivo sociale* (5 item), che esprime l'evitamento della situazione stressante tramite il diversivo sociale (orientamento verso la persona). Il punteggio totale di

scala è ottenuto come somma dei punteggi delle tre suddette scale. Il CISS è stato usato nella versione italiana adattata e validata da Sirigatti, Stefanile e Lera (2009);

- la *General Self-efficacy subscale* (GSE) della *Self-efficacy Scale* (Sherer et al., 1982) per la misura dell'autoefficacia intesa come senso di autoefficacia generale; tale scala unifattoriale a 17 item è di tipo Likert a cinque punti da *completamente in disaccordo* a *completamente d'accordo*; il punteggio totale di scala è dato dalla somma dei punteggi ai singoli item; la GSE è stata usata nella versione italiana adattata e validata da Pierro (1997);
- la *Twenty-item Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20; Bagby et al., 1994) per la misurazione dell'alessitimia; specificatamente, questo strumento multifattoriale a 20 item, su scala Likert a cinque punti da *non sono per niente d'accordo* a *sono completamente d'accordo*, si articola in tre sottoscale che descrivono le tre dimensioni che definiscono il costrutto di alessitimia: *difficoltà nell'identificare i sentimenti* (7 item), *difficoltà nel comunicare i sentimenti* (5 item), *pensiero orientato all'esterno* (8 item); il punteggio totale è ottenuto come somma dei punteggi alle tre sottoscale. La TAS-20 è stata utilizzata nella versione italiana adattata e validata da Bressi et al. (1996).

### 2.3 Procedura

Nel presente studio sono state predisposte due versioni del questionario somministrato ai 337 partecipanti, una per i maschi e una per le femmine, identiche nella batteria di strumenti, così come nella forma di ciascun singolo test, fatta eccezione per il *genere* e l'*orientamento sessuale* del rispondente e della persona da cui si è attratti, declinati come *maschile* e *gay* nel caso in cui il rispondente fosse un uomo e come *femminile* e *lesbica* nel caso in cui il rispondente fosse una donna, in modo che la comprensione del contenuto degli item di ogni test non risultasse ambigua.

Inoltre, il reclutamento dei partecipanti allo studio è avvenuto, durante un periodo di circa cinque mesi, da maggio del 2012 a settembre del 2012.

Infine, la somministrazione del questionario per tale studio è stata compiuta in piccoli gruppi, ciascuno di circa 5-10 persone, e il tempo di somministrazione del questionario è stato mediamente di circa 55'.

### 2.4 Analisi dei dati

Per testare gli effetti di moderazione ipotizzati nel presente studio, come primo passo si è provveduto alla sostituzione *listwise* dei dati mancanti.

Come secondo passo, è stata effettuata la standardizzazione delle variabili implicate, al fine di creare successivamente per ogni singolo effetto di moderazione da testare una variabile che fosse il prodotto della specifica variabile indipendente per la specifica variabile di tipo *buffer* dell'effetto di moderazione.

Precisamente, per ciascun effetto di moderazione ipotizzato è stata condotta una regressione lineare multipla: in una prima fase dell'analisi, oltre alla variabile dipendente, è stata introdotta soltanto la specifica variabile indipendente, mentre in una seconda fase è stata introdotta anche la specifica variabile di tipo *buffer* attraverso il suddetto prodotto di una specifica variabile indipendente per una specifica variabile di tipo *buffer*, valutando così se l'effetto della variabile di tipo *buffer* fosse significativo, poiché in tal caso sarebbe stata presente una moderazione.

Tutte le suddette analisi sono state effettuate attraverso l'utilizzo del software SPSS 17.0.

### 3. Risultati

Nelle Tabelle 10, 11, 12 e 13 sono riportati i risultati relativi alle regressioni lineari multiple che sono state condotte per testare alcuni effetti di moderazione a riguardo della possibile riduzione del distress psicologico nella persona omosessuale.

In particolare, nella Tabella 10, relativa alla relazione causale dello *svelamento di sé* sul *distress psicologico*, si può osservare come nessun effetto di moderazione testato abbia il valore del rispettivo coefficiente standardizzato che risulti essere statisticamente significativo.

**Tabella 10.** Moderazione della relazione dello svelamento di sé sul distress psicologico

Effetto di Moderazione: VI <i>Svelamento di sé</i>	Coefficienti Standardizzati ( $\beta$ )
Strategie di coping	-.07
Autoefficacia	.05
Alessitimia	.06

Inoltre, nella Tabella 11, relativa alla relazione causale del *supporto sociale percepito* sul *distress psicologico*, si può osservare come due effetti di moderazione risultino essere statisticamente significativi in base al valore dei rispettivi coefficienti standardizzati: l'effetto da parte delle *strategie di coping* e l'effetto da parte dell'*autoefficacia*.

**Tabella 11.** Moderazione della relazione del supporto sociale percepito sul distress psicologico

Effetto di Moderazione: VI <i>Supporto sociale percepito</i>	Coefficienti Standardizzati ( $\beta$ )
<b>Strategie di coping</b>	<b>.13*</b>
<b>Autoefficacia</b>	<b>.15**</b>
Alessitimia	.07

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

Nella Tabella 12, relativa alla relazione causale delle *esperienze di discriminazione* sul *distress psicologico*, si può osservare come nessun effetto di moderazione testato abbia il valore del rispettivo coefficiente standardizzato che risulti essere statisticamente significativo.

**Tabella 12.** Moderazione della relazione delle esperienze di discriminazione sul distress psicologico

Effetto di Moderazione: VI <i>Esperienze di discriminazione</i>	Coefficienti Standardizzati ( $\beta$ )
Strategie di coping	.06
Autoefficacia	.06
Alessitimia	.05

Infine, nella Tabella 13, relativa alla relazione causale dell'*omonegatività interiorizzata* sul *distress psicologico*, si può osservare come due effetti di moderazione risultino essere statisticamente significativi in base al valore dei rispettivi coefficienti standardizzati: l'effetto da parte delle *strategie di coping* e l'effetto da parte dell'*alessitimia*.

**Tabella 13.** Moderazione della relazione dell'*omonegatività interiorizzata* sul distress psicologico

Effetto di Moderazione: VI <i>Omonegatività interiorizzata</i>	Coefficienti Standardizzati ( $\beta$ )
<b>Strategie di coping</b>	<b>-.18**</b>
Autoefficacia	-.11
<b>Alessitimia</b>	<b>.18**</b>

\*\*  $p < .01$

In sintesi, dal momento che i coefficienti standardizzati  $\beta$  relativi alle regressioni lineari multiple di quattro effetti di moderazione sono statisticamente significativi e nella direzione attesa (cfr. Tab. 11 e Tab. 13), i risultati di questo studio attestano come le variabili di tipo *buffer* introdotte (*strategie di coping*, *autoefficacia*, *alessitimia*) moderino alcune relazioni, ma non tutte, di alcune variabili *gay-related* (*supporto sociale percepito*, *omonegatività interiorizzata*), contenute nel modello di mediazione confermato nel precedente STUDIO 2, sul *distress psicologico* della persona omosessuale.

Precisamente, nel presente studio sono stati verificati i seguenti quattro effetti di moderazione:

- l'effetto del *supporto sociale percepito* sul *distress psicologico* è moderato dalle *strategie di coping*;
- l'effetto del *supporto sociale percepito* sul *distress psicologico* è moderato dall'*autoefficacia*;
- l'effetto dell'*omonegatività interiorizzata* sul *distress psicologico* è moderato dalle *strategie di coping*;
- l'effetto dell'*omonegatività interiorizzata* sul *distress psicologico* è moderato dall'*alessitimia*.

#### 4. Discussione

L'obiettivo del presente studio è stato quello di testare in un campione italiano di gay e lesbiche alcuni effetti di moderazione delle relazioni causali di alcune variabili *gay-related* (*omonegatività interiorizzata*, *svelamento di sé*, *supporto sociale percepito*, *esperienze di discriminazione*) sul *distress psicologico* della persona omosessuale. Questo obiettivo è stato prefigurato al fine di provare, sulla base di ciò che la letteratura suggeriva (Feinstein et al., 2012; Hatzenbuehler, 2009; Hatzenbuehler, Dovidio et al., 2009; Herek et al., 2009; Newcomb & Mustanski, 2011; Pachankis, 2007; Szymanski et al., 2008; Talley & Bettencourt, 2011), se ci fosse la possibilità di ridurre il *distress psicologico* del gay o della lesbica attraverso il lavoro clinico che può fare un professionista relativamente alle variabili di moderazione nella loro influenza sulle relazioni causali delle variabili *gay-related* sul *distress psicologico* della persona omosessuale.

In particolare, le variabili di moderazione introdotte in questo studio sono state le variabili di tipo *buffer* di *strategie di coping*, *autoefficacia* e *alessitimia*, che risultano essere fattori che non sono strettamente di tipo *gay-related*, ma fattori che esprimono più genericamente caratteristiche individuali di tipo personologico (Feinstein et al., 2012; Hatzenbuehler, 2009; Herek et al., 2009; Newcomb & Mustanski, 2011; Talley & Bettencourt, 2011).

Dei dodici effetti di moderazione ipotizzati (cfr. Par. 1.2, pag. 101) quattro sono risultati significativi, che sono nello specifico:

- l'effetto del *supporto sociale percepito* sul *distress psicologico* è moderato dalle *strategie di coping*;
- l'effetto del *supporto sociale percepito* sul *distress psicologico* è moderato dall'*autoefficacia*;
- l'effetto dell'*omonegatività interiorizzata* sul *distress psicologico* è moderato dalle *strategie di coping*;
- l'effetto dell'*omonegatività interiorizzata* sul *distress psicologico* è moderato dall'*alessitimia*.

Nel complesso, sono stati quindi verificati effetti di moderazione da parte delle tre variabili di tipo *buffer* (*strategie di coping*, *autoefficacia*, *alessitimia*) introdotte nello studio, ma solo relativamente alle due relazioni causali del *supporto sociale percepito* sul *distress psicologico* e dell'*omonegatività interiorizzata* sul *distress psicologico*, e con la variabile *strategie di coping* che è l'unica delle tre a moderare entrambe le suddette relazioni causali.

I due effetti di moderazione sopra citati relativamente alla relazione causale del *supporto sociale percepito* sul *distress psicologico* possono essere spiegati rispettivamente nei seguenti termini: data la relazione causale — il *supporto sociale percepito* diminuisce il *distress psicologico* — la variabile *strategie di coping* agisce da moderatore, implicando un accrescimento dell'effetto causale per cui il *supporto sociale percepito* diminuisce maggiormente il *distress psicologico* quanto più le *strategie di coping* preferite dall'individuo sono funzionali, poiché la persona percepisce nella sua vita un supporto sociale più forte e adattivo; data la relazione causale — il

*supporto sociale percepito* diminuisce il *distress psicologico* — la variabile *autoefficacia* agisce da moderatore, implicando un aumento dell'effetto causale per cui il *supporto sociale percepito* diminuisce maggiormente il *distress psicologico* quanto più l'*autoefficacia* dell'individuo è alta, poiché la persona percepisce nella sua vita un supporto sociale più forte e adattivo.

Inoltre, i restanti due effetti di moderazione sopra citati relativamente alla relazione causale dell'*omonegatività interiorizzata* sul *distress psicologico* possono essere spiegati rispettivamente come segue: data la relazione causale — l'*omonegatività interiorizzata* aumenta il *distress psicologico* — la variabile *strategie di coping* agisce da moderatore, implicando una diminuzione dell'effetto causale per cui l'*omonegatività interiorizzata* aumenta di meno il *distress psicologico* quanto più le *strategie di coping* preferite dall'individuo sono funzionali, poiché l'*omonegatività interiorizzata* della persona diventa meno forte e invalidante; data la relazione causale — l'*omonegatività interiorizzata* aumenta il *distress psicologico* — la variabile *alessitimia* agisce da moderatore, implicando un decremento dell'effetto causale per cui l'*omonegatività interiorizzata* aumenta di meno il *distress psicologico* quanto più l'*alessitimia* dell'individuo è bassa, poiché l'*omonegatività interiorizzata* della persona diventa meno forte e invalidante.

È importante sottolineare come solo quattro effetti di moderazione siano supportati dai risultati ottenuti al presente studio. Gli altri effetti di moderazione suggeriti dalla letteratura (Feinstein et al., 2012; Hatzenbuehler, 2009; Hatzenbuehler, Nolen-Hoeksema et al., 2009; Herek et al., 2009; Newcomb & Mustanski, 2011; Pachankis, 2007; Szymanski et al., 2008; Talley & Bettencourt, 2011) non sono stati invece verificati in questo studio. Per esempio, non sono stati confermati tutti gli effetti di moderazione relativi alle due relazioni causali dello *svelamento di sé* sul *distress psicologico* e delle *esperienze di discriminazione* sul *distress psicologico*.

Questo è importante al fine di poter indirizzare meglio l'intervento terapeutico: ovvero, in caso che il problema sia relativo al *supporto sociale percepito* si può agire sulle *strategie di coping* e l'*autoefficacia* in base agli effetti di moderazione verificati nel presente studio, e in caso che il problema sia relativo all'*omonegatività interiorizzata* si può agire sulle *strategie di coping* e l'*alessitimia* in base agli effetti di moderazione dimostrati, mentre se il problema fosse sullo *svelamento di sé* o sulle *esperienze di discriminazione* non servirebbe lavorare sulle variabili di tipo *buffer* di *strategie di coping*, *autoefficacia* e *alessitimia*, in quanto non sono stati verificati i loro effetti di moderazione rispetto alle relazioni causali di *svelamento di sé* ed *esperienze di discriminazione* sul *distress psicologico*.

