



**SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE
SEDE PALERMO**

ELABORATO FINALE DI 2° ANNO

***IN CHE MODO LA COMPASSION PUÒ MIGLIORARE I BENEFICI DEGLI INTERVENTI
COGNITIVO-COMPORTAMENTALI PER LE MINORANZE SESSUALI?
UNA REVIEW NARRATIVA SU INTERVENTI CBT E CFT NELLE POPOLAZIONI LGBTQIA+***

Dott.ssa Sabrina Zurlo

Anno 2025

**IN CHE MODO LA COMPASSION PUÒ MIGLIORARE I BENEFICI DEGLI INTERVENTI
COGNITIVO-COMPORTAMENTALI PER LE MINORANZE SESSUALI?
UNA REVIEW NARRATIVA SU INTERVENTI CBT E CFT NELLE POPOLAZIONI
LGBTQIA+**

Sabrina Zurlo

ABSTRACT

Obiettivi. Ancora oggi è presente in ambito scientifico una forte esigenza di divulgare tematiche connesse alle minoranze sessuali per consentire la diffusione di contenuti aggiornati e corretti. In relazione a questo, la review narrativa si pone innanzitutto degli obiettivi di base, con la convinzione che il lavoro e gli interventi terapeutici non possano prescindere dall'abbattimento di bias personali e professionali, e allo stesso tempo vuole proporre una diversa lettura di interventi noti, che vengono largamente utilizzati, descrivendo: 1) spunti per adeguare gli interventi in ambito cognitivo comportamentale alle minoranze sessuali; 2) come la *compassion* può essere integrata o utilizzata per migliorare i benefici degli interventi terapeutici.

Metodo. Nella strategia di ricerca utilizzata è stato impiegato l'utilizzo del format PICO per identificare una domanda di ricerca specifica e il diagramma di flusso PRISMA per sistematizzare le procedure di ricerca grazie alle quali sono stati selezionati 21 articoli dai database PubMed, Scopus e tramite il motore di ricerca Google Scholar filtrando solo articoli scientifici.

Risultati. La CBT funziona per i disturbi di depressione/ansia (e anche in minor parte per problemi di dipendenza da alcol, BDD, disturbi alimentari) in persone LGBTQIA+, soprattutto quando è affermativa, integra esplicitamente minority stress, stigma internalizzato, concealment e lavora su processi transdiagnostici (evitamento, regolazione emotiva, ruminazione, vergogna). Gli studi e le meta-analisi mostrano effetti piccoli-moderati in media, ma con effetti grandi in alcuni studi pilota ben mirati, indicando un potenziale molto forte quando il trattamento è ben adattato e intensivo. Le componenti di compassion/self-compassion (come CMT o i gruppi MAC) sembrano potenziare gli esiti su vergogna, autocritica, stigma internalizzato; aumentare social safeness e accettazione di sé; e avere effetti migliori sulla vergogna relativa a minoranze sessuali rispetto a interventi non focalizzati sulla compassion. Gli studi correlazionali convergono nel dire che self-compassion e social safeness mediano/moderano la relazione tra minority stress e depressione/ansia, e sono quindi processi chiave da includere in una CBT per popolazioni LGBTQIA+. Gli studi sui servizi e sulle prospettive dei terapeuti mostrano che l'accesso a interventi davvero affermativi è ancora limitato, inoltre ci sono gap di formazione su identità sessuale/genere e minority stress. Questo dato potrebbe spiegare in parte la minore risposta osservata in persone SGM nei trattamenti standard.

Implicazioni Pratiche. Formazione professionale e personale, interventi affermativi, integrazione di CFT nella CBT per persone LGBTQIA+ risultano come variabili determinanti per interventi terapeutici maggiormente efficaci, coerentemente con i modelli di *minority stress* e supportati da evidenze preliminari.

KEYWORDS: CBT (Cognitive Behavioral Therapy), CFT (Compassion Focus Therapy), Compassion, Minority Stress, LGBTQIA+, Sexual minority.

1. Introduzione

Negli ultimi anni è presente un ampio dibattito a livello sociale sulle tematiche del mondo LGBTQIA+, tuttavia a livello scientifico sembra che questi argomenti siano ancora poco diffusi e approfonditi tra psicologi, psicoterapeuti e altri professionisti del settore sanitario.

Un riferimento chiave di questa tematica riguarda la data del 17 maggio 1990, quando l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS/WHO) decise di rimuovere l'omosessualità dalla classificazione internazionale delle malattie (ICD-10) definendola per la prima volta come *una variante naturale del comportamento umano*. (Montano & Rubbino, 2021)

Nonostante siano trascorsi 35 anni da allora, permane preoccupazione e diffidenza sia a livello sociale che all'interno della comunità scientifica circa le tematiche legate alle minoranze sessuali.

Oggi si rende quindi più che mai necessario lo studio e l'approfondimento di problematiche correlate, ad esempio, ai temi dell'orientamento e dell'identità di genere, per essere in grado di accompagnare nel modo corretto quei pazienti che vivono il peso dello stigma e del minority stress o che si trovano a fronteggiare ostacoli anche all'interno del loro nucleo d'origine.

