Quando il dubbio diventa ossessione: Sexual Orientation OCD (SO-OCD), assessment differenziale e trattamento cognitivo-comportamentale

Rassegna critica narrativa della letteratura

Autore: Christian Conti

Istituto Tolman – Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale

ABSTRACT

Il Sexual Orientation Obsessive-Compulsive Disorder (SO-OCD) descrive una manifestazione del disturbo ossessivo-compulsivo nella quale ossessioni e compulsioni riguardano l'orientamento sessuale. La presente rassegna critica narrativa esamina la fenomenologia del SO-OCD, i principali meccanismi cognitivi e comportamentali, gli strumenti di assessment e le implicazioni terapeutiche. La ricerca bibliografica è stata condotta attraverso PubMed e Google Scholar, integrando le bibliografie degli articoli selezionati. La letteratura evidenzia che il SO-OCD non può essere riconosciuto sulla base del contenuto dei pensieri o del solo disagio associato, ma richiede l'analisi della natura intrusiva del dubbio, della ricerca di certezza e delle strategie di controllo, rassicurazione, neutralizzazione ed evitamento. La SO-OCS e il SORT possono sostenere l'assessment, senza sostituire il colloquio clinico e l'analisi funzionale. L'esposizione con prevenzione della risposta rappresenta il principale intervento cognitivo-comportamentale, sebbene le evidenze specifiche sul SO-OCD siano ancora limitate. I contributi affirming e justice-based sottolineano la necessità di intervenire sui processi ossessivo-compulsivi evitando di rappresentare gli orientamenti LGBTQIA+ come esiti minacciosi. Una valutazione accurata deve pertanto integrare formulazione cognitivo-comportamentale, diagnosi differenziale e comprensione del minority stress, tutelando l'autodeterminazione della persona.

Parole chiave: disturbo ossessivo-compulsivo; Sexual Orientation OCD (SO-OCD); assessment differenziale; terapia cognitivo-comportamentale; esposizione con prevenzione della risposta (ERP); minority stress; approccio affirming.

INTRODUZIONE

Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) è una condizione psicopatologica caratterizzata dalla presenza di ossessioni, compulsioni o entrambe, associate a significativa sofferenza e compromissione del funzionamento individuale. La fenomenologia ossessiva-compulsiva può esprimersi attraverso contenuti estremamente eterogenei e non si limita alle manifestazioni maggiormente conosciute, quali i timori di contaminazione o i rituali di controllo. Tra le dimensioni cliniche meno immediatamente riconoscibili rientrano le ossessioni a contenuto sessuale e, nello specifico, quelle incentrate sull'orientamento sessuale.

Con l'espressione Sexual Orientation Obsessive-Compulsive Disorder (SO-OCD) viene comunemente indicata una manifestazione del DOC nella quale il dubbio ossessivo riguarda l'orientamento sessuale della persona. Il SO-OCD non costituisce una categoria diagnostica autonoma, bensì una possibile espressione tematica del disturbo ossessivo-compulsivo. Le preoccupazioni possono riguardare, ad esempio, il timore che il proprio orientamento possa essere

diverso da quello percepito, che possa modificarsi nel tempo oppure che determinate immagini, pensieri, sensazioni corporee o reazioni emotive rappresentino una "prova" di un orientamento differente. A tali dubbi possono associarsi comportamenti di controllo, ricerca di rassicurazioni, evitamento e compulsioni mentali finalizzati a ottenere certezza e ridurre temporaneamente il disagio (Williams & Farris, 2011; Williams et al., 2018).

Nonostante la specificità del contenuto ossessivo possa far apparire il SO-OCD come una manifestazione rara, i dati disponibili suggeriscono una rilevanza clinica non trascurabile. In un campione di 409 pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo, Williams e Farris (2011) hanno rilevato ossessioni relative all'orientamento sessuale nell' 8% dei partecipanti al momento della valutazione e nell'11,9% nel corso della vita. La presenza di tali ossessioni risultava inoltre associata a maggiore interferenza e distress, nonché a una più marcata tendenza all'evitamento. Tuttavia, a fronte della sua rilevanza clinica, il SO-OCD rimane un ambito relativamente poco indagato. Una recente revisione sistematica di mappatura della letteratura ha individuato soltanto undici studi specificatamente dedicati al SO-OCD, di cui nove studi empirici e due casi clinici, evidenziando come tale manifestazione possa essere ancora scarsamente riconosciuta e compresa sia dalle persone che ne soffrono sia dai professionisti della salute mentale (Allely & Pickard, 2024).

Una delle principali criticità cliniche riguarda la necessità di distinguere il dubbio ossessivo relativo all'orientamento sessuale dai processi di esplorazione dell'identità sessuale e dalle forme di ruminazione che possono accompagnare tale esperienza. La sola presenza di pensieri ripetitivi, dubbi o vissuti di ansia relativi all'orientamento non è infatti sufficiente per identificare un processo ossessivo-compulsivo. Una valutazione concreta esclusivamente sul contenuto del pensiero rischierebbe di patologizzare esperienze di esplorazione identitaria non patologiche oppure, nella direzione opposto, di non riconoscere la struttura funzionale tipica del DOC. In questa prospettiva assumono particolare rilevanza la natura intrusiva del dubbio, le modalità con cui la persona vi risponde, la ricerca persistente di certezza e la presenza di strategie di neutralizzazione, controllo, rassicurazione ed evitamento (Luxon et al., 2021; William et al., 2018).