Un possibile sviluppo futuro sarebbe pertanto l'introduzione di nuove variabili di moderazione da testare al fine della riduzione del *distress psicologico* del gay o della lesbica. Queste variabili potrebbero essere altri fattori di tipo *buffer*, da inserire soprattutto per quelle relazioni su cui i fattori di tipo *buffer* del presente studio non hanno riscontrato valori statisticamente significativi, ma anche per le altre relazioni, dal momento che gli effetti di moderazione dimostrati non hanno valori dei coefficienti standardizzati elevati seppur significativi, per cui risulta preferibile un approccio alla

riduzione del distress psicologico, rispetto a ogni variabile *gay-related*, che comporti il lavoro clinico su più variabili di tipo *buffer*. Tali altri moderatori potrebbero ad esempio essere l'*assertività* e il *locus of control*, anche sulla base di nuovi contributi forniti dalla letteratura (Lehmiller, 2012; Lewis, Kholodkov et al., 2012; Martin & Alessi, 2012), che sembrano evidenziare dei legami associativi di queste variabili con fattori *gay-related*.

In definitiva, in questo studio è stato dimostrato l'effetto di moderazione di alcune variabili nei confronti di alcune relazioni di fattori *gay-related* sul *distress psicologico* della persona omosessuale, e questo risultato diventa un utile strumento applicativo, a riguardo del *minority stress* nei gay e nelle lesbiche, che il professionista può utilizzare per un lavoro di tipo clinico con clienti omosessuali che soffrano di una qualche forma di disagio legata alla propria identità omosessuale. In questo modo, il professionista della salute mentale può infatti intervenire per ridurre il *distress psicologico* della persona omosessuale attraverso il lavoro sulle variabili che non sono di tipo *gay-related* ma più genericamente di tipo personologico e che moderano le relazioni di alcuni fattori *gay-related* sul *distress psicologico* in base al modello di mediazione verificato nel precedente STUDIO 2.

In sintesi, la persona omosessuale cerca un aiuto di tipo psicologico o psicoterapeutico quando il suo *distress psicologico* è sufficientemente alto da farla sentire in uno stato di malessere e difficoltà, il professionista della salute mentale in questo caso può quindi lavorare sui moderatori (*strategie di coping, autoefficacia e Alessitimia*), che nel presente studio hanno dimostrato avere un'influenza significativa rappresentando differenti possibili *buffer* che riducono il *distress psicologico*, e in definitiva migliorano la qualità della vita del gay o della lesbica, portando a incrementare la percezione e l'utilizzo degli aspetti positivi e favorevoli di tipo *gay-related*, che sono principalmente: l'appartenenza a una comunità, la creazione di una famiglia di scelta, la probabilità di avere intense relazioni con gli altri, l'autenticità, l'autonomia nel giudizio, l'empatia, la giustizia sociale, la libertà dai ruoli di genere, l'esplorazione della sessualità e delle relazioni (Hatzenbuehler, 2009; Martin & Alessi, 2012; Meyer, 2010; Riggle et al., 2008).

In questo modo, il processo del *minority stress*, che incide negativamente sulla salute psicologica e fisica delle persone omosessuali, così come il processo dell'aspettativa che eventi stressanti accadano, che induce a rivolgere l'attenzione continuamente alle potenziali minacce sociali relative all'affermazione della propria identità omosessuale (Hatzenbuehler, 2009; Lehmiller, 2012; Meyer, 2003), possono essere almeno in parte ridotti a favore dell'incremento dell'influenza dei fattori di resilienza sul benessere psicosociale della persona gay o lesbica.

## CONCLUSIONI

L'omonegatività viene interiorizzata dai gay e dalle lesbiche, caratterizzandosi come accettazione passiva, più o meno consapevole, dell'insieme di atteggiamenti, credenze e sentimenti negativi, ostili e discriminatori a carico del loro orientamento sessuale omosessuale, dell'omosessualità negli altri, dei comportamenti e delle relazioni che tra le persone omosessuali intercorrono, con profonde ripercussioni sul loro benessere psicosociale (Cox et al., 2010; Rosser et al., 2008; Russell & Bohan, 2006).

Alti livelli di *omonegatività interiorizzata*, in base alle ricerche condotte negli ultimi anni su campioni di gay e lesbiche (Cochran et al., 2003; D'Augelli, Grossman, & Starks, 2005; Frost & Meyer, 2009; Hamilton & Mahalik, 2009; Igartua et al., 2003; Lehmler, 2012; Newcomb & Mustanski, 2010a), sono stati significativamente associati a condizioni generali di disagio psicologico, bassa autostima, scarso supporto sociale percepito, oltre che a numerosi problemi specifici, quali: sfiducia, anassertività e isolamento; evitamento e difficoltà nelle relazioni intime; violenza domestica; pratica di sesso non sicuro; disfunzioni sessuali; alcolismo; abuso di sostanze stupefacenti; disturbi alimentari; ansia, depressione e tentativi di suicidio; caratteristiche borderline di personalità. Inoltre, alti livelli di *omonegatività interiorizzata* possono rallentare, arrestare temporaneamente, fino a compromettere, il processo evolutivo di formazione dell'identità omosessuale (Fingerhut et al., 2010; Rowen & Malcolm, 2003).

Il riconoscimento dell'impatto deleterio e patologico che il costrutto di *omonegatività interiorizzata* può avere sullo sviluppo di gay e lesbiche e sul loro funzionamento psicologico è stato quindi un importante passo avanti nella concettualizzazione di questo costrutto. Si può, dunque, sostenere la validità e la centralità dell'*omonegatività interiorizzata* per comprendere pienamente la psicologia delle persone omosessuali, così come si può ritenere che tale costrutto sia una componente basilare per la conduzione di una psicoterapia affermativa con clienti gay e lesbiche, che infatti dovrebbe sempre includere l'*assessment* e il trattamento, anche indiretto, dell'*omonegatività interiorizzata* (APA, 2012; Langdridge, 2007).

In letteratura erano stati condotti numerosi studi sul costrutto di *omonegatività interiorizzata*, ma erano tuttavia presenti alcune lacune in merito a studi empirici sulla effettiva diffusione di questo costrutto nella popolazione omosessuale, per esempio di diverse provenienze culturali, e su come esso interagisse con altri costrutti salienti nella vita delle persone omosessuali (Isacco et al., 2012).

Inoltre, molte di queste ricerche mostravano delle carenze su più fronti: di stampo metodologico, specialmente in relazione all'operazionalizzazione e alla misurazione del costrutto di *omonegatività interiorizzata*; di stampo teorico, soprattutto rispetto all'analisi e alla comprensione dei meccanismi associativi e causali dell'*omonegatività interiorizzata* con altri costrutti, relativi all'adattamento e al benessere psicosociale delle persone omosessuali all'interno della cornice teorica del *minority stress* per i gay e le lesbiche; e infine di stampo applicativo, principalmente



riguardo alle implicazioni cliniche relativamente al cambiamento che può essere ottenuto all'interno di un percorso psicologico o psicoterapeutico con clienti gay o lesbiche, che soffrano di una qualche forma di disagio o di psicopatologia legata alla propria identità omosessuale (Lehmiller, 2012; Meyer, 2010; Newcomb & Mustanski, 2010a; Ross et al., 2010).

All'interno di questo dibattito si inserisce il presente lavoro, che si è posto l'obiettivo di fornire un contributo rispetto al costrutto di *omonegatività interiorizzata*, anche nelle sue relazioni con altri costrutti relativi al *minority stress* dei gay e delle lesbiche, per spiegare come determinate caratteristiche e scelte possano agevolare o rendere più che mai difficili le esperienze delle persone omosessuali, e, in conseguenza a ciò, fornire un contributo anche rispetto a come un professionista della salute mentale possa aiutare un cliente gay o lesbica il cui benessere psicologico sia inficiato dai fattori di stress legati specificatamente alla sua identità omosessuale.

Dal momento che nel panorama testistico italiano era mancante uno strumento validato per la misurazione dell'*omonegatività interiorizzata* negli uomini e nelle donne omosessuali, il primo studio di questo lavoro ha avuto l'obiettivo di adattare al contesto italiano il test *Internalized Homonegativity Inventory* (IHNI; Mayfield, 2001); in particolare, è stato scelto questo strumento poiché nella versione originale possiede buone proprietà psicometriche e capacità predittive (Mayfield, 2001; Szymanski et al., 2008). La rilevanza di questo studio è data anche da quanto espresso dallo stesso Autore dell'IHNI (Mayfield, 2001), che affermava come, soprattutto in virtù della natura del costrutto oggetto di esame e della particolare sottopopolazione verso cui lo strumento è rivolto, fosse centrale confermare le proprietà psicometriche della versione originale del test in altre culture e in altre lingue, in modo tale da testare allo stesso tempo la validità e l'attendibilità della versione originale statunitense della scala.

I risultati dello studio hanno attestato come lo strumento anche nella versione italiana presenti delle buone proprietà psicometriche, dimostrate attraverso la verifica dell'attendibilità come coerenza interna, la misura delle correlazioni tra le scale dell'IHNI, e la verifica degli indici di validità di costrutto, discriminante e di criterio.

I risultati relativi alla struttura fattoriale dell'IHNI hanno poi indicato, come per la versione originale statunitense, una struttura di *omonegatività interiorizzata* costituita dalle tre dimensioni distinte di *omonegatività personale*, *affermazione gay/lesbica* e *moralità dell'omosessualità*.

Inoltre, l'analisi dell'invarianza ha permesso di concludere come questo test sia metricamente invariante in funzione del genere: di conseguenza è possibile utilizzare tale strumento sia con maschi gay che con femmine lesbiche aumentandone l'utilità e la portata.

In sintesi, è quindi possibile per i professionisti e i ricercatori ottenere anche in Italia delle misure valide e attendibili di *omonegatività interiorizzata* nei gay e nelle lesbiche applicando il test *Internalized Homonegativity Inventory*.

Oltre a ciò, in base all'aspetto di analisi e comprensione delle relazioni dell'*omonegatività interiorizzata* con altri costrutti, era nata l'esigenza di condurre un secondo studio in un campione

italiano di gay e lesbiche con l'obiettivo della verifica di un modello teorico integrato di mediazione, ispirato al *Minority Stress Model* ipotizzato da Meyer (2003), e successivamente approfondito, ampliato e integrato da Pachankis (2007), Pachankis et al. (2008), Hatzenbuehler (2009), Berghe et al. (2010), Willoughby et al. (2010), Feinstein et al. (2012), Legate et al. (2012), che si proponeva di spiegare i meccanismi associativi e causali nei gay e nelle lesbiche tra l'*omonegatività interiorizzata* e il *distress psicologico* attraverso l'influenza di altre variabili (*svelamento di sé, supporto sociale percepito, esperienze di discriminazione*) implicate come mediatori in tale modello.

Esso si è configurato come un modello esplicativo del *minority stress* per i gay e le lesbiche, assumendo le caratteristiche di un modello di mediazione *gay-related*, cioè un modello che include fattori che sono più strettamente di tipo *gay-related*, ovvero fattori che esprimono più da vicino l'assunzione dell'identità minoritaria omosessuale (Feinstein et al., 2012; Hatzenbuehler, 2009; Meyer, 2003).

I risultati dello studio, attraverso la verifica di tale modello di mediazione, hanno evidenziato come il modello riesca a spiegare in maniera adeguata il fenomeno del *minority stress* per i gay e le lesbiche all'interno del contesto italiano. La centralità di questi risultati dipende da un lato dall'importanza di aver fornito un contributo alla comprensione, ampiamente dibattuta in letteratura, dei meccanismi associativi tra l'*omonegatività interiorizzata* e il *distress psicologico*, dall'altro di aver reso possibile di disporre di un modello esplicativo del *minority stress* nel contesto italiano, sapendo come i fenomeni LGB siano altamente dipendenti dal contesto, ad esempio in base alla presenza di leggi che contrastino la discriminazione e tutelino i diritti delle minoranze sessuali (Hatzenbuehler et al., 2010).

L'attenzione, che è stata posta in tale studio alle variabili che mediano l'influenza dell'*omonegatività interiorizzata* sul *distress psicologico* di gay e lesbiche, è importante in una prospettiva di prevenzione del disagio psico-sociale e di promozione della salute mentale delle persone omosessuali, poiché la comprensione dei meccanismi e dei legami associativi tra fattori *gay-related* fornisce una spiegazione di come avvenga, almeno in parte, il funzionamento e il relativo adattamento psico-sociale della persona che è sottoposta a *stressor* legati alla sua appartenenza alla minoranza omosessuale.

Sono stati verificati all'interno del modello i seguenti quattro effetti di mediazione: l'effetto dello *svelamento di sé* sul *distress psicologico* è parzialmente mediato dal *supporto sociale percepito*; l'effetto dell'*omonegatività interiorizzata* sul *distress psicologico* è parzialmente mediato dallo *svelamento di sé*; l'effetto dell'*omonegatività interiorizzata* sul *distress psicologico* è parzialmente mediato dal *supporto sociale percepito*; l'effetto dell'*omonegatività interiorizzata* sul *distress psicologico* è parzialmente mediato dalle *esperienze di discriminazione*.

Il modello teorico integrato di mediazione, proposto dalla letteratura e verificato in questo studio, diventa dunque un punto di riferimento a spiegazione nel contesto italiano dell'influenza del

*minority stress* nella vita dei gay e delle lesbiche, e anche un utile strumento, più squisitamente teorico, da cui lo psicologo o psicoterapeuta può partire per un intervento di tipo clinico con clienti omosessuali, che soffrano di una qualche forma di disagio o difficoltà legata alla propria identità gay o lesbica.