Inserendo alcuni riferimenti storici, necessari a capire l'evoluzione di questo tema, è corretto citare Judd Marmor, medico psichiatra, (Rosario V.A., 2003) il quale è stato un attivista scientifico a favore della depatologizzazione dell'omosessualità, convinto sostenitore di un modello bio-psico-sociale in opposizione allo stigma. Principale relatore psichiatra nel meeting APA del 1972 - nel quale J. E. Fryer, sotto le vesti del Dr. H. Anonymous, mascherato e con la voce alterata, raccontò cosa significasse essere un professionista omosessuale in una cultura ostile - Marmor colse l'occasione per criticare la continua patologizzazione dell'omosessualità da parte di psichiatria e psicoanalisi. Questo evento contribuì a preparare il terreno per la decisione storica del 1973 di rimuovere l'omosessualità dal DSM che fu poi rivista in favore della diagnosi di *Sexual Orientation Disturbance* (Montano & Rubbino, 2021). Sono stati necessari altri 14 anni affinché nel 1987 venisse esclusa l'omosessualità dalla diagnosi psichiatrica e altri 3 anni, 1990, perché venisse considerata anche dall'OMS una variante naturale del comportamento umano.

Prima del 1973 il dibattito sulla salute mentale delle persone omosessuali è stato confuso con la questione se l'omosessualità stessa fosse un disturbo mentale. Meyer (2003) sottolinea con chiarezza che l'orientamento LGB in sé non costituisce un disturbo mentale; tuttavia le persone LGB possono presentare tassi più elevati di psicopatologia, in quanto esposte a condizioni sociali sfavorevoli, come stigma, discriminazioni e violenze. Per spiegare questo scarto nella salute mentale, l'autore introduce il modello di *minority stress*, che sposta il focus dalle caratteristiche intrinseche dell'omosessualità alle conseguenze di una posizione sociale stigmatizzata. In questa prospettiva, le difficoltà psicologiche delle persone LGB vengono comprese come esito di una forma specifica di stress sociale che riguarda i gruppi marginalizzati (ad esempio in termini di classe sociale, razza/etnia, genere, orientamento sessuale). Nel suo lavoro, Meyer caratterizza il *minority stress* attraverso tre proprietà fondamentali. È "unico" (*unique*) perché si somma agli stressor comuni a tutta la popolazione, imponendo alle minoranze un carico adattivo aggiuntivo; è "cronico" (*chronic*) poiché radicato in assetti sociali e culturali relativamente stabili nel tempo; è infine

“socialmente fondato” (*socially based*), in quanto generato da processi, istituzioni e strutture sociali, e non da caratteristiche individuali, biologiche o genetiche.

Un elemento centrale del modello proposto è la distinzione tra livelli di analisi distali e prossimali. I processi di *minority stress* vengono distribuiti lungo un continuum che va da stressor distali, intesi come eventi e condizioni oggettive legate allo stigma, a processi prossimali, che riguardano il modo in cui la persona interpreta e vive soggettivamente tali condizioni. Gli atteggiamenti sociali ostili, pur collocandosi sul piano distale, assumono rilevanza psicologica solo quando vengono filtrati attraverso i processi di valutazione cognitiva (*appraisal*), trasformandosi in vissuti soggettivi che influenzano direttamente il benessere dell'individuo.

In questa cornice Meyer individua tre grandi famiglie di processi, ordinati dal più esterno al più interno:

1. Eventi e condizioni oggettive (sia croniche sia acute), come episodi di discriminazione, esclusione o violenza motivata dal pregiudizio;
2. Aspettative di rifiuto e vigilanza rispetto alla possibilità di subire tali eventi, che portano a un monitoraggio costante dell'ambiente sociale;
3. Interiorizzazione dei messaggi negativi della società, ovvero l'assunzione su di sé di credenze stigmatizzanti riguardo all'omosessualità.

A questi si aggiunge il nascondere il proprio orientamento (*concealment*), collocato tra i processi prossimali: mantenere segreta la propria identità LGB richiede infatti un lavoro interno continuo (controllo di ciò che si dice e di come ci si presenta, evitamento di contesti percepiti come pericolosi, vissuti di incongruenza), che a sua volta rappresenta una fonte di stress psicologico.

Gli stressor distali vengono così concettualizzati come relativamente indipendenti dalle percezioni soggettive: la persona può essere oggetto di discriminazione o violenza anche se non si definisce esplicitamente lesbica, gay o bisessuale. Al contrario, i processi prossimali dipendono dall'auto-identificazione come appartenente a una minoranza sessuale e dai significati – personali e sociali – attribuiti a questa identità. In funzione di tali significati, l'identità di minoranza può essere associata a diversi tipi di reazioni: per alcune persone prevalgono ipervigilanza e aspettative di rifiuto, per altre la tendenza a tenere nascosta l'identità per timore di ripercussioni, per altre ancora l'interiorizzazione dello stigma (omonegatività interiorizzata).

Nel contributo di Meyer viene presentato anche un diagramma di sintesi (Figura 1) che rappresenta graficamente le relazioni tra circostanze ambientali, stressor generali e specifici di minoranza, processi prossimali e risorse di coping, in relazione agli esiti di salute mentale. Una parte rilevante della rassegna riguarda il rischio suicidario nelle minoranze sessuali: nel complesso, gli studi indicano tassi più alti sia di ideazione sia di tentativi di suicidio tra persone LGB rispetto ai/le pari eterosessuali, soprattutto nelle fasce di età più giovani.