Alla luce di tali considerazioni, la presente rassegna critica narrativa si propone di esaminare la letteratura scientifica relativa al Sexual Orientation OCD, con particolare attenzione alle sue caratteristiche fenomenologiche, ai meccanismi cognitivi e comportamentali impliciti nel mantenimento della sintomatologia e agli elementi utili per l'assessment clinico. Un ulteriore obiettivo è approfondire la distinzione tra dubbio ossessivo e processi di esplorazione o ruminazione relativi all'orientamento sessuale, analizzandone le implicazioni per il trattamento cognitivo-comportamentale, con particolare riferimento all'esposizione con prevenzione della risposta (ERP) e ai più recenti contributi orientati a una pratica clinica affirming e sensibile al minority stress.

In particolare, il lavoro intende rispondere alla seguente domanda: quali caratteristiche cliniche e cognitivo-comportamentali consentono di riconoscere e differenziare il SO-OCD e quali implicazioni ne derivano per l'assessment e il trattamento cognitivo-comportamentale?

METODO

1. Strategia di ricerca

È stata condotta una ricerca narrativa strutturata della letteratura scientifica sul Sexual Orientation Obsessive-Compulsive Disorder (SO-OCD). La ricerca bibliografica è stata effettuata principalmente attraverso PubMed e Google Scholar ed è stata integrata mediante l'esame delle bibliografie degli articoli maggiormente pertinenti e delle revisioni disponibili sull'argomento. Non è stato applicato un limite temporale iniziale, mentre sono stati considerati i contributi disponibili fino ad agosto 2026. Le ricerche sono state condotte prevalentemente in lingua inglese. La terminologia "homosexual OCD" è stata utilizzata esclusivamente come termine di ricerca al fine di intercettare contributi meno recenti che adottavano tale denominazione. I termini impiegati nella ricerca bibliografica comprendevano: "sexual orientation OCD", "SO-OCD", "sexual orientation obsessions", "homosexual OCD", "obsessive-compulsive disorder", "sexual orientation", "assessment", "cognitive behavioral therapy", "CBT", "exposure and response prevention", "ERP", "sexual minority" e "minority stress". L'impiego di termini differenti ha consentito di esplorare la letteratura relativa alla fenomenologia clinica, alla valutazione diagnostica, ai meccanismi di mantenimento e alle prospettive di trattamento del SO-OCD.

1.1 Criteri di selezione

Sono stati considerati prioritariamente articoli scientifici sottoposti a peer review che affrontassero specificatamente le ossessioni relative all'orientamento sessuale, con particolare riferimento alla fenomenologia, ai processi cognitivi e comportamentali, agli strumenti di assessment, alla differenziazione rispetto ad altri processi di esplorazione o ruminazione sull'orientamento sessuale e agli interventi psicoterapeutici. Sono stati inclusi studi empirici, studi di validazione psicometrica, case report, contributi teorico-clinici e revisioni della letteratura pertinenti alla domanda della rassegna. Sono stati inoltre considerati alcuni contributi più generali sul DOC e sulle minoranze sessuali e di genere quando necessari per l'inquadramento del modello cognitivo-comportamentale, dell'ERP e del minority stress. Sono stati esclusi contributi divulgativi non sottoposti a revisione scientifica, lavori non pertinenti alla domanda della rassegna e studi riguardanti altre manifestazione del DOC privi di implicazioni utili per la comprensione del SO-OCD.

Il corpus bibliografico finale della presente rassegna comprende 18 contributi scientifici, selezionati in funzione della loro pertinenza rispetto agli obiettivi dell'elaborato. Di questi, 17 sono richiamati nelle sezioni dedicate ai risultati, mentre il contributo di Allely e Pickard (2024) è utilizzato nell'introduzione per contestualizzare lo stato delle conoscenze scientifiche sul fenomeno. Le pubblicazioni comprendono studi empirici, contributi psicometrici, casi clinici, revisioni della letteratura e approfondimenti teorico-clinici.

Modalità di sintesi

Considerata la natura narrativa della rassegna, gli studi selezionati sono stati organizzati attraverso una sintesi critica di tipo tematico. I contributi sono stati esaminati in relazione a cinque principali aree:

a) Definizione e fenomenologia del SO-OCD
b) Meccanismi cognitivi-comportamentali implicati nella sintomatologia e nel suo mantenimento
c) Assessment e distinzione rispetto ai processi non ossessivi relativi all'orientamento sessuale
d) Trattamento cognitivo-comportamentale, con particolare riferimento all'ERP
e) Contributi più recenti relativi a minority stress e approcci affirming e justice-based. Particolare attenzione è stata riservata ai limiti metodologici della letteratura disponibile e alle possibili implicazioni per la pratica clinica.

RISULTATI

2. Il Sexual Orientation OCD: definizione e fenomenologia

Il Sexual Orientation Obsessive-Compulsive Disorder non costituisce una diagnosi autonoma né un sottotipo formalmente distinto del disturbo ossessivo-compulsivo, ma descrive una sua manifestazione tematica nella quale ossessioni e compulsioni riguardano l'orientamento sessuale. Il nucleo del problema non coincide con la semplice presenza di dubbi o interrogativi sulla propria sessualità, ma con un dubbio persistente, intrusivo e difficilmente tollerabile, al quale la persona tenta di rispondere ricercando una certezza definitiva. Il contenuto può riguardare il timore di possedere un orientamento differente da quello con cui ci si identifica, di non averlo riconosciuto in precedenza, che esso possa modificarsi nel tempo oppure che pensieri, immagini, impulsi e sensazioni corporee ne rappresentino una prova (Williams & Farris, 2011; Williams et al., 2018).