Dal momento che è stato verificato tale modello di mediazione, è stato possibile usarne le relazioni costituenti in uno studio successivo di valutazione e comprensione di come un professionista possa intervenire per ridurre il *distress psicologico* della persona omosessuale attraverso il lavoro su alcune variabili, non di tipo *gay-related* ma più genericamente di tipo personologico, che possono moderare le relazioni, verificate all'interno del modello di mediazione, dei fattori *gay-related* sul *distress psicologico* del gay o della lesbica. È stato infatti provato che il lavoro clinico su variabili di tipo personologico, per aumentarne o ridurne l'intensità o per cambiarne l'espressione, è più efficace e duraturo rispetto a quello su variabili di tipo *gay-related* (Fingerhut et al., 2010; Hatzenbuehler, Dovidio et al., 2009; Newcomb & Mustanski, 2011; Talley & Bettencourt, 2011).

L'obiettivo del terzo studio è stato pertanto quello di testare alcuni effetti di moderazione delle relazioni causali delle variabili *gay-related* (*omonegatività interiorizzata*, *svelamento di sé*, *supporto sociale percepito*, *esperienze di discriminazione*) sul *distress psicologico* della persona omosessuale in base a quanto verificato nel secondo studio.

Nello specifico, sono stati verificati complessivamente quattro effetti di moderazione: l'effetto del *supporto sociale percepito* sul *distress psicologico* è moderato dalle *strategie di coping*; l'effetto del *supporto sociale percepito* sul *distress psicologico* è moderato dall'*autoefficacia*; l'effetto dell'*omonegatività interiorizzata* sul *distress psicologico* è moderato dalle *strategie di coping*; l'effetto dell'*omonegatività interiorizzata* sul *distress psicologico* è moderato dall'*alessitimia*.

I risultati di tale studio diventano dunque un importante strumento applicativo, a riguardo del *minority stress* nei gay e nelle lesbiche, di cui lo psicologo o psicoterapeuta può avvalersi per un lavoro di tipo clinico con clienti omosessuali al fine di migliorarne la qualità della vita. Il professionista della salute mentale può difatti intervenire in un setting clinico per ridurre il *distress psicologico* della persona omosessuale tramite il lavoro sulle variabili di tipo personologico (*strategie di coping*, *autoefficacia*, *alessitimia*), che moderano le relazioni dei fattori *gay-related* (*omonegatività interiorizzata*, *supporto sociale percepito*) sul *distress psicologico*, rappresentando diversi possibili *buffer*: può essere incrementata l'*autoefficacia* del cliente omosessuale, può essere diminuita la sua *alessitimia* e possono essere sviluppate *strategie di coping* più funzionali e adattive da parte del cliente, così da tamponare maggiormente gli effetti nocivi dei fattori di stress sulla sua salute mentale.

In definitiva, da quando negli anni '80 del secolo scorso la letteratura scientifica si è focalizzata su un modello positivo del funzionamento psicologico, orientato alla realizzazione individuale e all'ottimizzazione delle risorse personali (Ruini et al., 2003; Ryff & Singer, 1996), la

psicologia positiva ha portato a una svolta rivoluzionaria che ha abbracciato trasversalmente la ricerca in diversi settori psicologici, tra cui quello relativo agli studi sull'orientamento sessuale e l'identità di genere (Bancroft, 2009). All'interno di questo cambiamento di prospettiva si è sviluppato l'approccio dell'attuale psicologia e psicoterapia affermativa dell'omosessualità (*gay-affirmative*), che promuove e valorizza gli aspetti positivi e affermativi delle esperienze di vita di uomini e donne omosessuali, ponendo l'accento su come lo stress legato all'appartenenza a una minoranza sessuale possa offrire l'opportunità, specialmente attraverso un percorso di intervento clinico da parte di uno psicoterapeuta, di trasformare esperienze oppressive in comportamenti di resilienza e di funzionamento psicologico adattivo (APA, 2012; Langdridge, 2007; Riggle et al., 2008).

Gli studi che sono stati condotti all'interno del presente lavoro vanno proprio in tale direzione epistemologica e concettuale, come è evidenziato, per esempio, nel primo studio dalla conferma nella struttura fattoriale dell'adattamento italiano dell'*Internalized Homonegativity Inventory* (Mayfield, 2001) del fattore "omopositivo" (*Gay/Lesbian Affirmation*), che misura gli atteggiamenti positivi nei confronti dell'omosessualità, e nel terzo studio dalla riduzione del *distress psicologico* e la valorizzazione degli aspetti positivi e affermativi delle esperienze di vita di gay e lesbiche, favorendone lo sviluppo della resilienza e in definitiva promuovendone un maggior benessere.

La resilienza, caratterizzandosi come quel processo che consente agli individui di attingere dalle proprie risorse psicologiche per rispondere in maniera adattiva e flessibile alle richieste dell'ambiente, permette infatti a molti individui gay e lesbiche di riuscire a rielaborare, almeno parzialmente, la propria *omonegatività interiorizzata* (Harper et al., 2012; Meyer, 2010).

Inoltre, relativamente ai possibili sviluppi futuri del presente lavoro, uno sviluppo è dato dallo studio di altre variabili, che al momento stanno destando l'attenzione dei ricercatori e dei clinici, rispetto ai meccanismi che legano l'omonegatività interiorizzata al distress diadico, sperimentato all'interno delle coppie gay e lesbiche, e che sono riconducibili ai seguenti aspetti principali: rapporti di coppia di breve durata o assenti, al fine di evitare di essere visibili e riconoscibili, e di conseguenza stigmatizzabili dalla società eterosessista a causa di una relazione nota e stabile; relazioni intime che, seppur presenti, sono caratterizzate da ricorrenti conflitti e difficoltà, in conseguenza ai fattori di stress *gay-related* cui sono sottoposte le persone coinvolte; negazione dell'esistenza di differenze tra omosessuali ed eterosessuali, così come tra le relazioni da essi instaurate: per cercare di colmare il senso di inferiorità e inadeguatezza rispetto alla norma rappresentata dall'eterosessualità, la persona rinuncia al riconoscimento e alla valorizzazione delle peculiarità delle esperienze omosessuali, tra cui il rapporto di coppia di tipo omosessuale (Dziengel, 2011; Totenhagen, Butler, & Ridley, 2012; van Eeden-Moorefield, Pasley, Crosbie-Burnett, & King, 2012).

Come altro possibile sviluppo futuro, sarebbe poi importante valutare e comprendere se ci siano ulteriori fattori, ed eventualmente come siano legati tra di loro e ad altri fattori, che possono

promuovere o facilitare l'adattamento e il benessere psico-sociale delle donne e degli uomini appartenenti alle minoranze sessuali. Relativamente alla spiegazione del fenomeno del *minority stress* per i gay e le lesbiche, un ulteriore sviluppo futuro potrebbe essere la verifica del modello teorico integrato di mediazione, confermato nel secondo studio del presente lavoro per il contesto italiano, in altri contesti culturali.

Un limite che può essere messo in luce in questo lavoro è quello relativo a un'analisi più approfondita del costrutto di *omonegatività interiorizzata* rispetto al genere della persona per rilevarne eventuali differenze tra maschi e femmine, ad esempio relativamente a come il processo di interiorizzazione dell'omonegatività nasca e si sviluppi nei gay e nelle lesbiche e a come in seguito l'*omonegatività interiorizzata* si esprima nei gay e nelle lesbiche. Questo permetterebbe quindi di indagare le differenze tra maschi e femmine nel costrutto di *omonegatività interiorizzata*: a supporto di ciò, il fatto che la versione italiana del test *Internalized Homonegativity Inventory* (Mayfield, 2001) sia invariante per genere permette di ottenere delle misure del costrutto in esame nei maschi e nelle femmine senza dover ricorrere a test diversi, superando il limite presente nel panorama scientifico italiano all'interno del quale esiste un unico strumento per la misura dell'*omonegatività interiorizzata* nelle sole lesbiche (*Lesbian Internalized Homophobia Scale*; Flebus & Montano, 2009). Di conseguenza, si può indagare il fenomeno in modo più puntuale grazie al fatto di avere misure di questo costrutto con la stessa operazionalizzazione nei due generi: in altre parole, sarà possibile identificare eventuali differenze, o meno, di genere dovute esclusivamente al costrutto teorico e non alla modalità di misurazione utilizzata.

Concludendo, per i ricercatori e i clinici che si occupano della valutazione e della comprensione, e di conseguenza della riduzione, del distress psicologico nei gay e nelle lesbiche, è fondamentale che i fattori di stress specificatamente legati all'appartenenza a una minoranza sessuale siano presi in considerazione e, ove possibile, adeguatamente trattati, anche e soprattutto a livello indiretto attraverso l'intervento clinico su altre variabili, come nel caso dei moderatori che sono stati verificati nel presente lavoro.

Anche per quei ricercatori e quei clinici che non si occupano particolarmente di questioni LGBT, lo sviluppo di specifiche conoscenze e competenze a tal riguardo può comunque essere un importante arricchimento personale e professionale, anche in virtù della crescente richiesta di aiuto e di intervento da parte di persone gay e lesbiche, e a volte di loro coppie, principalmente per specifici motivi (difficoltà, conflitti, disagi, fino a psicopatologie conclamate) legati alla loro appartenenza a una minoranza sessuale.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Aleman, A. (2005). Feelings you can't imagine: towards a cognitive neuroscience of alexithymia. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(12), 553-555. Doi: 10.1016/j.tics.2005.10.002
- Alexander, R.A. (1986). *The relationship between internalized homophobia and depression and low self-esteem in gay men*. Unpublished doctoral dissertation. Santa Barbara, CA: University of California.
- Allen, D.J. (2002). The Role of Personality and Defense Mechanisms in the Adjustment to a Homosexual Identity. *Journal of Homosexuality*, 42(2), 45-62. Doi: 10.1300/J082v42n02\_03
- Allen, D.J., & Oleson, T. (1999). Shame and internalized homophobia in gay men. *Journal of Homosexuality*, 37(3), 33-43. Doi: 10.1300/J082v37n03\_03
- Allport, G. (1973). *La natura del pregiudizio*. Firenze: La Nuova Italia.
- American Psychiatric Association (1973). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2nd Edition, 7th Printing)* (DSM-II). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd Edition)* (DSM-III). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd Edition revised)* (DSM-III-R). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association (2008). *Answers to your questions: For a better understanding of sexual orientation and homosexuality*. Washington, DC: American Psychological Association.
- American Psychological Association (2012). Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist*, 67(1), 10-42. Doi: 10.1037/a0024659
- American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation. (2009). *Report of the Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Aydin, K.B. (2010). Strategies for coping with stress as predictors of mental health. *International Journal of Human Sciences*, 7(1), 534-548.
- Bagby, R.M., Parker, J.D.A., & Taylor, G.J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32. Doi: 10.1016/0022-3999(94)90005-1
- Bancroft, J. (2009). *Human sexuality and its problems (3<sup>rd</sup> edition)*. New York: Churchill Livingstone Elsevier.
- Bandura, A. (2005). The Primacy of Self-Regulation in Health Promotion. *Applied Psychology*, 54(2), 245-254. Doi: 10.1111/j.1464-0597.2005.00208.x
- Bandura, A., & Locke, E.A. (2003). Negative self-efficacy and goal effects revisited. *Journal of Applied Psychology*, 88(1), 87-99. Doi: 10.1037/0021-9010.88.1.87
- Barbagli, M., & Colombo, A. (2007). *Omosessuali moderni. Gay e lesbiche in Italia*. Bologna: Il Mulino.
- Barbaranelli, C., Caprara, G.V., & Steca, P. (2002). *BFA: Big Five Adjectives. MANUALE*. Firenze: Giunti O.S. Organizzazioni Speciali.
- Bartos, S.E., & Baban, A. (2010). Predictors of emotional distress in Romanian gay men. *Psychology & Health*, 25(1), 194-195. Doi: 10.1080/08870446.2010.502762
- Baumeister, R.F. (2000). Gender differences in erotic plasticity: The female sex drive as socially flexible and responsive. *Psychological Bulletin*, 126(3), 347-374. Doi: 10.1037/0033-2909.126.3.347
- Bayer, R. (1981). *Homosexuality and American Psychiatry: The Politics of Diagnosis*. New York: Basic Books.
- Beals, K.P., Peplau, L.A., & Gable, S.L. (2009). Stigma Management and Well-Being: The Role of Perceived Social Support, Emotional Processing, and Suppression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 35(7), 867-879. Doi: 10.1177/0146167209334783
- Bell, A.P., & Weinberg, M.S. (1978). *Homosexualities: A Study of Diversity Among Men and Women*. New York: Simon and Schuster.
- Bem, D.J. (1998). Is Ebe theory supported by the evidence? Is it androcentric? A reply to Peplau et al.. *Psychological Review*, 105(2), 395-398. Doi: 10.1037/0033-295X.105.2.395
- Bentler, P.M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107(2), 238-246. Doi: 10.1037/0033-2909.107.2.238