In definitiva, Meyer (2003) conclude che le persone LGB presentano una prevalenza più elevata di disturbi mentali rispetto alla popolazione eterosessuale, e che il quadro complessivo delle evidenze è altamente coerente con l'ipotesi che tale eccesso sia riconducibile allo *stress* di minoranza (stigma, pregiudizio, discriminazione, violenza, ecc.).

Allo stesso tempo, l'autore invita a non ridurre il problema a una dimensione puramente individuale: una psicologia che si concentri esclusivamente sul funzionamento del singolo rischia di "psicologizzare" ciò che è prima di tutto un fenomeno politico e strutturale. Da un lato, descrivere le minoranze solo come vittime può oscurare la loro capacità di agency, di costruire comunità, cultura e risorse di resilienza; dall'altro, enfatizzare solo la resilienza rischia di scivolare in una retorica del "se vuoi, ce la fai", minimizzando l'impatto della violenza strutturale e colpevolizzando chi non riesce a proteggersi dagli esiti dello stress.

L'obiettivo, per Meyer, è tenere insieme entrambe le dimensioni: riconoscere sia la realtà dell'oppressione sia le strategie di coping ed empowerment sviluppate dalle comunità LGB, e lavorare attivamente affinché cambino le condizioni sociali che generano lo stress. La riduzione dei disturbi mentali nelle persone LGB passa quindi anche attraverso gli interventi clinici, ma soprattutto attraverso trasformazioni strutturali che rendano meno ostile l'ambiente sociale.

Partendo dall'impegno professionale di psicologi e psicoterapeuti, questo è anche quanto viene ribadito dall'American Psychological Association (APA, 2021) nelle linee guida per la pratica psicologica con le persone appartenenti a minoranze sessuali, all'interno delle quali viene indicato che lo psicologo che prende in carico pazienti appartenenti a minoranze sessuali deve essere in grado di riconoscere l'orientamento sessuale minoritario come sano, comprendere il minority stress e l'intersezionalità, lavorare in modo affermativo, centrato su resilienza, famiglie di scelta, comunità e advocacy, rifiutare pratiche dannose come le terapie di conversione e contribuire a trasformare le strutture sociali, educative e lavorative affinché siano meno oppressive.

Le linee guida APA sono suddivise in 16 punti e 5 categorie. In Figura 2 si ritrova l'estratto dal documento in lingua inglese, tuttavia, allo scopo di facilitarne la lettura e la diffusione, vengono riportate di seguito in italiano (per gli approfondimenti si rimanda al documento originale):

Conoscenza di base e consapevolezza

Linea guida 1. *Gli psicologi comprendono che le persone hanno orientamenti sessuali diversi che si intrecciano con altre identità e contesti.*

Linea guida 2. *Gli psicologi distinguono le questioni relative all'orientamento sessuale da quelle relative all'identità e all'espressione di genere quando lavorano con persone appartenenti a minoranze sessuali.*

Linea guida 3. *Gli psicologi si impegnano ad affermare le identità bi+ ed esaminare i propri pregiudizi mono-sessisti.*

Linea guida 4. *Gli psicologi comprendono che gli orientamenti sessuali minoritari non sono malattie mentali e che i tentativi di modificare l'orientamento sessuale causano danni.*

Impatto dello stigma, della discriminazione e dello stress delle minoranze sessuali

Linea guida 5. *Gli psicologi riconoscono l'influenza della discriminazione istituzionale che esiste nei confronti delle persone appartenenti a minoranze sessuali e la necessità di promuovere il cambiamento sociale.*

Linea guida 6. *Gli psicologi comprendono l'influenza che i fattori di stress distali esercitano sulle persone appartenenti a minoranze sessuali e la necessità di promuovere il cambiamento sociale.*

Linea guida 7. *Gli psicologi riconoscono l'influenza che i fattori di stress prossimali delle minoranze hanno sulla salute mentale, fisica e psicosociale delle persone appartenenti a minoranze sessuali.*

Linea guida 8. *Gli psicologi riconoscono gli aspetti positivi dell'essere una persona appartenente a una minoranza sessuale e i modi individuali e collettivi con cui le persone appartenenti a minoranze sessuali dimostrano resilienza e resistenza allo stigma e all'oppressione.*

Relazioni e famiglia

Linea guida 9. *Gli psicologi si impegnano ad acquisire conoscenze e a rispettare le diverse relazioni tra le persone appartenenti a minoranze sessuali.*

Linea guida 10. *Gli psicologi riconoscono l'importanza e la complessità della salute sessuale nella vita delle persone appartenenti a minoranze sessuali.*

Linea guida 11. *Gli psicologi si impegnano a comprendere le relazioni delle persone appartenenti a minoranze sessuali con le loro famiglie d'origine e con le famiglie di scelta.*

Linea guida 12. *Gli psicologi si impegnano a comprendere le esperienze, le sfide e i punti di forza dei genitori appartenenti a minoranze sessuali e dei loro figli.*

Istruzione e aspetti professionali

Linea guida 13. *Gli psicologi si impegnano a comprendere le esperienze del sistema educativo e scolastico che influenzano gli studenti appartenenti a minoranze sessuali nelle scuole primarie, secondarie e nelle università.*

Linea guida 14. *Gli psicologi si impegnano a comprendere le questioni relative allo sviluppo professionale e al posto di lavoro delle persone appartenenti a minoranze sessuali.*