Le ossessioni possono assumere forme differenti: domande ripetitive sulla propria identità sessuale, immagini o fantasie non desiderate, timore di provare attrazione verso determinate persone, dubbi sul significato delle esperienze affettive e sessuali passate oppure paura che gli altri possano attribuire alla persona un orientamento diverso da quello dichiarato. La sofferenza non deriva necessariamente dall'orientamento evocato dal pensiero, ma dal significato attribuito alla possibilità di essersi ingannati, di perdere una parte importante della propria identità, di compromettere una relazione affettiva o di non riuscire a raggiungere una certezza assoluta. Di conseguenza, la valutazione clinica non può limitarsi al contenuto apparentemente sessuale dell'ossessione, ma deve esaminare la funzione assunta dal dubbio e le strategie impiegate per gestirlo.

Nella letteratura meno recente questa manifestazione è stata indicata anche attraverso le espressioni homosexual OCD, H-OCD o homosexuality anxiety. La denominazione SO-OCD è oggi preferibile perché più precisa e inclusiva: non presuppone che la persona sia eterosessuale né considera l'omosessualità come l'esito temuto per definizione. Le ossessioni relative all'orientamento sessuale possono infatti presentarsi in persone con orientamenti differenti e riguardare qualsiasi cambiamento percepito come incongruente o minaccioso rispetto al proprio senso di sé. Il case report di Schild et al. (2024), relativo a una donna lesbica con ossessioni incentrate sulla possibilità di essere eterosessuale, mostra chiaramente i limiti della precedente rappresentazione etero normativa del fenomeno. L'adozione di una terminologia più inclusiva risponde pertanto non soltanto a un'esigenza linguistica, ma anche alla necessità di migliorare l'accuratezza dell'assessment e di evitare formulazioni cliniche potenzialmente stigmatizzanti (Pinciotti et al., 2022; Schild et al.,2024).

Alla componente ossessiva si associano numerose strategie finalizzate a ridurre il disagio e a ottenere conferme sul proprio orientamento. Le compulsioni possono essere manifeste oppure prevalentemente mentali e comprendono il riesame ripetuto delle esperienze affettive e sessuali

passate, il confronto tra le reazioni provate verso persone di generi differenti, l'analisi delle proprie fantasie, partner o professionisti e la consultazione reiterata di contenuti online. In alcuni casi, la persona può sottoporsi a veri e propri "test", esponendosi a immagini, fantasie, materiale pornografico o esperienze relazionali con lo scopo di verificare la presenza o l'assenza di attrazione. Tuttavia, poiché i risultati di tali verifiche vengono continuamente messi in discussione, il sollievo ottenuto è generalmente temporaneo e conduce a nuovi controlli (Melli et al., 2016; Williams et al., 2018).

Una manifestazione particolarmente rilevante è il controllo delle reazioni corporee, definito *somatic checking*. La persona monitora attentamente sensazioni genitali, modificazioni dell'eccitazione, emozioni e segnali corporei in presenza di determinati pensieri o stimoli, interpretandoli come possibili prove del proprio orientamento. Questa attrazione selettiva può rendere più salienti anche sensazioni ambigue o automatiche, alimentando ulteriormente il dubbio e la necessità di controllare. La presenza o l'assenza di una risposta corporea non costituisce, tuttavia, un criterio univoco per stabilire l'orientamento sessuale e non consente di distinguere in maniera affidabile un'ossessione di un processo di esplorazione identitari (Williams et al., 2018; Luxon et al.,2021).

Sono inoltre frequenti condotte di evitamento rivolte a persone, luoghi, conversazioni, contenuti mediatici o situazioni intime capaci di attivare il dubbio. L'evitamento può riguardare anche i rapporti sessuali o affettivi, qualora la persona tema di non provare la reazione "corretta" o di ottenere una conferma indesiderata. A queste condotte possono aggiungersi la soppressione dei pensieri, la neutralizzazione attraverso immagini mentali considerate rassicuranti e il bisogno di confessare ripetutamente i propri dubbi. Sebbene tali risposte siano meno visibili rispetto ai rituali tradizionalmente associati al DOC, svolgono la medesima funzione di riduzione temporanea del disagio.

La prevalenza delle compulsioni mentali e della ricerca di rassicurazione rende pertanto fuorviante la rappresentazione del SO-OCD come una forma esclusivamente ossessiva o "Pure O". In uno studio condotto su 201 persone con DOC, le ossessioni sessuali, aggressive e religiose risultavano associate proprio alle compulsioni mentali e alla ricerca di rassicurazioni, suggerendo che l'apparente assenza di rituali possa dipendere dalla loro natura poco osservabile e da un assessment non sufficientemente approfondito (Williams et al.,2011). Nel complesso, la letteratura descrive quindi il SO-OCD non come un problema determinato dall'orientamento sessuale in sé, ma come un processo caratterizzato da dubbio persistente, ricerca di certezze, controllo, neutralizzazione ed evitamento.

2.1 **Il modello cognitivo-comportamentale e i meccanismi di mantenimento**

Secondo i modelli cognitivo-comportamentali, la presenza di pensieri, immagini o impulsi intrusivi non è di per sé indicativa di psicopatologia. Ciò che favorisce la trasformazione di un'intrusione in un'ossessione clinicamente significativa è l'interpretazione attribuita alla sua comparsa. Quando il pensiero viene considerato importante, pericoloso o rivelatore di caratteristiche profonde delle propria identità, aumenta il disagio e si intensifica il bisogno di controllarlo, neutralizzarlo o comprenderne definitivamente il significato (Salkovskis, 1985; Rachman, 1997).