- Berghe, W.V., Dewaele, A., Cox, N., & Vincke, J. (2010). Minority-Specific Determinants of Mental Well-Being Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youth. *Journal of Applied Social Psychology, 40*(1), 153-166. Doi: 10.1111/j.1559-1816.2009.00567.x
- Birkett, M., Espelage, D.L., & Koenig, B. (2009). LGB and Questioning Students in Schools: The Moderating Effects of Homophobic Bullying and School Climate on Negative Outcomes. *Journal of Youth and Adolescence, 38*(7), 989-1000. Doi: 10.1007/s10964-008-9389-1
- Blair, I.V. (2002). The malleability of automatic stereotypes and prejudice. *Personality and Social Psychology Review, 6*(3), 242-261. Doi: 10.1207/S15327957PSPR0603\_8
- Bogaert, A.F., & Hafer, C.L. (2009). Predicting the Timing of Coming Out in Gay and Bisexual Men From World Beliefs, Physical Attractiveness, and Childhood Gender Identity/Role. *Journal of Applied Social Psychology, 39*(8), 1991-2019. Doi: 10.1111/j.1559-1816.2009.00513.x
- Bonanno, G.A. (2005). Resilience in the Face of Potential Trauma. *Current Directions in Psychological Science, 14*(3), 135-138. Doi: 10.1111/j.0963-7214.2005.00347.x
- Bosson, J.K., Taylor, J.N., & Prewitt-Freilino, J.L. (2006). Gender role violations and identity misclassification: The roles of audience and actor variables. *Sex roles, 55*(1/2), 13-24. Doi: 10.1007/s11199-006-9056-5
- Bostwick, W.B., Boyd, C.J., Hughes, T.L., & McCabe, S.E. (2010). Dimensions of Sexual Orientation and the Prevalence of Mood and Anxiety Disorders in the United States. *American Journal of Public Health, 100*(3), 468-475. Doi: 10.2105/AJPH.2008.152942
- Bouris, A., Guilamo-Ramos, V., Pickard, A., Shiu, C., Loosier, P.S., Dittus, P., Gloppen, K., & Michael Waldmiller, J. (2010). A systematic review of parental influences on the health and well-being of lesbian, gay, and bisexual youth: time for a new public health research and practice agenda. *The Journal of Primary Prevention, 31*(5/6), 273-309. Doi: 10.1007/s10935-010-0229-1
- Boysen, G.A., Vogel, D.L., Madon, S., & Wester, S.R. (2006). Mental Health Stereotypes About Gay Men. *Sex Roles, 54*(1/2), 69-82. Doi: 10.1007/s11199-006-8870-0
- Brady, S., & Busse, W.J. (1994). The Gay Identity Questionnaire: A Brief Measure of Homosexual Identity Formation. *Journal of Homosexuality, 26*(4), 1-22. Doi: 10.1300/J082v26n04\_01
- Bressi, C., Taylor, G., Parker, J., Bressi, S., Brambilla, V., Aguglia, E., Allegranti, I., Bongiorno, A., Giberti, F., Bucca, M., Todarello, O., Callegari, C., Vender, S., Gala, C., & Invernizzi, G. (1996). Cross validation of the factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: An Italian multicenter study. *Journal of Psychosomatic Research, 41*(6), 551-559. Doi: 10.1016/S0022-3999(96)00228-0
- Brislin, R.W. (1970). Back-Translation for Cross-Cultural Research. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 1*(3), 185-216. Doi: 10.1177/135910457000100301
- Brooks, V.R. (1981). *Minority stress and lesbian women*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Burgess, D., Lee, R., Tran, A., & van Ryn, M. (2008). Effects of Perceived Discrimination on Mental Health and Mental Health Services Utilization Among Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender Persons. *Journal of LGBT Health Research, 3*(4), 1-14. Doi: 10.1080/15574090802226626
- Burns, M.N., Kamen, C., Lehman, K.A., & Beach, S.R.H. (2012). Minority Stress and Attributions for Discriminatory Events Predict Social Anxiety in Gay Men. *Cognitive Therapy and Research, 36*(1), 25-35. Doi: 10.1007/s10608-010-9302-6
- Carvalho, A.F., Lewis, R.J., Derlega, V.J., Winstead, B.A., & Viggiano, C. (2011). Internalized Sexual Minority Stressors and Same-Sex Intimate Partner Violence. *Journal of Family Violence, 26*(7), 501-509. Doi: 10.1007/s10896-011-9384-2
- Cass, V.C. (1979). Homosexual identity formation: a theoretical model. *Journal of Homosexuality, 4*(3), 219-235. Doi: 10.1300/J082v04n03\_01
- Cass, V.C. (1984). Homosexual identity formation: Testing a theoretical model. *Journal of Sex Research, 20*(2), 143-167. Doi: 10.1080/00224498409551214
- Cheung, G.W., & Rensvold, R.B. (2002). Evaluating Goodness-of-Fit Indexes for Testing Measurement Invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 9*(2), 233-255. Doi: 10.1207/S15328007SEM0902\_5
- Chiari, C., & Borghi, L. (2009). *Psicologia dell'omosessualità*. Roma: Carocci editore.
- Cochran, S.D. (2001). Emerging issues in research on lesbians' and gay men's mental health: Does sexual orientation really matter? *American Psychologist, 56*(11), 931-947. Doi: 10.1037/0003-066X.56.11.931

- Cochran, S.D., & Mays, V.M. (2007). Physical health complaints among lesbians, gay men, and bisexual and homosexually experienced heterosexual individuals: Results from the California Quality of Life Survey. *American Journal of Public Health, 97*(11), 2048-2055. Doi: 10.2105/AJPH.2006.087254
- Cochran, S.D., & Mays, V.M. (2009). Burden of Psychiatric Morbidity Among Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals in the California Quality of Life Survey. *Journal of Abnormal Psychology, 118*(3), 647-658. Doi: 10.1037/a0016501
- Cochran, S.D., Sullivan, J.G., & Mays, V.M. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(1), 53-61. Doi: 10.1037/0022-006X.71.1.53
- Cohler, B.J., & Hammack, P.L. (2007). The Psychological World of the Gay Teenager: Social Change, Narrative, and "Normality". *Journal of Youth and Adolescence, 36*(1), 47-59. Doi: 10.1007/s10964-006-9110-1
- Cohn, T.J., & Leake, V.S. (2012). Affective Distress Among Adolescents Who Endorse Same-Sex Sexual Attraction: Urban versus rural differences and the role of protective factors. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 16*(4), 291-305. Doi: 10.1080/19359705.2012.690931
- Coleman, E. (1982). Developmental stages of the coming-out process. *American Behavioral Scientist, 25*(4), 469-482.
- Coleman, E. (1987). Assessment of sexual orientation. *Journal of Homosexuality, 14*(1/2), 9-24. Doi: 10.1300/J082v14n01\_02
- Corrigan, P.W., & Matthews, A.K. (2003). Stigma and disclosure: Implications for coming out of the closet. *Journal of Mental Health, 12*(3), 235-248. Doi: 10.1080/0963823031000118221
- Corrigan, P.W., Watson, A.M., & Barr, L. (2006). The Self-Stigma of Mental Illness: Implications for Self-Esteem and Self-Efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25*(8), 875-884. Doi: 10.1521/jscp.2006.25.8.875
- Cox, N., Dewaele, A., van Houtte, M., & Vincke, J. (2010). Stress-Related Growth, Coming Out, and Internalized Homonegativity in Lesbian, Gay, and Bisexual Youth. An Examination of Stress-Related Growth Within the Minority Stress Model. *Journal of Homosexuality, 58*(1), 117-137. Doi: 10.1080/00918369.2011.533631
- Crawford, A.M. (1996). Stigma Associated With AIDS: A Meta-Analysis. *Journal of Applied Social Psychology, 26*(5), 398-416. Doi: 10.1111/j.1559-1816.1996.tb01856.x
- Crowne, D.P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology, 24*(4), 349-354. Doi: 10.1037/h0047358
- Chung, Y.B., & Katayama, M. (1996). Assessment of Sexual Orientation in Lesbian/Gay/Bisexual Studies. *Journal of Homosexuality, 30*(4), 49-62. Doi: 10.1300/J082v30n04\_03
- Darby-Mullins, P., & Murdock, T.B. (2007). The Influence of Family Environment Factors on Self-Acceptance and Emotional Adjustment Among Gay, Lesbian, and Bisexual Adolescents. *Journal of GLBT Family Studies, 3*(1), 75-91. Doi: 10.1300/J461v03n01\_04
- D'Augelli, A.R. (1994). Lesbian and gay male development: Steps toward an analysis of lesbians' and gay men's lives. In B. Greene & G.M. Herek (Eds.), *Lesbian and gay psychology: Theory, research, and clinical applications* (pp. 118-132). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- D'Augelli, A.R. (1998). Developmental implications of victimization of lesbian, gay, and bisexual youths. In G.M. Herek (Ed.), *Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals* (pp. 187-210). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- D'Augelli, A.R., Grossman, A.H., Salter, N.P., Starks, M.T., Vasey, J.J., & Sinclair, K.O. (2005). Predicting the suicide attempts of lesbian, gay, and bisexual youth. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 35*(6), 646-660. Doi: 10.1521/suli.2005.35.6.646
- D'Augelli, A.R., Grossman, A.H., & Starks, M.T. (2005). Parents' Awareness of Lesbian, Gay, and Bisexual Youths' Sexual Orientation. *Journal of Marriage and Family, 67*(2), 474-482. Doi: 10.1111/j.0022-2445.2005.00129.x
- Dean, L., Meyer, I.H., Robinson, K., Sell, R.L., Sember, R., Silenzio, V.M.B., Bowen, D.J., Bradford, J., Rothblum, E., White, J., Dunn, P., Lawrence, A., Wolfe, D., & Xavier, J. (2000). Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health: Findings and Concerns. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association, 4*(3), 102-151. Doi: 10.1023/A:1009573800168



- De Monteflores, C., & Schultz, S.J. (1978). Coming out: similarities and differences for lesbians and gay men. *Journal of Social Issues, 34*(3), 7-27. Doi: 10.1111/j.1540-4560.1978.tb02614.x
- Dermer, S.B., Smith, S.D., & Barto, K.K. (2010). Identifying and correctly labeling sexual prejudice, discrimination, and oppression. *Journal of Counseling & Development, 88*(3), 325-331. Doi: 10.1080/13594320902847927
- Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90-R: Administration, scoring, & procedures manual-II*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.
- Detrie, P.M., & Lease, S.H. (2007). The Relation of Social Support, Connectedness, and Collective Self-Esteem to the Psychological Well-Being of Lesbian, Gay, and Bisexual Youth. *Journal of Homosexuality, 53*(4), 173-199. Doi: 10.1080/00918360802103449
- Dèttore, D., & Lambiase, E. (2011). *La fluidità sessuale*. Roma: Alpes.
- Dew, B.J, Myers, J.E., & Wightman, L.F. (2005). Wellness in Adult Gay Males: Examining the Impact of Internalized Homophobia, Self-Disclosure, and Self-Disclosure to Parents. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 1*(1), 23-40. Doi: 10.1300/J462v01n01\_03
- Diamond, L.M. (2008). *Sexual Fluidity. Understanding Women's Love and Desire*. London: Harvard University Press.
- Diamond, L.M., & Butterworth, M. (2008). Questioning Gender and Sexual Identity: Dynamic Links Over Time. *Sex Roles, 59*(5), 365-376. Doi: 10.1007/s11199-008-9425-3
- Di Fabio, A., & Busoni, L. (2008). Misurare il supporto sociale percepito: proprietà psicometriche della Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) in un campione di studenti universitari. *Risorsa Uomo, 14*(3), 97-105.
- Doty, N.D., Willoughby, B.L.B., Lindahl, K.M., & Malik, N.M. (2010). Sexuality related social support among lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of Youth and Adolescence, 39*(10), 1134-1147. Doi: 10.1007/s10964-010-9566-x
- Drydakis, N. (2009). Sexual Orientation Discrimination in the Labour Market. *Labour Economics, 16*(4), 364-372. Doi: 10.1016/j.labeco.2008.12.003
- Dziengel, L. (2011). Resilience, Ambiguous Loss, and Older Same-Sex Couples: The Resilience Constellation Model. *Journal of Social Service Research, 38*(1), 74-88.
- Egan, S.K., & Perry, D.G. (2001). Gender identity: A multidimensional analysis with implications for psychosocial adjustment. *Developmental Psychology, 37*(4), 451-463. Doi: 10.1037/0012-1649.37.4.451
- Elizur, Y., & Mintzer, A. (2001). A Framework For the Formation of Gay Male Identity: Processes Associated with Adult Attachment Style and Support From Family and Friends. *Archives of Sexual Behavior, 30*(2), 143-167. Doi: 10.1023/A:1002725217345
- Endler, N., & Parker, J. (1999). *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) Manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Fassinger, R.E. (1991). The Hidden Minority: Issues and Challenges in Working with Lesbian Women and Gay Men. *The Counseling Psychologist, 19*(2), 157-176. Doi: 10.1177/0011000091192003
- Fassinger, R.E., & Arseneau, J.R. (2007). "I'd Rather Get Wet Than Be Under That Umbrella": Differentiating the Experiences and Identities of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People. In K.J. Bieschke, R.M. Perez, & K.A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients (2nd ed.)* (pp. 19-49). Washington, DC: American Psychological Association.
- Feinstein, B.A., Davila, J., & Yoneda, A. (2012). Self-concept and self-stigma in lesbians and gay men. *Psychology and Sexuality, 3*(2), 161-177. Doi: 10.1080/19419899.2011.592543
- Feinstein, B.A., Goldfried, M.R., & Davila, J. (2012). The Relationship Between Experiences of Discrimination and Mental Health Among Lesbians and Gay Men: An Examination of Internalized Homonegativity and Rejection Sensitivity as Potential Mechanisms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(5), Doi: 10.1037/a0029425
- Fingerhut, A.W., Peplau, L.A., & Gable, S.L. (2010). Identity, minority stress and psychological well-being among gay men and lesbians. *Psychology and Sexuality, 1*(2), 101-114. Doi: 10.1080/19419899.2010.484592
- Flebus, G.B., & Montano, A. (2009). Contribution to the Italian translation and adaptation of the Lesbian Internalized Homophobia Scale of Szymanski and Chung. *Bollettino di Psicologia Applicata, 258*, 23-32.