Formazione professionale, aggiornamento e ricerca

Linea guida 15. *Gli psicologi si impegnano a educare se stessi e gli altri sulle questioni psicologiche relative alle minoranze sessuali e a utilizzare tali conoscenze per migliorare i programmi di formazione e i sistemi educativi.*

Linea guida 16. *Gli psicologi si impegnano ad assumere una posizione di sostegno nei confronti delle persone e delle comunità appartenenti a minoranze sessuali in tutti gli aspetti della pianificazione, conduzione, diffusione e applicazione della ricerca, al fine di ridurre le disparità sanitarie e promuovere la salute e il benessere psicologico.*

La ricerca internazionale suggerisce inoltre l'utilizzo di approcci basati sulla Mindfulness. All'interno del filone di "Terapie di Nuova Generazione" si trova anche la Compassion Focused Therapy. La compassione si configura come la sensibilità alla sofferenza propria o altrui unita all'impegno per cercare di alleviarla o prevenirla (Gilbert, 2014). Rappresenta, dunque, l'abilità di prestare attenzione alla sofferenza, accompagnata dal desiderio e dall'intenzione di agire per mitigarla. Secondo il modello di Gilbert, la compassione è costituita da sei elementi: sensibilità, simpatia, empatia, motivazione, tolleranza alla sofferenza e non giudizio (Strauss et al., 2016). Il modello neurobiologico alla base della CFT spiega come nel cervello si trovino circuiti, integrati tra loro, deputati all'origine della dimensione emotiva e al relativo controllo; esisterebbero quindi tre sistemi principali di regolazione affettiva: il sistema di protezione della minaccia, il sistema di ricerca e acquisizione e il sistema calmante (Gilbert, 2014). L'attivazione del sistema calmante è l'obiettivo centrale della CFT, permette infatti all'individuo di sentirsi appagato, in pace con sé e l'ambiente e di entrare in uno stato mentale grazie al quale può esplorare pensieri ed

emozioni e provare sicurezza. In questo modo è possibile attivare abilità metacognitive come la capacità di riflettere sulle proprie emozioni o di prendere distanza dai vissuti dolorosi e indesiderati (Montano & Rubbino, 2021). La CFT è un approccio specifico per lavorare con persone affette da problemi mentali cronici, caratterizzate da alti livelli di vergogna e autocritica (Gilbert & Procter, 2006). Per questo motivo è interessante indagare il ruolo della compassion anche se utilizzata in approcci diversi da quello CFT.

2. Obiettivi dello studio

Poste le basi minime per una riflessione sui bias personali e professionali, si vuole proporre una diversa lettura di interventi noti, che vengono largamente utilizzati, descrivendo: 1) spunti per adeguare gli interventi in ambito cognitivo comportamentale alle minoranze sessuali; 2) come la *Compassion* può essere integrata o utilizzata per migliorare i benefici degli interventi terapeutici.

3. Metodi

3.1. Design di ricerca

La formulazione della domanda di ricerca e la definizione dei criteri di inclusione degli studi sono state realizzate grazie all'uso del modello PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome). In particolare, la *Population* è stata definita come persone appartenenti a minoranze sessuali e/o di genere (popolazioni LGBTQIA+), l'*Intervention* come interventi basati sulla Compassion (CFT), il *Comparison* come interventi di tipo cognitivo-comportamentale (CBT), e gli *Outcome* come indicatori di maggiore benessere psicologico. Sebbene il modello PICO sia stato sviluppato principalmente per l'impostazione di quesiti clinici relativi a studi quantitativi e sperimentali, in questa review narrativa è stato adottato come cornice orientativa per strutturare la domanda di ricerca e per rendere trasparenti i criteri di inclusione.

Il modello PICO della presente review narrativa è presentato in Tabella 1.

Il format PRISMA è stato utilizzato per sistematizzare le procedure di ricerca della review narrativa, in particolare il diagramma di flusso PRISMA per la descrizione del processo di selezione delle fonti il quale è presentato in Figura 3.

3.2. Strategia di ricerca bibliografica

La ricerca bibliografica è stata condotta ricorrendo ai database PubMed e Scopus e tramite il motore di ricerca Google Scholar filtrando solo articoli scientifici.

Per ottimizzare il processo di ricerca sono state utilizzate le seguenti stringhe di ricerca:

"sexual minorities" AND CBT

"sexual minorities" AND compassion

La procedura di selezione degli articoli è stata implementata a partire dal software Zotero soprattutto per la verifica di articoli con file pdf.

Quindi titoli e abstracts sono stati esaminati per valutarne la coerenza con l'argomento della review. Successivamente i lavori ottenuti tramite questa selezione sono stati sottoposti ai criteri di inclusione e di esclusione.

I full texts degli studi selezionati sono stati letti per ulteriore riprova di pertinenza.

Gli articoli che non sono stati ritenuti adeguati all'utilizzo nella review, in tutti i passaggi sopra descritti, sono stati esclusi.

3.3. Criteri di inclusione

I criteri di inclusione che hanno guidato la selezione degli articoli sono stati i seguenti:

- pubblicazione entro gli ultimi due anni (dal 2024 al 2025);
- lingua inglese;
- peer review;
- full text;
- studi qualitativi e quantitativi, review narrative, review sistematiche e meta-analisi;
- letteratura grigia di specifico interesse;
- campioni LGBTQIA+;
- interventi CBT;
- interventi CBT integrati con compassion;
- interventi riconducibili alla Compassion Focused Therapy.