Nel SO-OCD, un pensiero come "ho notato una persona del mio stesso genere" oppure una sensazione corporea ambigua possono essere interpretati come prova di un orientamento sessuale diverso da

quello con cui la persona si identifica. L'intrusione non viene quindi considerata un evento mentale transitorio, ma assume un significato identitario: "se ho avuto questo pensiero, potrebbe voler dire che non conosco realmente me stesso". A questa interpretazione possono associarsi l'eccessiva importanza attribuita ai pensieri, la necessità di controllarli, l'intolleranza dell'incertezza e modalità dicotomiche di ragionamento, per le quali ogni reazione deve fornire una conferma inequivocabile del proprio orientamento.

Lo studio di Melli et al. (2018), condotto su 263 pazienti con SO-OCD, 42 pazienti con altre manifestazioni del DOC e 116 partecipanti non clinici, ha evidenziato l'importanza di credenze specifiche relative all'impatto che un possibile cambiamento dell'orientamento avrebbe sull'identità personale e al significato attribuito alle difficoltà sperimentate nei rapporti eterosessuali. È emerso anche un ruolo più marginale delle credenze dicotomiche riguardanti ciò che sarebbe "corretto" provare nella sessualità. Non sono state invece rilevate differenze significative tra i pazienti con SO-OCD e quelli con altre manifestazioni del DOC rispetto alle credenze omofobiche. Tale risultato suggerisce che il SO-OCD non possa essere ridotto automaticamente alla presenza di omofobia, sebbene lo studio sia stato condotto esclusivamente su persone eterosessuali e richieda pertanto cautela nella generalizzazione dei risultati.

Il processo di mantenimento può essere descritto come un circuito ricorsivo. Un evento interno o esterno attiva il dubbio; il dubbio viene interpretato come minaccioso e significativo; aumentano ansia, vergogna, confusione o urgenza di conoscere la risposta; la persona mette quindi in atto controlli, rassicurazioni, evitamenti o neutralizzazioni. Queste strategie possono produrre una riduzione immediata del disagio, ma impediscono di sperimentare che il dubbio possa essere tollerato senza ricorrere a rituali. Il sollievo temporaneo rinforza così la risposta compulsiva e rende più probabile che essa venga ripetuta alla successiva intrusione. Parallelamente, il monitoraggio costante accresce la salienza di pensieri e sensazioni, generando nuovi elementi da analizzare.

Alcuni dati suggeriscono inoltre un possibile coinvolgimento di credenze e di responsabilità e sovrastima della minaccia. In un campione non clinico di 283 studenti eterosessuali, Ching et al. (2018) hanno rilevato che la sensibilità al disgusto legato alla contaminazione e le credenze di responsabilità e sovrastima della minaccia, considerate anche nella loro interazione, predicevano maggiori preoccupazioni ossessivo-compulsive relative all'orientamento sessuale. Questi risultati sono preliminari e non possono essere estesi automaticamente alle popolazioni cliniche o alle persone LGBTQIA+, ma mostrano come fattori cognitivi generali del DOC possano interagire con significati socioculturali specifici.

Nel complesso, il modello cognitivo-comportamentale evidenzia che il mantenimento del SO-OCD non dipende dal contenuto dell'orientamento sessuale evocato dal pensiero, bensì dall'interpretazione minacciosa dell'intrusione e dai tentativi reiterati di raggiungere una certezza assoluta. Ne deriva che l'assessment deve concentrarsi non soltanto su ciò che la persona pensa, ma soprattutto sul significato attribuito al pensiero, sulle risposte che seguono e sulla funzione svolta da controlli, rassicurazioni ed evitamenti.

2.2 **Assessment e distinzione differenziale**

L'assessment del SO-OCD richiede un'indagine che non si limita a stabilire se la persona presenti dubbi riguardanti il proprio orientamento sessuale. Tali interrogativi possono infatti comparire sia

all'interno di un processo ossessivo-compulsivo sia durane esperienze non patologiche di esplorazione identitaria. La valutazione dovrebbe pertanto ricostruire la struttura funzionale del problema, approfondendo la natura intrusiva e ripetitiva dei pensieri, il disagio associato, il tempo occupato, il grado d'interferenza e soprattutto le risposte messe in atto per ridurre l'incertezza. Particolare attenzione deve essere rivolta alle compulsioni meno osservabili, come il riesame mentale delle esperienze passate, il confronto delle attrazioni, il controllo delle sensazioni corporee e la ricerca interna di una risposta definitiva.

La valutazione può essere integrata attraverso strumenti generali per il disturbo ossessivo-compulsivo e misure specificamente sviluppare per i sintomi relativi all'orientamento sessuale. Tra queste, Melli et al. (2016) hanno elaborato la Sexual Orientation Obsessive-Compulsive Scale (SO-OCS), una misura self-report italiana composta da 14 item. In un primo studio, condotto su 732 partecipanti non clinici, la cala ha mostrato una struttura unidimensionale e un'adeguata consistenza interna. In un secondo studio sono stati coinvolti 294 partecipanti appartenenti alla popolazione generale, 52 pazienti con DOC che riportavano sintomi relativi all'orientamento sessuale come problema principale e 51 pazienti con DOC senza tale presentazione primaria. La SO-OCS ha mostrato buone proprietà psicometriche ed è risultata in grado di discriminare il gruppo con SO-OCD dagli altri gruppi considerati.