- Flora, D.B., & Curran, P.J. (2004). An empirical evaluation of alternative methods of estimation for confirmatory factor analysis with ordinal data. *Psychological Methods, 9*(4), 466-491. Doi: 10.1037/1082-989X.9.4.466
- Flowers, P., & Buston, K. (2001). "I was terrified of being different": exploring gay men's accounts of growing-up in a heterosexist society. *Journal of Adolescence, 24*(1), 51-65. Doi: 10.1006/jado.2000.0362
- Folkman, S., & Moskowitz, J.T. (2004). Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Review of Psychology, 55*, 745-774. Doi: 10.1146/annurev.psych.55.090902.141456
- Fonseca-Pedrero, E., Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., & Muñiz, J. (2012). Dimensional Structure and Measurement Invariance of the Youth Self-Report Across Gender and Age. *Journal of Adolescent Health, 50*(2), 148-153. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2011.05.011
- Foucault, M. (1978). *Storia della sessualità, La volontà di sapere* (vol. 1). Milano: Feltrinelli.
- Friedman, M.S., Koeske, G.F., Silvestre, A.J., Korr, W.S., & Sites, E.W. (2006). The impact of gender-role nonconforming behavior, bullying, and social support on suicidality among gay male youth. *Journal of Adolescent Health, 38*(5), 621-623. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.04.014
- Friedman, R.C. (1999). Homosexuality, Psychopathology, and Suicidality. *Archives of General Psychiatry, 56*(10), 887-888.
- Frost, D.M., & Meyer, I.H. (2009). Internalized Homophobia and Relationship Quality Among Lesbians, Gay Men, and Bisexuals. *Journal of Counseling Psychology, 56*(1), 97-109. Doi: 10.1037/a0012844
- Frost, D.M., Parsons, J.T., & Nanin, J.E. (2007). Stigma, Concealment and Symptoms of Depression as Explanations for Sexually Transmitted Infections among Gay Men. *Journal of Health Psychology, 12*(4), 636-640. Doi: 10.1177/1359105307078170
- Gaines, S.O., Jr., & Henderson, M.C. (2002). Impact of attachment style on responses to accommodative dilemmas among same-sex couples. *Personal Relationships, 9*(1), 89-93. Doi: 10.1111/1475-6811.00006
- Giannini, M., Schuldberg, D., Di Fabio, A., & Gargaro, D. (2008). Misurare l'ottimismo: proprietà psicometriche della versione italiana del Life Orientation Test – Revised (LOT-R). *COUNSELING, 1*(1), 73-83.
- Gonsiorek, J.C. (1988). Mental Health Issues of Gay and Lesbian Adolescents. *Journal of Adolescent Care, 9*(1), 114-122. Doi: 10.1016/0197-0070(88)90057-5
- Graglia, M. (2009). *Psicoterapia e omosessualità*. Roma: Carocci editore.
- Graglia, M. (2012). *Omofobia. Strumenti di analisi e di intervento*. Roma: Carocci editore.
- Greene, B., & Herek, G.M. (Eds.) (1994). *Lesbian and Gay Psychology. Theory, Research, and Clinical Applications*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Griffith, K.H., & Hebl, M.R. (2002). The disclosure dilemma for gay men and lesbians: "Coming out" at work. *Journal of Applied Psychology, 87*(6), 1191-1199. Doi: 10.1037/0021-9010.87.6.1191
- Gross, J.J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology, 39*(3), 281-291. Doi: 10.1017/S0048577201393198
- Hall, P.A., & Schaeff, C.M. (2008). Sexual orientation and fluctuating asymmetry in men and women. *Archives of Sexual Behavior, 37*(1), 158-165. Doi: 10.1007/s10508-007-9282-0
- Halperin, D.M. (2002). *How to do the history of homosexuality*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Hamilton, C.J., & Mahalik, J.R. (2009). Minority Stress, Masculinity, and Social Norms Predicting Gay Men's Health Risk Behaviors. *Journal of Counseling Psychology, 56*(1), 132-141. Doi: 10.1037/a0014440
- Harper, G.W., Brodsky, A., & Bruce, D. (2012). What's Good About Being Gay? Perspectives from Youth. *Journal of LGBT Youth, 9*(1), 22-41. Doi: 10.1080/19361653.2012.628230
- Hatcher, L. (1994). *A Step-by-Step Approach to Using the SAS System for Factor Analysis and Structural Equation Modeling*. Cary, NC: The SAS Institute.
- Hatzenbuehler, M.L. (2009). How Does Sexual Minority Stigma "Get Under the Skin"? A Psychological Mediation Framework. *Psychological Bulletin, 135*(5), 707-730. Doi: 10.1037/a0016441
- Hatzenbuehler, M.L., Dovidio, J.F., Nolen-Hoeksema, S., & Phillips, C.E. (2009). An implicit measure of anti-gay attitudes: Prospective associations with emotion regulation strategies and psychological distress. *Journal of Experimental Social Psychology, 45*(6), 1316-1320. Doi: 10.1016/j.jesp.2009.08.005.
- Hatzenbuehler, M.L., McLaughlin, M.K.A., Keyes, K.M., & Hasin, D.S. (2010). The Impact of Institutional Discrimination on Psychiatric Disorders in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: A Prospective Study. *American Journal of Public Health, 100*(3), 452-459. Doi: 10.2105/AJPH.2009.168815

- Hatzenbuehler, M.L., Nolen-Hoeksema, S., & Dovidio, J.F. (2009). How Does Stigma "Get Under the Skin"? The Mediating Role of Emotion Regulation. *Psychological Science*, 20(10), 1282-1289. Doi: 10.1111/j.1467-9280.2009.02441.x
- Hayduk, L., Cummings, G., Boadu, K., Pazderka-Robinson, H., & Boulianne, S. (2007). Testing! testing! one, two, three – Testing the theory in structural equation models! *Personality and Individual Differences*, 42(5), 841-850. Doi: 10.1016/j.paid.2006.10.001
- Herek, G.M. (1998). *Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Herek, G.M. (2000). The psychology of sexual prejudice. *Current Directions in Psychological Science*, 9(1), 19-22. Doi: 10.1111/1467-8721.00051
- Herek, G.M. (2002). Gender gaps in public opinion about lesbians and gay men. *Public Opinion Quarterly*, 66(1), 40-66. Doi: 10.1086/338409
- Herek, G.M. (2004). Beyond "homophobia": Thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century. *Sexuality Research & Social Policy*, 1(2), 6-24. Doi: 10.1525/srsp.2004.1.2.6
- Herek, G.M. (2007). Confronting sexual stigma and prejudice: Theory and practice. *Journal of Social Issues*, 63(4), 905-925. Doi: 10.1111/j.1540-4560.2007.00544.x
- Herek, G.M. (2009). Hate crimes and stigma-related experiences among sexual minority adults in the United States: Prevalence estimates from a national probability sample. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(1), 54-74. Doi: 10.1177/0886260508316477
- Herek, G.M., & Capitano, J. (1996). "Some of my best friends": Intergroup contact, concealable stigma, and heterosexuals' attitudes toward gay men and lesbians. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(4), 412-424. Doi: 10.1177/0146167296224007
- Herek, G.M., Cogan, J.C., Gillis, J.R., & Glunt, E.K. (1998). Correlates of internalized homophobia in a community sample of lesbians and gay men. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 2, 17-25.
- Herek, G.M., Gillis, J.R., & Cogan, J.C. (2009). Internalized Stigma Among Sexual Minority Adults: Insights From a Social Psychological Perspective. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 32-43. Doi: 10.1037/a0014672
- Hesse, C., & Floyd, K. (2008). Affectionate experience mediates the effects of alexithymia on mental health and interpersonal relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 25(5), 793-810. Doi: 10.1177/0265407508096696
- Holtzen, D.W., Kenny, M.E., & Mahalik, J.R. (1995). Contributions of parental attachment to gay or lesbian disclosure to parents and dysfunctional cognitive processes. *Journal of Counseling Psychology*, 42(3), 350-355. Doi: 10.1037/0022-0167.42.3.350
- Hoyle, R.H., & Panter, A.T. (1995). Writing about structural equation models. In R.H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications* (pp. 158-176). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Hu, L.T., & Bentler, P.M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3(4), 424-453. Doi: 10.1037/1082-989X.3.4.424
- Hu, L.T., & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. Doi: 10.1080/10705519909540118
- Igartua, K.J., Gill, K., & Montoro, R. (2003). Internalized Homophobia: A Factor in Depression, Anxiety, and Suicide in the Gay and Lesbian Population. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 22(2), 15-30.
- Isacco, A., Yallum, N.K., Chromik, L.C. (2012). A Review of Gay Men's Health: Challenges, Strengths, and Interventions. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 6(1), 45-62. Doi: 10.1177/1559827611402580
- Isay, R.A. (1991). The development of sexual identity in homosexual men. In I.S. Greenspan & G.H. Pollock (Eds.), *Adolescence: The course of life* (pp. 469-491). New York: Praeger.
- Istituto nazionale di statistica (2012). *Anno 2011. La popolazione omosessuale nella società italiana*. Roma: Statistiche Report.
- Jackson, D.L. (2001). Sample Size and Number of Parameter Estimates in Maximum Likelihood Confirmatory Factor Analysis: A Monte Carlo Investigation. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 8(2), 205-223. Doi: 10.1207/S15328007SEM0802\_3

- Jellison, W.A., & McConnell, A.R. (2004). The Mediating Effects of Attitudes Toward Homosexuality Between Secure Attachment and Disclosure Outcomes Among Gay Men. *Journal of Homosexuality*, 46(1/2), 159-177. Doi: 10.1300/J082v46n01\_05
- John, O.P., & Gross, J.J. (2004). Healthy and Unhealthy Emotion Regulation: Personality Processes, Individual Differences, and Life Span Development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301-1334. Doi: 10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x
- Jost, J.T., & Kay, A.C. (2005). Exposure to Benevolent Sexism and Complementary Gender Stereotypes: Consequences for Specific and Diffuse Forms of System Justification. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(3), 498-509. Doi: 10.1037/0022-3514.88.3.498
- Kaminski, P.L., Chapman, B.P., Haynes, S.D., & Own, L. (2005). Body image, eating behaviors, and attitudes toward exercise among gay and straight men. *Eating Behaviors*, 6(3), 179-187. Doi: 10.1016/j.eatbeh.2004.11.003
- Kane, E. (2006). "No way my boys are going to be like that!" Parents' responses to children's gender nonconformity. *Gender & Society*, 20(2), 149-176. Doi: 10.1177/0891243205284276
- Kelleher, C. (2009). Minority stress and health: Implications for lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning (LGBTQ) young people. *Counselling Psychology Quarterly*, 22(4), 373-379. Doi: 10.1080/09515070903334995
- Kertzner, R.M., Meyer, I.H., Frost, D.M., & Stirratt, M.J. (2009). Social and psychological well-being in lesbians, gay men, and bisexuals: The effects of race, gender, age, and sexual identity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(4), 500-510. Doi: 10.1037/a0016848
- Kimmel, S.B., & Mahalik, J.R. (2005). Body Image Concerns of Gay Men: The Roles of Minority Stress and Conformity to Masculine Norms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1185-1190. Doi: 10.1037/0022-006X.73.6.1185
- King, M., Semlyen, J., Tai, S.S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8(70). Doi: 10.1186/1471-244X-8-70
- Kinnish, K.K., Strassberg, D.S., & Turner, C.W. (2005). Sex differences in the flexibility of sexual orientation. A multidimensional retrospective assessment. *Archives of Sexual Behavior*, 34(2), 173-183. Doi: 10.1007/s10508-005-1795-9
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., & Martin, C.E. (1948). *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia: Saunders. Trad. ital., *Il comportamento sessuale dell'uomo*. Milano: Bompiani, 1950.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., Martin, C.E., & Gebhard, P.H. (1953). *Sexual Behavior in the Human Female*. Philadelphia: Saunders. Trad. ital., *Il comportamento sessuale della donna*. Milano: Bompiani, 1956.
- Kite, M.E., & Whitley, B.E. Jr. (1998). Do heterosexual women and men differ in their attitudes toward homosexuality? A conceptual and methodological analysis. In G.M. Herek (Ed.), *Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals* (pp. 39-61). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kitzinger, C., & Wilkinson, S. (1995). Transitions from heterosexuality to lesbianism: The discursive production of lesbian identities. *Developmental Psychology*, 31, 95-104. Doi: 10.1037/0012-1649.31.1.95
- Klein, F. (1993). *The bisexual option*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Klein, F., Sepekoff, B., & Wolf, T.J. (1985). Sexual orientation: A multivariable dynamic process. *Journal of Homosexuality*, 11(1/2), 35-49. Doi: 10.1300/J082v11n01\_04
- Kray, L.J., Thompson, L., & Galinsky, A. (2001). Battle of the sexes: Gender stereotype confirmation and reactance in negotiations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(6), 942-958. Doi: 10.1037/0022-3514.80.6.942
- Krueger, J.I., Hasman, J.F., Acevedo, M., & Villano, P. (2003). Perceptions of Trait Typicality in Gender Stereotypes: Examining the Role of Attribution and Categorization Processes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(1), 108-116. Doi: 10.1177/0146167202238376
- Kurdek, L.A. (2002). On Being Insecure about the Assessment of Attachment Styles. *Journal of Social and Personal Relationships*, 19(6), 811-834. Doi: 10.1177/0265407502196005
- Langdridge, D. (2007). Gay Affirmative Therapy: A Theoretical Framework and Defence. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 11(1/2), 27-43. Doi: 10.1300/J236v11n01\_03