3.4. Selezione degli studi o risultati di ricerca

Attraverso la stringa di ricerca avanzata sono stati individuati 145 articoli potenzialmente rilevanti, di cui 24 su PubMed, 86 su Scopus e 35 disponibili tramite Google Scholar.

Eventuali record duplicati sono stati identificati e uniti grazie al software Zotero.

65 lavori sono stati scartati per la non disponibilità di full text, 59 invece sono stati giudicati non appropriati sulla base di titolo e abstract o perché non corrispondenti ai criteri di inclusione.

I motivi di esclusione degli articoli riguardavano la non attinenza con il topic di ricerca; l'assenza di interventi CBT o CFT e la mancanza del full text.

Alla fine della selezione gli studi inclusi in questa review sono 21.

La procedura di selezione delle fonti di ricerca è illustrata nel modello PRISMA in Figura 3.

3.5. Caratteristiche degli studi inclusi

Gli articoli selezionati per la presente review sono stati pubblicati tra il 2024 e il 2025 di cui il 60% nel 2024. Tali studi sono stati condotti nei seguenti paesi: Stati Uniti (11), Regno Unito (4), Australia (2), Nuova Zelanda (1), Cina (4), Germania (1), Austria (1), Portogallo (1), Romania (2), Canada (3), Malesia (1), Hong Kong (1), Porto Rico (1).

Sono stati inclusi studi eterogenei per disegno (trial randomizzati, studi pilota pre-post, case series, revisioni sistematiche/meta-analisi, studi osservazionali, contributi qualitativi e teorico-clinici), accomunati dal focus su interventi cognitivo-comportamentali e/o compassion-based rivolti a persone LGBTQIA+ o a sottogruppi specifici (ad es. uomini gay, minoranze sessuali femminili, persone transgender e gender diverse). Per quanto riguarda

l'approfondimento su tipologie di ricerca adottate, dimensioni del campione, età, interventi terapeutici impiegati si rimanda alle Tabelle 2 e 3.

4. Risultati

Di seguito vengono sintetizzati in chiave narrativa i principali elementi centrali emersi dall'analisi degli articoli. Nel fornire una panoramica si è scelto di dare rilievo a come la compassion/self-compassion può migliorare i benefici degli interventi CBT per la popolazione LGBTQIA+.

Si è scelto di operare una suddivisione per interventi e topic in modo da facilitare la lettura e dare coerenza all'organizzazione dei risultati.

Il primo raggruppamento comprende interventi CBT e CBT-affirmative. Entrando maggiormente in dettaglio troviamo gli studi di Lelutiu et al. (2025) i quali con 16 sessioni individuali di LGBTQ-affirmative CBT dimostrano forti riduzioni di depressione e ansia, inoltre migliorano anche alcuni processi di minority stress, di disregolazione emotiva, ruminazione, mancanza di assertività. Yi et al. (2024) conducono un RCT su un intervento i-CBT guidato e LGBTQ-affirmative dimostrando che la CBT online, adattata al minority stress, è praticabile con esiti favorevoli su sintomi interni (ansia/depressione) rispetto a condizioni di controllo. Lo studio è importante perché mostra la trasferibilità digitale del modello (anche in contesti non occidentali). Brown et al. (2024) conducono uno studio su un trattamento per disturbi alimentari LGBTQ-affirmative che mostra riduzioni clinicamente significative dei sintomi e miglioramento nella vergogna del corpo e in indicatori di resilienza, pur con un campione piccolo e senza gruppo di controllo. Greenberg et al. (2024) propongono lo studio di un intervento CBT guidato via app per BDD (Body Dysmorphic Disorder) efficace nel ridurre la severità del disturbo; dalle analisi di moderazione emerge inoltre che lo status di minoranza sessuale predice maggiori probabilità di risposta e remissione: sembrerebbe quindi che un formato digitale, meno stigmatizzante, possa essere particolarmente utile per gruppi marginalizzati. Infine Pachankis et al. (2025) conducono un RCT che confronta LGBTQ-affirmative CBT con supportive counselling in un campione previsto di 450 donne appartenenti a minoranza sessuale con problemi di abuso di alcol e diagnosi di disturbo depressivo e/o d'ansia. L'intervento CBT, erogato via *telehealth* in 10 sedute individuali, è basato sul protocollo unificato adattato al minority stress e mira simultaneamente a ridurre consumo alcolico rischioso e sintomi internalizzanti, oltre che a modificare processi come stigma interiorizzato, disforia sensibile al rifiuto (rejection sensitivity) e disregolazione emotiva. Trattandosi di un protocollo, non sono ancora disponibili risultati, ma il disegno rappresenta una delle prove più robuste e specifiche sull'integrazione di CBT transdiagnostica e prospettiva LGBTQ-affirmative nelle minoranze sessuali femminili.