Lo strumento presenta tuttavia un limite rilevante: è stato sviluppato per valutare ossessioni e compulsioni relative all'orientamento sessuale in persone italiane eterosessuali. Il suo utilizzo con persone appartenenti a minoranze sessuali richiede pertanto cautela, poiché alcuni item e presupposti potrebbero non rappresentare adeguatamente manifestazioni nelle quali il dubbio ossessivo riguarda, ad esempio, la possibilità di essere eterosessuali o di possedere un orientamento differente da quello con cui la persona si identifica. Tale limite evidenzia la necessità di evitare che gli strumenti vengano impiegati in modo meccanico o sostitutivo rispetto al colloquio clinico.

Per superare alcune di queste criticità, Williams et al. (2018) hanno sviluppato il Sexual Orientation Obsessions and Reactions test (SORT) una misura self report composta da 12 item e articolata in due fattori: Transformation Fears, relativo ai timori di un cambiamento o di una scoperta riguardante il proprio orientamento, e Somatic Checking, relativo al controllo delle reazioni corporee. Dopo una prima analisi condotto su 1.673 studenti universitari, lo strumento è stato esaminato anche in campioni comunitari LGBTQ e eterosessuali e in campioni clinici comprendenti persone con SO-OCD e con altre manifestazioni del DOC. I risultati hanno sostenuto la struttura bifattoriale, l'affidabilità e la validità dello strumento, permettendo inoltre di individuare punteggi di riferimento utili alla distinzione tra partecipanti della comunità, persone con SO-OCD e persone con altre manifestazioni ossessivo-compulsive.

SO-OCS e SORT rappresentano dunque strumenti utili per identificare dimensioni sintomatologiche che potrebbero non emergere spontaneamente durante il colloquio. I loro punteggi non consentono tuttavia, isolatamente, di formulare una diagnosi né di determinare l'orientamento sessuale della persona. Devono essere inseriti all'interno di una valutazione clinica più ampia, capace di integrare storia individuale, andamento temporale dei sintomi, significati attribuiti ai pensieri, presenza di compulsioni e condizioni socioculturali nelle quali il disagio si manifesta.

La distinzione tra SO-OCD ed esplorazione dell'orientamento sessuale non può essere fondata sul contenuto dei pensieri né sulla sola intensità del disagio. Anche un processo autentico di esplorazione identitaria può infatti accompagnarsi ad ansia, vergogna, ambivalenza o paura delle conseguenze relazionali e sociali. Analogamente, la presenza di attrazione, fantasie o risposte corporee non permette di confermare o escludere il SO-OCD. L'assessment differenziale deve quindi esaminare l'origine del disagio, l'andamento del dubbio, la funzione delle strategie utilizzate per affrontarlo e il rapporto della persona con l'incertezza (Luxon et al., 2021; Williams et al., 2018).

Nel SO-OCD, il pensiero tende a presentarsi come intrusivo, ripetitivo e accompagnato dall'urgenza di stabilire con assoluta certezza quale sia il proprio orientamento. La persona può analizzare continuamente pensieri, ricordi, fantasie e reazioni corporee, ma nessuna risposta appare sufficientemente conclusiva. Anche quando viene raggiunta una spiegazione rassicurante, questa viene rapidamente messa in dubbio, generando la necessità di ricominciare il processo di verifica. La riflessione assume così una struttura circolare: non conduce a una maggiore comprensione di sé ma alimenta nuovi interrogativi e mantiene il bisogno di controllo.

L'esplorazione dell'orientamento sessuale tende invece ad avere una funzione maggiormente conoscitiva e può svilupparsi attraverso l'osservazione delle proprie attrazioni, relazioni, emozioni e preferenze. Sebbene possa essere complessa o dolorosa, non è necessariamente organizzata intorno a rituali finalizzati a eliminare ogni incertezza. La persona può mostrare un interesse autentico verso la comprensione della propria esperienza e contemplare possibilità differenti, anziché ricercare esclusivamente una risposta capace di neutralizzare l'ansia. Questa distinzione non deve tuttavia essere considerata assoluta: anche durante un'esplorazione non patologica possono comparire evitamento, bisogno di rassicurazione e pensieri ripetitivi, soprattutto in contesti caratterizzati da stigma, aspettative etero normative o timore del rifiuto.

Luxon et al. (2021) distinguono inoltre le ossessioni relative all'orientamento sessuale della ruminazione che può manifestarsi nelle persone appartenenti a minoranze sessuali. Quest'ultima può essere alimentata dalle esperienze di discriminazione, dell'occultamento dell'identità, dallo stigma interiorizzato e dalla preoccupazione per le reazioni dell'ambiente sociale. In questo caso, il disagio non deriva necessariamente da un meccanismo ossessivo-compulsivo, ma può rappresentare una risposta a pressioni sociali reali o anticipate. Sebbene ruminazione e ossessioni condividano la presenza di pensieri ripetitivi e sofferenza emotiva, differiscono quindi rispetto ai possibili fattori di attivazione, alla funzione del pensiero e ai processi che ne determinano il mantenimento.

Anche la distinzione tra pensieri egodistonici ed egosintonici deve essere utilizzata con prudenza. L'incongruenza percepita tra un pensiero e l'immagine abituale di sé può essere clinicamente rilevante, ma non costituisce da sola un criterio diagnostico sufficiente. Una persona può vivere come indesiderata o minacciosa la possibilità di appartenere a una minoranza sessuale a causa dello stigma interiorizzato o delle conseguenze temute, senza che ciò indichi necessariamente la presenza di un DOC. Nella direzione opposta, una persona LGBTQIA+ può sviluppare ossessioni relative alla possibilità che il proprio orientamento sia differenze da quello con cui si identifica. L'assessment deve pertanto evitare di utilizzare il disagio verso un determinato orientamento come prova della natura ossessiva del dubbio. La valutazione differenziale dovrebbe infine considerare la possibilità che processi differenzi coesistano. Una persona può presentare una sintomatologia ossessivo-compulsiva e, contemporaneamente, sperimentare minority stress, stigma interiorizzato o

interrogativi autentici sulla propria identità. L'obiettivo dell'assessment non consiste quindi nel decidere quale sia il "vero" orientamento della persona, ma nel comprendere quali processi producano e mantengano la sofferenza. Gli indicatori maggiormente compatibili con il SO-OCD sono rappresentati dalla ricerca reiterata di certezze, dalla presenza di compulsioni e neutralizzazioni, dal sollievo soltanto temporaneo ottenuto attraverso tali strategie e dalla progressiva interferenza del dubbio con il funzionamento individuale.