- Larsen, J.K., Brand, N., Bermond, B., & Hijman, R. (2003). Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: A review of neurobiological studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(6), 533-541. Doi: 10.1016/S0022-3999(02)00466-X
- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York (NY): Springer.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, NY: Springer Publishing Company, Inc..
- Lee Badgett, M.V., Lau, H., Sears, B., & Ho, D. (2007). *Bias in the Workplace: Consistent Evidence of Sexual Orientation and Gender Identity Discrimination*. Los Angeles: The Williams Institute, UCLA School of Law.
- Legate, N., Ryan, R.M., & Weinstein, N. (2012). Is Coming Out Always a “Good Thing”? Exploring the Relations of Autonomy Support, Outness, and Wellness for Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals. *Social Psychological and Personality Science*, 3(2), 145-152. Doi: 10.1177/1948550611411929
- Lehmiller, J.J. (2012). Perceived marginalization and its association with physical and psychological health. *Journal of Social and Personal Relationships*, 29(4), 451-469. Doi: 10.1177/0265407511431187
- Lelleri, R. (Ed.). (2011). *Io Sono Io Lavoro – Report finale della prima indagine italiana sul lavoro e le persone lesbiche, gay, bisessuali e transgender/transessuali*. Bologna: Arcigay Press.
- Lelleri, R., Pietrantoni, L., Graglia, M., Palestini, L., & Chiari, C. (2006). *Modi di – V Programma Nazionale di Ricerca sull’AIDS – Aspetti psicosociali*. Bologna: University of Bologna Press.
- Levant, R.F., Halter, M.J., Hayden, E.W., & Williams, C.M. (2009). The Efficacy of Alexithymia Reduction Treatment: A Pilot Study. *The Journal of Men’s Studies*, 17(1), 75-84. Doi: 10.3149/jms.1701.75
- Lewis, R.J., Derlega, V.J., Clarke, E.G., & Kuang, J.C. (2006). Stigma Consciousness, Social Constraints, and Lesbian Well-Being. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 48-56. Doi: 10.1037/0022-0167.53.1.48
- Lewis, R.J., Derlega, V.J., Griffin, J.L., & Krowinski, A.C. (2003). Stressors for Gay Men and Lesbians: Life Stress, Gay-Related Stress, Stigma Consciousness, and Depressive Symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22(6), 716-729. Doi: 10.1521/jscp.22.6.716.22932
- Lewis, R.J., Kholodkov, T., & Derlega, V.J. (2012). Still Stressful After All These Years: A Review of Lesbians’ and Bisexual Women’s Minority Stress. *Journal of Lesbian Studies*, 16(1), 30-44. Doi: 10.1080/10894160.2011.557641
- Lewis, R.J., Milletich, R.J., Kelley, M.L., & Woody, A. (2012). Minority stress, substance use, and intimate partner violence among sexual minority women. *Aggression and Violent Behavior*, 17(3), 247-256. Doi: 10.1016/j.avb.2012.02.004
- Lingiardi, V. (2007). *Citizen gay. Famiglie, diritti negati e salute mentale*. Milano: Gruppo editoriale il Saggiatore S.p.A..
- Lingiardi, V., Baiocco, R., & Nardelli, N. (2012). Measure of Internalized Sexual Stigma for Lesbians and Gay Men: A New Scale. *Journal of Homosexuality*, 59(8), 1191-1210. Doi: 10.1080/00918369.2012.712850
- Lingiardi, V., Falanga, S., & D’Augelli, A.R. (2005). The Evaluation of Homophobia in an Italian Sample: An Exploratory Study. *Archives of Sexual Behavior*, 34(1), 81-93. Doi: 10.1007/s10508-005-1002-z
- Lippa, R.A. (2008). The Relation Between Childhood Gender Nonconformity and Adult Masculinity–Femininity and Anxiety in Heterosexual and Homosexual Men and Women. *Sex Roles*, 59(9/10), 684-693. Doi: 10.1007/s11199-008-9476-5
- Madon, S. (1997). What do people believe about gay males? A study of stereotype content and strength. *Sex Roles*, 37(9/10), 663-685. Doi: 10.1007/BF02936334
- Maguen, S., Floyd, F.J., Bakeman, R., & Armistead, L. (2002). Developmental milestones and disclosure of sexual orientation among gay, lesbian, and bisexual youths. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 23(2), 219-233. Doi: 10.1016/S0193-3973(02)00105-3.
- Malyon, A.K. (1982). Psychotherapeutic implications of internalized homophobia in gay men. *Journal of Homosexuality*, 7(2/3), 59-70. Doi:10.1300/J082v07n02\_08
- Manganelli Rattazzi, A.M., Canova, L., & Marcorin, R. (2000). La desiderabilità sociale. Un’analisi di forme brevi della scala di Marlowe e Crowne. *TPM - Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 7(1), 5-17.
- Martin, J., & Dean, L. (1987). *Ego-Dystonic Homosexuality Scale*. New York, NY: School of Public Health, Columbia University.

- Martin, J.I., & Alessi, E.J. (2012). Victimization in a Nationwide Sample of Gay and Bisexual Men. *Journal of Gay & Lesbian Social Services, 24*(3), 260-273. Doi: 10.1080/10538720.2012.697052
- Maxwell, S.E. (2000). Sample size and multiple regression analysis. *Psychological Methods, 5*(4), 434-458. Doi: 10.1037/1082-989X.5.4.434
- Mayfield, W. (2001). The Development of an Internalized Homonegativity Inventory for Gay Men. *Journal of Homosexuality, 41*(2), 53-76. Doi: 10.1300/J082v41n02\_04
- Mays, V.M., & Cochran, S.D. (2001). Mental Health Correlates of Perceived Discrimination Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States. *American Journal of Public Health, 91*(11), 1869-1876.
- McCabe, S.E., Hughes, T.L., Bostwick, W., & Boyd, C.J. (2005). Assessment of Difference in Dimensions of Sexual Orientation: Implications for Substance Use Research in a College-Age Population. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 66*(5), 620-629.
- McCreary, D.R., Newcomb, M.D., & Sadava, S.W. (1998). Dimensions of the male gender role: A confirmatory analysis in men and women. *Sex Roles, 39*(1/2), 81-95. Doi: 10.1023/A:1018829800295
- McKenry, P., Serovich, J., Mason, T., & Mosack, K. (2006). Perpetration of Gay and Lesbian Partner Violence: A Disempowerment Perspective. *Journal of Family Violence, 21*(4), 233-243. Doi: 10.1007/s10896-006-9020-8
- Medsker, G.J., Williams, L.J., & Holahan, P.J. (1994). A review of current practices for evaluating causal models in organizational behavior and human resources management research. *Journal of Management, 20*(2), 439-464. Doi: 10.1016/0149-2063(94)90022-1
- Meyer, I.H. (1995). Minority Stress and Mental Health in Gay Men. *Journal of Health and Social Behavior, 36*(1), 38-56.
- Meyer, I.H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin, 129*(5), 674-697. Doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674
- 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.
- Meyer, I.H. (2010). Identity, Stress, and Resilience in Lesbians, Gay Men, and Bisexuals of Color. *The Counseling Psychologist, 38*(3), 442-454. Doi: 10.1177/0011000009351601
- Moe, J.L., Dupuy, P.J., & Laux, J.M. (2008). The Relationship Between LGBQ Identity Development and Hope, Optimism, and Life Engagement. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 2*(3), 199-215. Doi: 10.1080/15538600802120101
- Mohr, J.J., & Fassinger, R.E. (2000). Measuring dimensions of lesbian and gay male experience. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 33*, 66-90.
- Mohr, J.J., & Fassinger, R.E. (2003). Self-acceptance and self-disclosure of sexual orientation in lesbian, gay, and bisexual adults: An attachment perspective. *Journal of Counseling Psychology, 50*(4), 482-495. Doi: 10.1037/0022-0167.50.4.482
- Mohr, J.J., & Fassinger, R.E. (2006). Sexual Orientation Identity and Romantic Relationship Quality in Same-Sex Couples. *Personality and Social Psychology Bulletin, 32*(8), 1085-1099. Doi: 10.1177/0146167206288281
- Montano, A. (2007). L'omofobia interiorizzata come problema centrale del processo di formazione dell'identità omosessuale. *Rivista di Sessuologia, 31*(1), 36-52.
- Montano, A. (2010). Omofobia interiorizzata. In T. Cantelmi & E. Lambiase (Eds.), *Omosessualità e psicoterapie. Percorsi, problematiche e prospettive* (pp. 88-108). Milano: FrancoAngeli.
- Montano, A., & Andriola, E. (2011). *Parlare di omosessualità a scuola. Riflessioni e attività per la scuola secondaria*. Trento: Edizioni Erickson.
- Moradi, B., Mohr, J.J., Worthington, R.L., & Fassinger, R.E. (2009). Counseling psychology research on sexual (orientation) minority issues: Conceptual and methodological challenges and opportunities. *Journal of Counseling Psychology, 56*(1), 5-22. Doi: 10.1037/a0014572
- Morin, S.F., & Garfinkle, E.M. (1978). Male Homophobia. *Journal of Social Issues, 34*(1), 29-47. Doi: 10.1111/j.1540-4560.1978.tb02539.x
- Morris, J.F. (1997). Lesbian coming out as a multidimensional process. *Journal of Homosexuality, 33*(2), 1-22. Doi: 10.1300/J082v33n02\_01

- Morrison, M.A., Morrison, T.G., & Franklin, R. (2009). Modern and old-fashioned homonegativity among samples of Canadian and American university students. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 40*(4), 523-542. Doi: 10.1177/0022022109335053
- Morrison, M.A., Morrison, T.G., & Sager, C.L. (2004). Does body satisfaction differ between gay men and lesbian women and heterosexual men and women? A meta-analytic review. *Body Image: An International Journal of Research, 1*(2), 127-138. Doi: 10.1016/j.bodyim.2004.01.002
- Muñiz, J. (2009). *The role of EFPA in setting standards for tests and test use*. Paper presented at the 11th European Congress of Psychology, Oslo, 7-10 July.
- Murray, S.O. (2000). *Homosexualities*. Chicago/London: University of Chicago Press.
- Muthén, L.K., & Muthén, B.O. (2004). *Mplus: The comprehensive modeling program for applied researchers. User's guide* (3rd ed.). Los Angeles: Muthén & Muthén.
- Needham, B.L., & Austin, E.L. (2010). Sexual orientation, parental support, and health during the transition to young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence, 39*(10), 1189-1198. Doi: 10.1007/s10964-010-9533-6
- Newcomb, M.E., & Mustanski, B. (2010a). Internalized homophobia and internalizing mental health problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(8), 1019-1029. Doi: 10.1016/j.cpr.2010.07.003
- Newcomb, M.E., & Mustanski, B. (2010b). The Importance of Measuring Internalized Homophobia/Homonegativity: Reply to Ross, Rosser, and Smolenski (2010a). *Archives of Sexual Behavior, 39*(6), 1209-1211. Doi: 10.1007/s10508-010-9655-7
- Newcomb, M.E., & Mustanski, B. (2011). Moderators of the Relationship Between Internalized Homophobia and Risky Sexual Behavior in Men Who Have Sex with Men: A Meta-Analysis. *Archives of Sexual Behavior, 40*(1), 189-199. Doi: 10.1007/s10508-009-9573-8
- Newirth, J. (2003). *Between Emotion and Cognition: The Generative Unconscious*. New York, NY: Other Press.
- Newman, L.K. (2002). Sex, Gender and Culture: Issues in the Definition, Assessment and Treatment of Gender Identity Disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 7*(3), 352-359. Doi: 10.1177/1359104502007003004
- Nungesser, L.G. (1983). *Homosexual acts, actors, and identities*. New York: Praeger.
- Oswald, R.F. (2002). Resilience within the Family Networks of Lesbians and Gay Men: Intentionality and Redefinition. *Journal of Marriage and Family, 64*(2), 374-383. Doi: 10.1111/j.1741-3737.2002.00374.x
- Pachankis, J.E. (2007). The Psychological Implications of Concealing a Stigma: A Cognitive-Affective-Behavioral Model. *Psychological Bulletin, 133*(2), 328-345. Doi: 10.1037/0033-2909.133.2.328
- Pachankis, J.E., & Goldfried, M.R. (2004). Clinical Issues in Working With Lesbian, Gay, and Bisexual Clients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41*(3), 227-246. Doi: 10.1037/0033-3204.41.3.227
- Pachankis, J.E., & Goldfried, M.R. (2006). Social anxiety in young gay men. *Journal of Anxiety Disorders, 20*(8), 996-1015. Doi: 10.1016/j.janxdis.2006.01.001
- Pachankis, J.E., Goldfried, M.R., & Ramrattan, M.E. (2008). Extension of the Rejection Sensitivity Construct to the Interpersonal Functioning of Gay Men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(2), 306-317. Doi: 10.1037/0022-006X.76.2.306
- Pascoe, E.A., & Smart Richman, L. (2009). Perceived Discrimination and Health: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin, 135*(4), 531-554. Doi: 10.1037/a0016059
- Pavlova, M.A., Wecker, M., Krombholz, K., & Sokolov, A.A. (2010). Perception of intentions and actions: gender stereotype susceptibility. *Brain Research, 1311*, 81-85. Doi: 10.1016/j.brainres.2009.11.046
- Peplau, L.A., Frederick, D.A., Yee, C., Maisel, N., Lever, J., & Ghavami, N. (2009). Body Image Satisfaction in Heterosexual, Gay, and Lesbian Adults. *Archives of Sexual Behavior, 38*(5), 713-725. Doi: 10.1007/s10508-008-9378-1
- Pierro A. (1997). Caratteristiche strutturali della scala di General Self-Efficacy. *Bollettino di Psicologia Applicata, 221*, 29-38.
- Pietrantoni, L., Norcini Pala, A., & Prati, G. (2008). Matrimonio e benessere psicosociale: quali implicazioni per le coppie dello stesso sesso? *Rivista di Sessuologia, 32*(4), 226-230.