Anche le review e meta-analisi sugli interventi psicosociali in sexual and gender minorities mostrano benefici comparabili, soprattutto quando il trattamento è strutturato, di orientamento cognitivo-comportamentale e incorpora in qualche misura concetti di minority stress. Nello specifico Dunn et al. (2025) mostrano effetti favorevoli (piccoli-moderati) su depressione e ansia rispetto a condizioni di controllo/TAU, con qualche mantenimento al follow-up. Yang et al. (2024) mostrano che, nel complesso, i trattamenti psicosociali producono riduzioni significative dei sintomi depressivi rispetto ai controlli; gli effetti su

ansia/distress sono più eterogenei, ma generalmente favorevoli quando l'intervento è affermativo e strutturato (es. CBT di gruppo, scrittura espressiva strutturata).

Wei et al. (2025) allo stesso modo mettono in evidenza come gli interventi psicosociali portano a miglioramenti piccoli-moderati in depressione e ansia; gli studi con maggiore struttura CBT e con elementi di coping al minority stress tendono ad avere esiti migliori.

Tudor-Sfetea & Topciu (2024) analizzano pochi RCT di alta qualità ma, nel complesso, la maggior parte degli interventi mostra miglioramenti dei sintomi; viene sottolineata la necessità di adattamenti culturalmente affermativi e di misurare processi come minority stress e stigma internalizzato.

Un secondo gruppo di studi introduce in modo esplicito interventi compassion-based rivolti a persone LGBTQIA+, spesso integrando elementi cognitivo-comportamentali con pratiche di Compassion-Focused Therapy (CFT), mindfulness e acceptance.

Il programma di gruppo Free2Be (Seabra et al., 2024) propone un intervento per adulti che si identificano come minoranza sessuale il quale integra mindfulness, acceptance (ACT) e compassion/self-compassion all'interno di un framework CBT e del minority stress model. I risultati indicano buoni livelli di fattibilità (aderenza soddisfacente, dropout contenuti) e accettabilità, oltre a riduzioni di depressione, ansia e distress generale. In parallelo, vengono osservati incrementi di mindfulness, self-compassion e credenze più affermative rispetto alla propria identità sessuale. Nel trial randomizzato CMT-GM - Compassionate Mind Training for Gay Men - (Wong & Kung, 2025) uomini gay adulti vengono assegnati a un programma ibrido (seminario di gruppo + 30 giorni di pratica guidata quotidiana) o a una condizione di controllo. L'intervento produce riduzioni significative di distress psicologico, autocritica e vergogna, accompagnate da incrementi di self-compassion e senso di sicurezza relazionale. Gli effetti, di ampiezza da moderata a elevata, si mantengono a breve follow-up, suggerendo che un training di compassione esplicitamente tarato su vissuti di minority stress e auto-stigma può rappresentare un potente complemento alle strategie CBT tradizionali. A livello di sintesi quantitativa, una meta-analisi sugli interventi rivolti alla vergogna (shame) nelle popolazioni LGBTQ+ (Järvinen, 2025) segnala un effetto complessivo di riduzione piccolo-moderato della stessa, tuttavia evidenzia che gli interventi primariamente compassion-focused mostrano effetti sensibilmente più ampi rispetto ad altre tipologie come la CBT non focalizzata sulla compassion. Questo dato sostiene l'idea che la compassion sia particolarmente indicata per affrontare le dimensioni di vergogna, autocritica e stigma interiorizzato, che costituiscono nodi centrali nei modelli di minority stress.

Sono inoltre in via di sperimentazione microinterventi di *Compassion* di una singola sessione (Helminen et al., 2024) che mirano a modulare la reattività fisiologica ed emotiva a compiti di stress sociale legati al minority stress. Pur in assenza di risultati completi, queste linee di ricerca indicano la fattibilità di integrare componenti di compassion anche in contesti sperimentali intensivi e a basso carico.

Una terza famiglia di studi, di natura principalmente osservazionale, esamina il ruolo della self-compassion e del senso di sicurezza relazionale (social safeness) come processi associati a salute mentale e minority stress in persone LGBTQIA+.

Alcuni lavori (Sun et al., 2024) indicano che mindfulness e self-compassion moderano l'associazione tra minority stress e distress psicologico: l'impatto dello stress sulle variabili

di outcome (depressione, ansia) risulta attenuato nelle persone che riferiscono livelli più elevati di queste risorse.

Studi che scompongono la self-compassion in componenti positive (self-warmth, self-reassurance) e negative (self-coldness, autocritica ostile) mostrano che le prime sono associate a minori sintomi depressivi, mentre le seconde predicono un maggiore livello di depressione (Skipper & McLaren, 2024).

Infine, alcune ricerche (Poetar & Crit, 2024) integrano costrutti classici della CBT (come le credenze irrazionali) con la self-compassion, evidenziando che quest'ultima può mediare l'effetto delle credenze disfunzionali su ansia e depressione: a parità di irrazionalità, livelli più alti di self-compassion si associano a una minore sintomatologia.

Nel complesso, queste evidenze descrivono la self-compassion e la sicurezza relazionale come processi protettivi chiave nel legame tra minority stress e psicopatologia.

Un ultimo raggruppamento è dedicato agli studi relativi alle esperienze degli/delle utenti nei servizi di salute mentale e alle prospettive dei terapeuti CBT allo scopo di fornire un contesto importante entro cui collocare gli interventi descritti.

In diversi servizi pubblici (ad es. programmi IAPT/Talking Therapies nel Regno Unito), le persone a minoranza sessuale riferiscono che il proprio orientamento e i vissuti di minority stress vengono spesso poco esplorati o trattati in modo implicito e che la competenza LGBTQ dei terapeuti è variabile. Analisi di dati di routine suggeriscono che alcuni sottogruppi (ad es. persone bisessuali o pluri-orientate) possono ottenere tassi di recovery inferiori rispetto ai pazienti eterosessuali, nonostante l'accesso agli stessi protocolli CBT (Mackay et al., 2025).