2.3 **Trattamento cognitivo-comportamentale ed esposizione con prevenzione della risposta**

L'esposizione con prevenzione della risposta (Exposure and Response Prevention, ERP) rappresenta l'intervento psicologico con il maggiore supporto empirico per il disturbo ossessivo-compulsivo e costituisce il nucleo centrale del trattamento cognitivo-comportamentale. Nel SO-OCD i principi terapeutici non differiscono sostanzialmente da quelli applicati alle altre manifestazioni del disturbo: il trattamento mira a interrompere il ciclo costituito da intrusione, interpretazione minacciosa, aumento del disagio e risposta compulsiva. L'obiettivo non consiste nello stabilire o dimostrare quale sia l'orientamento sessuale della persona, ma nel modificare il rapporto con il dubbio e ridurre i tentativi disfunzionali di raggiungere una certezza assoluta (Hezel & Simpson, 2019; Williams et al., 2011).

Nelle fasi iniziali risulta fondamentale condividere con il paziente una formulazione individualizzata del problema. La psicoeducazione consente di distinguere la comparsa involontaria di pensieri, immagini e sensazioni dalle interpretazioni formulate successivamente e di mostrare come controlli, rassicurazioni ed evitamenti producano sollievo soltanto temporaneo. La ricostruzione di episodi recenti permette di identificare gli stimoli attivanti, i significati attribuiti alle intrusioni, le emozioni conseguenti e le risposte compulsive manifeste o mentali. Su questa base possono essere definiti obiettivi terapeutici coerenti con il funzionamento della persona e costruite esposizioni graduate.

Durante l'ERP il paziente entra intenzionalmente in contatto con pensieri, immagini, parole, persone o situazioni capaci di attivare il dubbio, astenendosi contemporaneamente dalle strategie utilizzate per neutralizzarlo. Le esposizioni possono essere condotte in vivo, attraverso situazioni realmente presenti, oppure in forma immaginativa, soprattutto quando i timori riguardano conseguenze future, perdita dell'identità, compromissione di una relazione o impossibilità di raggiungere una risposta definitiva. Gli stimoli vengono selezionati sulla base della formulazione del caso e non del loro significato sociale astratto: ciò che costituisce un'attivazione rilevante per una persona potrebbe non avere la stessa funzione per un'altra.

La prevenzione della risposta costituisce una componente essenziale dell'intervento. Nel SO-OCD non riguarda soltanto i comportamenti osservabili, ma anche il controllo dell'eccitazione, il confronto tra attrazioni, il riesame dei ricordi, la ricerca di rassicurazioni, la consultazione di contenuti online e le argomentazioni mentali utilizzate per confutare il dubbio. Se tali strategie continuano durante l'esposizione, l'esperienza rischia di trasformarsi in un ulteriore test dell'orientamento sessuale. Il terapeuta deve pertanto aiutare la persona a riconoscere anche le neutralizzazioni più sottili e a rimanere in contatto con l'incertezza senza cercare immediatamente una conclusione rassicurante.

Il cambiamento terapeutico non richiede necessariamente la completa scomparsa dell'ansia durante ogni esercizio. Le formulazioni più recenti dell'esposizione attribuiscono importanza anche

all'apprendimento di nuove associazioni e alla violazione delle aspettative temute: la persona sperimenta di poter tollerare il dubbio, proseguire nelle attività significative e rinunciare alle compulsioni anche in presenza di disagio. Abituazione e apprendimento inibitorio non rappresentano necessariamente processi alternativi, poiché alcuni risultati sul DOC suggeriscono che sia la riduzione del disagio sia la discrepanza tra conseguenze attese e osservate possano contribuire agli esiti del trattamento (Elsner et al., 2022).

Gli interventi cognitivi possono accompagnare l'ERP attraverso l'esame delle credenze relative all'importanza dei pensieri, alla necessità di controllarli e all'intollerabilità dell'incertezza. È tuttavia necessario evitare che la ristrutturazione cognitiva si trasformi in una rassicurazione fornita dal terapeuta. Discutere ripetutamente le prove a favore o contro un determinato orientamento, garantire che un pensiero "non significhi nulla" oppure interpretare le sensazioni corporee al posto del paziente potrebbe infatti rinforzare la convinzione che sia indispensabile ottenere una risposta certa. Il lavoro cognitivo dovrebbe piuttosto favorire una comprensione metacognitiva del processo e una maggiore disponibilità ad accettare che pensieri e sensazioni non consentano sempre conclusioni definitive.

Le evidenze specifiche sul trattamento del SO-OCD rimangono tuttavia limitate. Williams et al. (2011) hanno descritto il caso di un uomo eterosessuale di 51 anni trattato con 17 sedute di esposizione e prevenzione dei rituali. Il punteggio alla Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale si ridusse da 24 nella valutazione iniziale a 3 al termine del trattamento e si mantenne a 4 nel follow-up a sei settimane; furono inoltre osservati miglioramenti dell'umore, della qualità della vita e dell'adattamento sociale. Pur suggerendo la possibile efficacia dell'ERP, tali risultati derivano da un singolo caso e non consentono di stabilire autonomamente l'efficacia del protocollo per la generalità delle persone con SO-OCD.