- Pietromonaco, P.R., & Carnelley, K.B. (1994). Gender and working models of attachment: Consequences for perceptions of self and romantic relationships. *Personal Relationships*, 1(1), 63-82. Doi: 10.1111/j.1475-6811.1994.tb00055.x
- Poteat, V.P., Mereish, E.H., DiGiovanni, C.D., & Koenig, B.W. (2011). The effects of general and homophobic victimization on adolescents' psychosocial and educational concerns: The importance of intersecting identities and parent support. *Journal of Counseling Psychology*, 58(4), 597-609. Doi: 10.1037/a0025095
- Potoczniak, D.J., Aldea, A.M., & DeBlaere, C. (2007). Lesbian, gay, and bisexual individual's ego identity as predicted by social anxiety, social support, and self-concealment. *Journal of Counseling Psychology*, 54(4), 447-457. Doi: 10.1037/0022-0167.54.4.447
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2009). Omosessualità e omofobia oggi. In F. Batini & B. Santoni (Eds.), *L'identità sessuale a scuola: Educare alla diversità e prevenire l'omofobia* (pp. 3-32). Napoli: Liguori Editore.
- Prezza, M., Trombaccia, F.R., & Armento, L. (1997). La scala dell'autostima di Rosenberg: Traduzione e validazione Italiana. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 223, 35-44.
- Ragins, B.R., & Cornwell, J.M. (2001). Pink triangles: Antecedents and consequences of perceived workplace discrimination against gay and lesbian employees. *Journal of Applied Psychology*, 86(6), 1244-1261. Doi: 10.1037/0021-9010.86.6.1244
- Ragins, B.R., Singh, R., & Cornwell, J.M. (2007). Making the invisible visible: Fear and disclosure of sexual orientation at work. *Journal of Applied Psychology*, 92(4), 1103-1118. Doi: 10.1037/0021-9010.92.4.1103
- Rahman, G., & Wilson, G.D. (2003). Born gay? The psychobiology of human sexual orientation. *Personality and Individual Differences*, 34(8), 1337-1382. Doi: 10.1016/S0191-8869(02)00140-X
- Reise, S.P., Widaman, K.F., & Pugh, R.H. (1993). Confirmatory factor analysis and item response theory: Two approaches for exploring measurement invariance. *Psychological Bulletin*, 114(3), 552-566. Doi: 10.1037/0033-2909.114.3.552
- Riggle, E.D.B., Whitman, J.S., Olson, A., Rostosky, S.S., & Strong, S. (2008). The Positive Aspects of Being a Lesbian or Gay Man. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(2), 210-217. Doi: 10.1037/0735-7028.39.2.210
- Rigliano, P., Ciliberto, J., & Ferrari, F. (2012). *Curare i gay? Oltre l'ideologia riparativa dell'omosessualità*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Rivers, I. (2004). Recollections of Bullying at School and Their Long-Term Implications for Lesbians, Gay Men, and Bisexuals. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 25(4), 169-175. Doi: 10.1027/0227-5910.25.4.169
- Roisman, G.I., Clausell, E., Holland, A., Fortuna, K., & Elieff, C. (2008). Adult Romantic Relationships as Contexts of Human Development: A Multimethod Comparison of Same-Sex Couples With Opposite-Sex Dating, Engaged, and Married Dyads. *Developmental Psychology*, 44(1), 91-101. Doi: 10.1037/0012-1649.44.1.91
- Rosario, M., Schrimshaw, E.W., Hunter, J., & Braun, L. (2006). Sexual Identity Development among Gay, Lesbian, and Bisexual Youths: Consistency and Change Over Time. *Journal of Sex Research*, 43(1), 46-58. Doi: 10.1080/00224490609552298
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Ross, M.W. (1985). Actual and Anticipated Societal Reaction to Homosexuality and Adjustment in Two Societies. *Journal of Sex Research*, 21(1), 40-55. Doi: 10.1080/00224498509551243
- Ross, M.W., & Rosser, B.R.S. (1996). Measurement and correlates of internalized homophobia: A factor analytic study. *Journal of Clinical Psychology*, 52(1), 15-21. Doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(199601)52:1<15::AID-JCLP2>3.0.CO;2-V
- Ross, M.W., Rosser, B.R.S., & Smolenski, D. (2010). The Importance of Measuring Internalized Homophobia/Homonegativity. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 1207-1208. Doi: 10.1007/s10508-010-9634-z
- Rosser, B.R.S., Bockting, W.O., Ross, M.W., Miner, M.H., & Coleman, E. (2008). The Relationship Between Homosexuality, Internalized Homo-Negativity, and Mental Health in Men Who Have Sex with Men. *Journal of Homosexuality*, 55(2), 185-203. Doi: 10.1080/00918360802129394
- Rostosky, S.S., Riggle, E.D.B., Gray, B.E., & Hatton, R.L. (2007). Minority stress experiences in committed same-sex couple relationships. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(4), 392-400. Doi: 10.1037/0735-7028.38.4.392



- Rostosky, S.S., Riggle, E.D.B., Horne, S.G., & Miller, A.D. (2009). Marriage amendments and psychological distress in lesbian, gay, and bisexual (LGB) adults. *Journal of Counseling Psychology, 56*(1), 56-66. Doi: 10.1037/a0013609
- Rothman, E.F., Sullivan, M., Keyes, S., & Boehmer, U. (2012). Parents' Supportive Reactions to Sexual Orientation Disclosure Associated With Better Health: Results From a Population-Based Survey of LGB Adults in Massachusetts. *Journal of Homosexuality, 59*(2), 186-200. Doi: 10.1080/00918369.2012.648878
- Rowen, C.J., & Malcolm, J.P. (2003). Correlates of Internalized Homophobia and Homosexual Identity Formation in a Sample of Gay Men. *Journal of Homosexuality, 43*(2), 77-92. Doi: 10.1300/J082v43n02\_05
- Ruini, C., Ottolini, F., Rafanelli, C., Ryff, C.D., & Fava, G.A. (2003). La validazione italiana delle Psychological Well-being Scales (PWB). *Rivista di Psichiatria, 38*(3), 117-130.
- Russell, G.M., & Bohan, J.S. (2006). The Case of Internalized Homophobia: Theory and/as Practice. *Theory & Psychology, 16*(3), 343-366. Doi: 10.1177/0959354306064283
- Russell, G.M., & Richards, J.A. (2003). Stressor and Resilience Factors for Lesbians, Gay Men, and Bisexuals Confronting Antigay Politics. *American Journal of Community Psychology, 31*(3-4), 313-328. Doi: 10.1023/A:1023919022811
- Russell, S.T. (2005). Beyond Risk: Resilience in the Lives of Sexual Minority Youth. *Journal of Gay & Lesbian Issues in Education, 2*(3), 5-18. Doi: 10.1300/J367v02n03\_02
- Ryan, C., & Futterman, D. (1998). *Lesbian & Gay Youth: Care & Counseling*. New York: Columbia University Press.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6), 1069-1081. Doi: 10.1037/0022-3514.57.6.1069
- Ryff, C.D. (1995). Psychological Well-Being in Adult Life. *Current Directions in Psychological Science, 4*(4), 99-104.
- Ryff, C.D., & Singer, B. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics, 65*(1), 14-23. Doi: 10.1159/000289026
- Safren, S.A., & Pantalone, D.W. (2006). Social Anxiety and Barriers to Resilience Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adolescents. In A.M. Omoto & H.S. Kurtzman (Eds.), *Sexual orientation and mental health: Examining identity and development in lesbian, gay, and bisexual people. Contemporary perspectives on lesbian, gay, and bisexual psychology* (pp. 55-71). Washington, DC: American Psychological Association. Doi: 10.1037/11261-003
- Sandfort, T.G.M. (2005). Sexual orientation and gender: Stereotypes and beyond. *Archives of Sexual Behavior, 34*(6), 595-611. Doi: 10.1007/s10508-005-7907-8
- Sandfort, T.G.M., de Graaf, R., Bijl, R.V., & Schnabel, P. (2001). Same-Sex Sexual Behavior and Psychiatric Disorders. Findings From the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Archives of General Psychiatry, 58*(1), 85-91. Doi: 10.1001/archpsyc.58.1.85
- Saraceno, C. (Ed.). (2003). *Diversi da chi? Gay, lesbiche e transessuali in un'area metropolitana*. Milano: Guerini e Associati.
- Sarno, I., Preti, E., Prunas, A., & Madeddu, F. (2011). *SCL-90-R. Symptom Checklist-90-R. Adattamento italiano*. Firenze: Giunti O.S. Organizzazioni Speciali.
- Sartori, R. (2011). Le ragioni per non dirlo. Studio su 17 pazienti maschi adulti omosessuali non dichiarati della provincia di Verona. *Rivista di Sessuologia Clinica, XVII*(2), 19-34. Doi: 10.3280/RSC2010-002002
- Saucier, G. (1994). Mini-Markers: A Brief Version of Goldberg's Unipolar Big-Five Markers. *Journal of Personality Assessment, 63*(3), 506-516. Doi: 10.1207/s15327752jpa6303\_8
- Savin-Williams, R.C. (2005). *The new gay teenager*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Savin-Williams, R.C. (2006). Who's Gay? Does It Matter? Current Directions. *Psychological Science, 15*(1), 40-44. Doi: 10.1111/j.0963-7214.2006.00403.x
- Scheier, M.F., Carver, C.S., & Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*(6), 1063-1078. Doi: 10.1037/0022-3514.67.6.1063
- Sherer, M., Maddux, J.E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R.W. (1982). The self-efficacy scale: construction and validation. *Psychological Reports, 51*(2), 663-671. Doi: 10.2466/pr0.1982.51.2.663

- Schwarzer, R., & Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, 42(4), 243-252. Doi: 10.1080/00207590701396641
- Scourfield, J., Roen, K., & McDermott, L. (2008). Lesbian, gay, bisexual and transgender young people's experiences of distress: resilience, ambivalence and self-destructive behaviour. *Health & Social Care in the Community*, 16(3), 329-336. Doi: 10.1111/j.1365-2524.2008.00769.x
- Sell, R.L. (1997). Defining and Measuring Sexual Orientation: A Review. *Archives of Sexual Behavior*, 26(6), 643-658. Doi: 10.1023/A:1024528427013
- Shidlo, A. (1994). Internalized homophobia: conceptual and empirical issues in measurement. In B. Greene & G.M. Herek (Eds.), *Lesbian and Gay psychology: Theory, Research and Clinical Applications* (pp. 176-205). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Sirigatti, S., Stefanile, C., Giannetti, E., Iani, L., Penzo, I., & Mazzeschi, A. (2009). Assessment of factor structure of Ryff's Psychological Well-being Scales in Italian adolescents. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 259, 30-50.
- Sirigatti, S., Stefanile, C., & Lera, S. (2009). *CISS. Coping Inventory for Stressful Situations. Standardizzazione e validazione italiana*. Firenze: Giunti O.S. Organizzazioni Speciali.
- Skidmore, W.C., Linsenmeier, J.A.W., & Bailey, J.M. (2006). Gender Nonconformity and Psychological Distress in Lesbians and Gay Men. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 685-697. Doi: 10.1007/s10508-006-9108-5
- Smiler, A.P. (2004). Thirty Years After the Discovery of Gender: Psychological Concepts and Measures of Masculinity. *Sex Roles*, 50(1), 15-26. Doi: 10.1023/B:SERS.0000011069.02279.4c
- Snedecor, G.W., & Cochran, W.G. (1989). *Statistical Methods (Eighth Edition)*. Ames: Iowa State University Press.
- Sophie, J. (1987). Internalized homophobia and lesbian identity. *Journal of Homosexuality*, 14(1/2), 53-66. Doi: 10.1300/J082v14n01\_05
- Span, S.A., & Derby, P.L. (2009). Depressive Symptoms Moderate the Relation Between Internalized Homophobia and Drinking Habits. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 21(1), 1-12. Doi: 10.1080/10538720802497688
- Steiger, J.H., & Lind, J.M. (1980). *Statistically based test for the number of common factors*. Paper presented at the Annual meeting of Psychometric Society, Iowa City, IA.
- Swami, V., & Tovée, M.J. (2008). The muscular male: A comparison of the physical attractiveness preferences of gay and heterosexual men. *International Journal of Men's Health*, 7(1), 59-71. Doi: 10.3149/jmh.0701.59
- Szymanski, D.M. (2009). Examining potential moderators of the link between heterosexist events and gay and bisexual men's psychological distress. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 142-151. Doi: 10.1037/0022-0167.56.1.142
- Szymanski, D.M., & Carr, E.R. (2008). The roles of gender role conflict and internalized heterosexism in gay and bisexual men's psychological distress: Testing two mediation models. *Psychology of Men & Masculinity*, 9(1), 40-54. Doi: 10.1037/1524-9220.9.1.40
- Szymanski, D.M., & Chung Y.B. (2001). The Lesbian Internalized Homophobia Scale: A rational/theoretical approach. *Journal of Homosexuality*, 41(2), 37-52. Doi: 10.1300/J082v41n02\_03
- Szymanski, D.M., & Chung Y.B. (2003). Internalized homophobia in lesbians. *Journal of Lesbian Studies*, 7(1), 115-125. Doi: 10.1300/J155v07n01\_08
- Szymanski, D.M., & Kashubeck-West, S. (2008). Rejoinder and an Update: Recent Advances in Correlates of Internalized Heterosexism. *The Counseling Psychologist*, 36(4), 654-659. Doi: 10.1177/0011000008320078
- Szymanski, D.M., Kashubeck-West, S., & Meyer, J. (2008). Internalized Heterosexism: Measurement, Psychosocial Correlates, and Research Directions. *The Counseling Psychologist*, 36(4), 525-574. Doi: 10.1177/0011000007309489
- Talley, A.E., & Bettencourt, B.A. (2011). The Moderator Roles of Coping Style and Identity Disclosure in the Relationship Between Perceived Sexual Stigma and Psychological Distress. *Journal of Applied Social Psychology*, 41(12), 2883-2903. Doi: 10.1111/j.1559-1816.2011.00863.x
- Tardy, C.H. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13(2), 187-202. Doi: 10.1007/BF00905728