Servizi specificamente LGBTQ-affirmative (inclusi CBT) risultano poco diffusi nel settore pubblico, con maggiore presenza nel terzo settore e online. Vengono sottolineati bisogni di formazione specifica, percorsi dedicati e modelli ibridi digitali (Broadway-Horner, 2024).

Dal punto di vista dei terapeuti emergono difficoltà legate all'integrazione di identità sessuale/genere nella concettualizzazione CBT, alla gestione del rischio di micro-aggressioni non intenzionali e alla collocazione dello stigma sociale all'interno della formulazione del caso. Terapeuti che fanno riferimento esplicito al modello del minority stress e a prospettive intersezionali riportano un'esperienza clinica più coerente con i bisogni dei/delle clienti SGM, ma raramente utilizzano un linguaggio esplicito di compassion o strumenti CFT strutturati (Shali, 2024).

Studi qualitativi sugli obiettivi di trattamento in CBT-affirmative (Brisbin et al., 2025) mostrano che i/le pazienti formulano scopi di terapia che intrecciano costantemente la riduzione dei sintomi con la ricostruzione di un rapporto di migliore accettazione della propria identità sessuale, la riduzione dei comportamenti di coping disfunzionale e il miglioramento di relazioni intime e comunitarie. Questi obiettivi sono fortemente consoni con i focus tipici della CFT (vergogna, autocritica, sicurezza, appartenenza), questo suggerisce un'importante zona di sovrapposizione tra bisogni espressi dall'utenza e potenzialità degli approcci compassion-based.

Altri contributi teorico-clinici (Jennings et al., 2024) propongono raccomandazioni LGBTQ-affirmative per disturbi come la Compulsive Sexual Behavior Disorder, riorientando la CBT da una logica di "correzione" dell'orientamento a una centrata su consenso, valori, funzionamento e riduzione di vergogna/stigma, ma senza ancora dati di outcome.

5. Discussione

L'obiettivo di questa review narrativa era esplorare in che modo la compassion e, in generale gli approcci compassion-focused, contribuiscono a potenziare i benefici degli interventi cognitivo-comportamentali rivolti alle minoranze sessuali e di genere. Nel complesso, i risultati suggeriscono che la CBT – soprattutto quando formulata in chiave affermativa e tenendo in considerazione il modello del minority stress – costituisce una base solida per la riduzione della sintomatologia internalizzante nelle popolazioni LGBTQIA+ (Dunn et al., 2025; Tudor-Sfetea & Topciu, 2024; Wei et al., 2025; Yang et al., 2024). Allo stesso tempo, emergono indicazioni convergenti sul fatto che la self-compassion, la sicurezza relazionale e la riduzione della vergogna rappresentino processi cruciali per la salute mentale di queste popolazioni, e che gli interventi compassion-based possano incidere in modo particolarmente incisivo su tali dimensioni, aggiungendo qualcosa che la CBT – da sola – tende a trattare solo implicitamente (Järvinen, 2025; Seabra et al., 2024; Skipper & McLaren, 2024; Sun et al., 2024; Wong & Kung, 2025). Emergono quindi tre punti centrali:

1. La CBT, quando è LGBTQ-affirmative e tiene conto del minority stress, è efficace, ma tradizionalmente focalizzata su sintomi e cognizioni, e meno esplicitamente sulle dimensioni di vergogna, autocritica e sicurezza relazionale (Brown et al., 2024; Greenberg et al., 2024; Lelutiu-Weinberger et al., 2025; Pachankis et al., 2025; Yi et al., 2024).
2. Gli interventi compassion-focused specifici per popolazioni LGBTQIA+ mostrano segnali convergenti di grande potenziale nel ridurre vergogna, autocritica e paura della compassion e aumentare self-reassurance, social safeness e accettazione di sé con impatti significativi anche su depressione, ansia e distress (Helminen et al., 2024; Järvinen, 2025; Seabra et al., 2024; Wong & Kung, 2025).
3. Gli studi correlazionali indicano che self-compassion e social safeness sono processi di mediazione e moderazione cruciali nel legame tra minority stress e psicopatologia (Poetar & Criț, 2024; Skipper & McLaren, 2024; Sun et al., 2024). Questo rende plausibile ipotizzare che integrare in modo esplicito componenti di Compassion Focused Therapy all'interno di interventi CBT-affirmative possa potenziare i benefici della CBT a tre livelli: 1) riducendo la vulnerabilità ai contesti stigmatizzanti; 2) modificando pattern di auto-relazione dolorosi (auto-odio, auto-svalutazione); 3) promuovendo una relazione con sé stessi e con gli altri più sicura, calda e coerente con i propri valori identitari (Dunn et al., 2025; Järvinen, 2025; Seabra et al., 2024; Wong & Kung, 2025; Yang et al., 2024).

I risultati si mostrano quindi a favore di modelli transdiagnostici integrati CBT + CFT, in cui la compassion non sia solo un "ingrediente accessorio", ma un vero e proprio meccanismo di cambiamento prioritario per gli interventi rivolti alle minoranze sessuali e di genere (Järvinen, 2025; Seabra et al., 2024; Wong & Kung, 2025).