Nel complesso, la letteratura sostiene quindi l'applicazione al SO-OCD dei principi CBT ed ERP validati per il disturbo ossessivo-compulsivo generale, ma evidenzia la necessità di ulteriori studi specifici e metodologicamente più solidi. Il trattamento dovrebbe essere guidato dalla funzione delle ossessioni e delle compulsioni, orientato all'accettazione dell'incertezza e valutato attraverso misure ripetute della sintomatologia e dell'interferenza. Allo stesso tempo, la natura identitaria e socialmente sensibile del contenuto richiede particolare attenzione alle modalità con cui le esposizioni vengono formulate e presentate.

2.4 **Verso una prospettiva affirming e justice-based**

L'applicazione dell'ERP alle ossessioni relative all'orientamento sessuale richiede attenzione non soltanto ai meccanismi di mantenimento, ma anche ai significati sociali trasmessi dall'intervento. Pinciotti et al. (2022) hanno evidenziato come alcune modalità di esposizione possano involontariamente rinforzare stereotipi, presentando le identità LGBTQIA+ come condizioni degradanti o intrinsecamente minacciose. La critica riguarda pertanto determinate applicazioni dell'ERP, non il principio dell'esposizione con prevenzione della risposta.

Una prospettiva affirming riconosce la legittimità dei diversi orientamenti sessuali e delle identità di genere, senza indirizzare la persona verso un esito identitario prestabilito. L'approccio justice-based integra tale posizione nella formulazione del caso e nella scelta delle esposizioni, mantenendo il

lavoro sulle compulsioni e sui timori individuali, ma evitando di riprodurre lo stigma. L'obiettivo non è ridurre indiscriminatamente il disagio evocato dagli esercizi, bensì renderli pertinenti ai processi ossessivi senza svalutare gruppi sociali.

Questa impostazione richiede di approfondire ciò che la persona teme concretamente: perdita di continuità identitaria, rifiuto, conseguenze relazionali o impossibilità di conoscere definitivamente se stessa. Occorre inoltre distinguere la sovrastima ossessiva della minaccia dai rischi reali di discriminazione, che non possono essere trattati automaticamente come distorsioni cognitive (Pinciotti et al., 2022).

Un primo contributo empirico sulle preferenze verso queste modalità di intervento è stato fornito da Pinciotti et al. (2025). In un campione di 450 persone con ossessioni attuali o pregresse a contenuto identitario, i partecipanti hanno valutato gerarchie di esposizione justice-based e gerarchie basate sull'overcorrection, ossia su modalità esasperate di confronto con il contenuto temuto. Le esposizioni justice-based sono state considerate maggiormente pertinenti e meno offensive, suscitando una maggiore disponibilità dichiarata a intraprenderle. Lo studio riguardava tuttavia diversi temi identitari, non esclusivamente il SO-OCD.

Questi risultati forniscono indicazioni sull'accettabilità percepita, ma non dimostrano una superiore efficacia clinica. La valutazione di gerarchie proposte non equivale infatti alla partecipazione a un trattamento: rimangono da verificare gli effetti comparativi sulla sintomatologia, sull'aderenza effettiva e sul mantenimento dei risultati. La distinzione tra preferenza, disponibilità ed efficacia è quindi essenziale per interpretare correttamente tali evidenze.

Un ulteriore sviluppo riguarda l'integrazione tra modello cognitivo-comportamentale e minority stress. Il modello proposto da Pinciotti e Feinstein (2025) considera come gli stressori legati all'identità possano interagire con credenze e processi ossessivo-compulsivi. In una prima verifica empirica su 463 persone appartenenti a minoranze sessuali e/o di genere con DOC, lo stigma interiorizzato risultava associato alla sintomatologia in entrambi i gruppi; nelle minoranze sessuali emergevano inoltre associazioni con la sensibilità al rifiuto (Pinciotti et al., 2026). Questi dati offrono un sostegno preliminare al modello, ma non stabiliscono da soli rapporti causali e non riguardano esclusivamente persone con SO-OCD.

Nel complesso, tali contributi suggeriscono di integrare l'analisi funzionale del DOC con una comprensione del contesto identitario e sociale. Ne deriva una prospettiva nella quale il rigore dell'ERP e l'attenzione allo stigma non costituiscono obiettivi contrapposti: il trattamento può intervenire sulla ricerca compulsiva di certezza rispettando l'autodeterminazione della persona. Restano necessari studi che valutino direttamente gli esiti clinici di questa integrazione.

CONCLUSIONI

Nel complesso, la presente rassegna evidenzia che il SO-OCD non può essere riconosciuto sulla base del contenuto dei pensieri, della paura di un possibile orientamento o della sola egodistonia. L'elemento maggiormente discriminante è il funzionamento ossessivo-compulsivo: il dubbio assume

un significato minaccioso, attiva una ricerca di certezza e viene mantenuto da controlli, rassicurazioni, ruminazioni ed evitamento. Tale distinzione ha importanti ricadute cliniche, poiché consente di riconoscere il disturbo senza patologizzare l'esplorazione dell'orientamento sessuale o confonderla con la sofferenza connessa allo stigma e al minority stress. L'ERP rimane l'intervento cognitivo-comportamentale di riferimento, mentre ACT e processi basati sulla mindfulness e sulla self-compassion possono sostenerne l'applicazione, favorendo la disponibilità all'incertezza e intervenendo su vergogna e autocritica. Il principale contributo di questo lavoro consiste quindi nel mostrare come rigore clinico e prospettiva affirming non rappresentino esigenze contrapposte: è possibile intervenire sul processo compulsivo preservando l'autodeterminazione identitaria della persona. Le evidenze specifiche restano tuttavia limitate e rendono necessari ulteriori studi sugli esiti di questi interventi in popolazioni maggiormente diversificate.