- Taurino, A. (2005). *Psicologia della differenza di genere*. Roma: Carocci.
- Taylor, G.J., & Bagby, R.M. (2004). New Trends in Alexithymia Research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(2), 68-77. Doi: 10.1159/000075537
- Tiggemann, M., Martins, Y., & Kirkbride, A. (2007). Oh To Be Lean and Muscular: Body Image Ideals in Gay and Heterosexual Men. *Psychology of Men & Masculinity*, 8(1), 15-24. Doi: 10.1037/1524-9220.8.1.15
- Totenhagen, C.J., Butler, E.A., & Ridley, C.A. (2012). Daily stress, closeness, and satisfaction in gay and lesbian couples. *Personal Relationships*, 19(2), 219-233. Doi: 10.1111/j.1475-6811.2011.01349.x
- Troiden, R.R. (1979). Becoming homosexual: a model of gay identity acquisition. *Psychiatry*, 42(4), 362-373.
- Troiden, R.R. (1988). Homosexual identity development. *Journal of Adolescent Health*, 9(2), 105-113. Doi: 10.1016/0197-0070(88)90056-3
- Tucker, L.R., & Lewis, C. (1973). The reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika*, 38(1), 1-10. Doi: 10.1007/BF02291170
- van Eeden-Moorefield, B., Pasley, K., Crosbie-Burnett, M., & King, E. (2012). Explaining Couple Cohesion in Different Types of Gay Families. *Journal of Family Issues*, 33(2), 182-201. Doi: 10.1177/0192513X11418180
- Vandenberg, R.J. (2002). Toward a Further Understanding of and Improvement in Measurement Invariance Methods and Procedures. *Organizational Research Methods*, 5(2), 139-158. Doi: 10.1177/1094428102005002001
- Vanheule, S., Desmet, M., Meganck, R., & Bogaerts, S. (2007). Alexithymia and interpersonal problems. *Journal of Clinical Psychology*, 63(1), 109-117. Doi: 10.1002/jclp.20324
- Varjas, K., Dew, B., Marshall, M., Graybill, E., Singh, A., Meyers, J., & Birckbichler, L. (2008). Bullying in Schools Towards Sexual Minority Youth. *Journal of School Violence*, 7(2), 59-86. Doi: 10.1300/J202v07n02\_05
- Vonofakou, C., Hewstone, M., & Voci, A. (2007). Contact with out-group friends as a predictor of meta-attitudinal strength and accessibility of attitudes toward gay men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 804-820. Doi: 10.1037/0022-3514.92.5.804
- Wagner, G., Brondolo, E., & Rabkin, J. (1996). Internalized Homophobia in a Sample of HIV+ Gay Men, and Its Relationship to Psychological Distress, Coping, and Illness Progression. *Journal of Homosexuality*, 32(2), 91-106. Doi: 10.1300/J082v32n02\_06
- Wagner, H., & Lee, V. (2008). Alexithymia and individual differences in emotional expression. *Journal of Research in Personality*, 42(1), 83-95. Doi: 10.1016/j.jrp.2007.04.001
- Wagner, G., Serafini, J., Rabkin, J., Remien, R., & Williams, J. (1994). Integration of One's Religion and Homosexuality: A Weapon Against Internalized Homophobia? *Journal of Homosexuality*, 26(4), 91-110. Doi: 10.1300/J082v26n04\_06
- Waldo, C.R. (1999). Working in a majority context: A structural model of heterosexism as minority stress in the workplace. *Journal of Counseling Psychology*, 46(2), 218-232. Doi: 10.1037/0022-0167.46.2.218
- Weber-Gilmore, G., Rose, S., & Rubinstein, R. (2011). The Impact of Internalized Homophobia on Outness for Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals. *The Professional Counselor: Research and Practice*, 1(3), 163-175.
- Weichselbaumer, D. (2003). Sexual Orientation Discrimination in Hiring. *Labour Economics*, 10(6), 629-642. Doi: 10.1016/S0927-5371(03)00074-5
- Weinberg, G. (1972). *Society and the Healthy Homosexual*. Boston, MA: Alyson Publications.
- Weinberg, T.S. (1983). *Gay men, gay selves: The social construction of homosexual identities*. New York, NY: Irvington Publishers.
- Whitley, B.E., Jr. (2001). Gender-Role Variables and Attitudes Toward Homosexuality. *Sex Roles*, 45(11/12), 691-721. Doi: 10.1023/A:1015640318045
- Williamson, I.R. (2000). Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men. *Health Education Research*, 15, 97-107. Doi: 10.1093/her/15.1.97
- Willoughby, B.L.B., Doty, N.D., & Malik, N.M. (2010). Victimization, Family Rejection, and Outcomes of Gay, Lesbian, and Bisexual Young People: The Role of Negative GLB Identity. *Journal of GLBT Family Studies*, 6(4), 403-424. Doi: 10.1080/1550428X.2010.511085
- Worthington, R.L., Navarro, R.L., Savoy, H.B., & Hampton, D. (2008). Development, reliability, and validity of the Measure of Sexual Identity Exploration and Commitment (MOSIEC). *Developmental Psychology*, 44(1), 22-33. Doi: 10.1037/0012-1649.44.1.22

- Wright, E.R., & Perry, B.L. (2006). Sexual Identity Distress, Social Support, and the Health of Gay, Lesbian, and Bisexual Youth. *Journal of Homosexuality*, 51(1), 81-110. Doi: 10.1300/J082v51n01\_05
- Zeidner, M., & Endler, N.S. (Eds.) (1996). *Handbook of Coping – Theory, Research, Applications*. New York (NY): John Wiley & Sons, Inc..
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G., & Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41. Doi: 10.1207/s15327752jpa5201\_2
- Zimmerman, B.J. (1995). Self-efficacy and educational development. In A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 202-231). New York: Cambridge University Press.

## Appendice 1

Versione italiana per maschi di *Internalized Homonegativity Inventory* (IHNI; Mayfield, 2001)

Le seguenti affermazioni riguardano emozioni e pensieri relativi all'essere gay. Usando la scala di seguito riportata, per favore dia la Sua onesta valutazione del grado in cui è d'accordo o in disaccordo con ogni affermazione.

<i>fortemente in disaccordo</i>	<i>abbastanza in disaccordo</i>	<i>leggermente in disaccordo</i>	<i>leggermente d'accordo</i>	<i>abbastanza d'accordo</i>	<i>fortemente d'accordo</i>
1	2	3	4	5	6

01 Credo che essere gay sia una parte importante di me	1	2	3	4	5	6
02 Credo che vada bene che gli uomini siano attratti da altri uomini in modo emotivo, ma non va bene che ci facciano sesso	1	2	3	4	5	6
03 Quando penso alla mia omosessualità, mi sento depresso	1	2	3	4	5	6
04 Credo che sia moralmente sbagliato per gli uomini fare sesso con altri uomini	1	2	3	4	5	6
05 Mi vergogno della mia omosessualità	1	2	3	4	5	6
06 Sono grato per il mio orientamento sessuale	1	2	3	4	5	6
07 Quando penso alla mia attrazione verso gli uomini, mi sento infelice	1	2	3	4	5	6
08 Credo che più uomini gay dovrebbero essere mostrati in show televisivi, film e pubblicità	1	2	3	4	5	6
09 Vedo la mia omosessualità come un dono	1	2	3	4	5	6
10 Quando le persone attorno a me parlano di omosessualità, divento nervoso	1	2	3	4	5	6
11 Vorrei poter controllare i miei sentimenti di attrazione verso gli altri uomini	1	2	3	4	5	6
12 In generale, credo che l'omosessualità sia tanto appagante quanto l'eterosessualità	1	2	3	4	5	6
13 Mi disturba quando le persone possono dire che io sono gay	1	2	3	4	5	6
14 In generale, credo che gli uomini gay siano più immorali degli uomini eterosessuali	1	2	3	4	5	6
15 A volte mi arrabbio quando penso che sono attratto dagli uomini	1	2	3	4	5	6
16 A mio parere, l'omosessualità è dannosa per l'ordine della società	1	2	3	4	5	6
17 A volte sento che sarebbe meglio essere morto che gay	1	2	3	4	5	6
18 A volte me la prendo per il mio orientamento sessuale	1	2	3	4	5	6
19 Credo che sia moralmente sbagliato per gli uomini essere attratti l'uno dall'altro	1	2	3	4	5	6
20 A volte sento che la mia omosessualità sia imbarazzante	1	2	3	4	5	6
21 Sono orgoglioso di essere gay	1	2	3	4	5	6
22 Credo che le scuole pubbliche dovrebbero insegnare che l'omosessualità è normale	1	2	3	4	5	6
23 Credo che sia ingiusto che io sia attratto dagli uomini invece che dalle donne	1	2	3	4	5	6

## Appendice 2

Versione italiana per femmine di *Internalized Homonegativity Inventory* (IHNI; Mayfield, 2001)

Le seguenti affermazioni riguardano emozioni e pensieri relativi all'essere lesbica. Usando la scala di seguito riportata, per favore dia la Sua onesta valutazione del grado in cui è d'accordo o in disaccordo con ogni affermazione.

<i>fortemente in disaccordo</i>	<i>abbastanza in disaccordo</i>	<i>leggermente in disaccordo</i>	<i>leggermente d'accordo</i>	<i>abbastanza d'accordo</i>	<i>fortemente d'accordo</i>
1	2	3	4	5	6

01	Credo che essere lesbica sia una parte importante di me	1	2	3	4	5	6
02	Credo che vada bene che le donne siano attratte da altre donne in modo emotivo, ma non va bene che ci facciano sesso	1	2	3	4	5	6
03	Quando penso alla mia omosessualità, mi sento depressa	1	2	3	4	5	6
04	Credo che sia moralmente sbagliato per le donne fare sesso con altre donne	1	2	3	4	5	6
05	Mi vergogno della mia omosessualità	1	2	3	4	5	6
06	Sono grata per il mio orientamento sessuale	1	2	3	4	5	6
07	Quando penso alla mia attrazione verso le donne, mi sento infelice	1	2	3	4	5	6
08	Credo che più donne lesbiche dovrebbero essere mostrate in show televisivi, film e pubblicità	1	2	3	4	5	6
09	Vedo la mia omosessualità come un dono	1	2	3	4	5	6
10	Quando le persone attorno a me parlano di omosessualità, divento nervosa	1	2	3	4	5	6
11	Vorrei poter controllare i miei sentimenti di attrazione verso le altre donne	1	2	3	4	5	6
12	In generale, credo che l'omosessualità sia tanto appagante quanto l'eterosessualità	1	2	3	4	5	6
13	Mi disturba quando le persone possono dire che io sono lesbica	1	2	3	4	5	6
14	In generale, credo che le donne lesbiche siano più immorali delle donne eterosessuali	1	2	3	4	5	6
15	A volte mi arrabbio quando penso che sono attratta dalle donne	1	2	3	4	5	6
16	A mio parere, l'omosessualità è dannosa per l'ordine della società	1	2	3	4	5	6
17	A volte sento che sarebbe meglio essere morta che lesbica	1	2	3	4	5	6
18	A volte me la prendo per il mio orientamento sessuale	1	2	3	4	5	6
19	Credo che sia moralmente sbagliato per le donne essere attratte l'una dall'altra	1	2	3	4	5	6
20	A volte sento che la mia omosessualità sia imbarazzante	1	2	3	4	5	6
21	Sono orgogliosa di essere lesbica	1	2	3	4	5	6
22	Credo che le scuole pubbliche dovrebbero insegnare che l'omosessualità è normale	1	2	3	4	5	6
23	Credo che sia ingiusto che io sia attratta dalle donne invece che dagli uomini	1	2	3	4	5	6

## **Ringraziamenti**

*Arrivato alla fine di un percorso così importante e formativo, voglio ringraziare chi in questi anni mi ha sostenuto con affetto e stima.*

*Il primo pensiero va alla mia famiglia, e in particolar modo a mia madre, che ha saputo esser presente con premura e attenzione;*

*ringrazio poi la Prof.ssa Stefanile e il Prof. Dèttore per l'aiuto e la crescita umana e professionale che ho potuto raggiungere a conclusione di questo percorso;*

*ai miei cari colleghi con cui ho condiviso soddisfazioni e fatiche;*

*ringrazio infinitamente le tantissime persone che hanno partecipato a questi studi con accortezza e disponibilità;*

*un pensiero speciale va inoltre ai tanti amici che mi hanno incoraggiato e supportato, anche nei momenti più difficili, un grazie di cuore va ad Adriana, Andrea, Anna, Daniel, Giuditta, Jiska, Matteo, Sebastian, Umberto;*

*a mio padre, a cui ho mantenuto la promessa;*

*ma soprattutto a Giovanni, senza il quale non sarei mai arrivato dove sono arrivato, questo lavoro è per te.*