BIBLIOGRAFIA

Allely, C. S., & Pickard, M. (2024). A systematic scoping review of the literature on sexual orientation obsessive compulsive disorder (SOOCD): Important clinical considerations and recommendations. *Psychiatry Research, 342*, 116198. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116198

Ching, T. H. W., Williams, M. T., Siev, J., & Olatunji, B. O. (2018). Responsibility/threat overestimation moderates the relationship between contamination-based disgust and obsessive-compulsive concerns about sexual orientation. *Archives of Sexual Behavior, 47*(4), 1109–1117. https://doi.org/10.1007/s10508-018-1165-z

Elsner, B., Jacobi, T., Kischkel, E., Schulze, D., & Reuter, B. (2022). Mechanisms of exposure and response prevention in obsessive-compulsive disorder: Effects of habituation and expectancy violation on short-term outcome in cognitive behavioral therapy. *BMC Psychiatry, 22*, 66. https://doi.org/10.1186/s12888-022-03701-z

Hezel, D. M., & Simpson, H. B. (2019). Exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A review and new directions. *Indian Journal of Psychiatry, 61*(Suppl. 1), S85–S92. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_516_18

Luxon, A. M., Chasson, G. S., Williams, M. T., Skinta, M. D., & Galupo, M. P. (2021). Brooding over the closet: Differentiating sexual orientation rumination and sexual orientation obsessions. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 35*(3), 167–182. https://doi.org/10.1891/JCPSY-D-20-00013

Melli, G., Gelli, S., Moulding, R., Stopani, E., & Pinto, A. (2018). Specific and general cognitive predictors of Sexual Orientation-Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 16*, 104–111. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2018.01.005

Melli, G., Moulding, R., Gelli, S., Chiorri, C., & Pinto, A. (2016). Assessing sexual orientation-related obsessions and compulsions in Italian heterosexual individuals: Development and validation of the Sexual Orientation Obsessive-Compulsive Scale (SO-OCS). *Behavior Therapy, 47*(4), 431–443. https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.03.004

Pinciotti, C. M., & Feinstein, B. A. (2025). A cognitive behavioral-minority stress model of obsessive-compulsive disorder in sexual and gender minority individuals. *Clinical Psychology: Science and Practice, 32*(3), 292–302. https://doi.org/10.1037/cps0000279

Pinciotti, C. M., Castillo, A. A., Avery, J. E., Storch, E. A., & Feinstein, B. A. (2026). Identity-related stress and obsessive-compulsive disorder in sexual and gender minority individuals: A test of the cognitive behavioral-minority stress model. *Behavior Therapy, 57*(2), 295–313. https://doi.org/10.1016/j.beth.2025.08.007

Pinciotti, C. M., Smith, Z., Singh, S., Wetterneck, C. T., & Williams, M. T. (2022). Call to action: Recommendations for justice-based treatment of obsessive-compulsive disorder with sexual orientation and gender themes. *Behavior Therapy, 53*(2), 153–169. https://doi.org/10.1016/j.beth.2021.11.001

Pinciotti, C. M., Upshaw, B. M., Spencer, S. D., Park, J. M., Franklin, M. E., Wadsworth, L. P., Riemann, B. C., Goodman, W. K., & Storch, E. A. (2025). Preferences for justice-based exposure and response prevention among individuals with identity-related obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy, 56*(4), 753–767. https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.12.001

Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy, 35*(9), 793–802. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00040-5

Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy, 23*(5), 571–583. https://doi.org/10.1016/0005-7967(85)90105-6

Schild, S. M., Moore, A. S., Mattera, E. F., Fitzpatrick, M., Entezar, T., Fram, G., & Ching, T. H. W. (2024). Sexual orientation-themed obsessive-compulsive disorder in a lesbian woman: Phenomenology and implications for affirmative assessment and treatment. *Psychiatry Research Case Reports, 3*, 100211. https://doi.org/10.1016/j.psycr.2024.100211

Williams, M. T., Ching, T. H. W., Tellawi, G., Siev, J., Dowell, J., Schlaudt, V., Slimowicz, J. C., & Wetterneck, C. T. (2018). Assessing sexual orientation symptoms in obsessive-compulsive disorder: Development and validation of the Sexual Orientation Obsessions and Reactions Test (SORT). *Behavior Therapy, 49*(5), 715–729. https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.12.005

Williams, M. T., Crozier, M., & Powers, M. B. (2011b). Treatment of sexual-orientation obsessions in obsessive-compulsive disorder using exposure and ritual prevention. *Clinical Case Studies, 10*(1), 53–66. https://doi.org/10.1177/1534650110393732

Williams, M. T., & Farris, S. G. (2011). Sexual orientation obsessions in obsessive-compulsive disorder: Prevalence and correlates. *Psychiatry Research, 187*(1–2), 156–159. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.10.019

Williams, M. T., Farris, S. G., Turkheimer, E., Pinto, A., Ozanick, K., Franklin, M. E., Liebowitz, M., Simpson, H. B., & Foa, E. B. (2011a). The myth of the pure obsessional type in obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety, 28*(6), 495–500. https://doi.org/10.1002/da.20820