In questa prospettiva, l'ipotesi centrale che emerge è che la compassion – e in particolare il training sulla relazione con sé stessi e sulla ricerca di sicurezza – possa fornire un livello

aggiuntivo di intervento che va oltre la ristrutturazione cognitiva e l'esposizione: lavorare non solo su "ciò che penso" e "cosa faccio", ma su *come* mi rivolgo a me stessa di fronte al dolore prodotto dal minority stress.

Queste evidenze di processo suggeriscono che intervenire in modo mirato sulla qualità del dialogo interno, sul modo in cui la persona LGBTQIA+ risponde a sé stessa quando sperimenta rifiuto, discriminazione o vergogna, possa essere cruciale per "interrompere" il percorso che dal minority stress conduce alla psicopatologia (Poetar & Crit, 2024; Skipper & McLaren, 2024; Sun et al., 2024). La compassion, in altre parole, appare come un fattore di resilienza modulabile, che la CBT può contribuire a potenziare se integrata con strategie specifiche di CFT.

Inoltre, gli approcci CFT possono offrire un linguaggio e una serie di tecniche utili a colmare un vuoto: aiutano terapeuti e pazienti a nominare e trattare direttamente il senso di difettosità, l'auto-odio, la paura di essere visti che emergono dall'esperienza ripetuta di stigma (Mackay et al., 2025; Seabra et al., 2024; Shali, 2024; Wong & Kung, 2025). Integrare tali elementi in protocolli CBT-affirmative potrebbe quindi rispondere più pienamente ai bisogni che gli stessi pazienti esprimono, includendo obiettivi espliciti di accettazione e riconciliazione con la propria identità oltre alla riduzione dei sintomi (Mackay et al., 2025; Shali, 2024).

Dal punto di vista clinico, i risultati di questa review suggeriscono diverse implicazioni operative:

- Gli interventi CBT rivolti a persone LGBTQIA+ dovrebbero essere sistematicamente strutturati inquadrando all'interno il modello minority stress, includendo fin dalla concettualizzazione del caso il ruolo di stigma, rifiuto, omofobia/transfobia interiorizzata e concealment (Lelutiu-Weinberger et al., 2025; Mackay et al., 2025; Shali, 2024; Yang et al., 2024).
- La self-compassion e la social safeness possono essere concettualizzate come processi transdiagnostici: ha senso valutarle all'inizio del trattamento e monitorarle come possibili mediatori degli esiti, soprattutto in presenza di elevata vergogna e auto-critica (Poetar & Crit, 2024; Skipper & McLaren, 2024; Sun et al., 2024).
- L'integrazione di moduli CFT (es. psicoeducazione sul "cervello complicato", esercizi di *soothing rhythm breathing*, sviluppo del sé compassionevole, lavoro sull'autocritica e sulla vergogna) all'interno della CBT-affirmative, come già indicato, potrebbe contribuire, a:
 - ridurre la vulnerabilità agli effetti del minority stress,
 - trasformare pattern di auto-valutazione punitivi,
 - rafforzare un senso di identità sessuale/genere vissuto come degno, legittimo e meritevole di cura

(Helminen et al., 2024; Järvinen, 2025; Seabra et al., 2024; Wong & Kung, 2025).

- In termini di setting, l'evidenza disponibile mostra che tali interventi possono essere erogati in formato individuale, di gruppo e digitale, offrendo opzioni flessibili per aumentare l'accessibilità, in particolare in contesti ad elevato stigma o scarsità di servizi LGBTQIA+ competenti (Greenberg et al., 2024; Lelutiu-Weinberger et al., 2025; Seabra et al., 2024; Wong & Kung, 2025; Yi et al., 2024).

5.1. Limiti delle evidenze e prospettive future

Le evidenze esaminate presentano diversi limiti: molti studi sono pilota con campioni piccoli, assenza di gruppi di controllo o follow-up brevi (Brown et al., 2024; Lelutiu-Weinberger et al., 2025; Seabra et al., 2024); le meta-analisi soffrono di eterogeneità elevata in termini di popolazioni, setting e contenuti degli interventi (Dunn et al., 2025; Järvinen, 2025; Wei et al., 2025; Yang et al., 2024); gli studi specificamente compassion-focused in popolazioni LGBTQIA+ sono ancora relativamente pochi (Helminen et al., 2024; Seabra et al., 2024; Wong & Kung, 2025). Inoltre, la maggior parte delle ricerche è condotta in contesti occidentali o urbanizzati, spesso con campioni prevalentemente bianchi, cisgender e giovani adulti, con un rischio di bias di rappresentatività (Dunn et al., 2025; Greenberg et al., 2024; Skipper & McLaren, 2024; Sun et al., 2024).

Alla luce di questi limiti, future ricerche dovrebbero:

- sviluppare e testare protocolli integrati CBT + CFT esplicitamente disegnati per diverse sottopopolazioni LGBTQIA+ (es. adolescenti transgender, persone non-binary, persone bisessuali/pluri-orientate, persone LGBTQIA+ di minoranze etniche e religiose) (Helminen et al., 2024; Järvinen, 2025; Seabra et al., 2024; Wong & Kung, 2025);
- condurre trial randomizzati controllati di più ampia scala, con follow-up a medio-lungo termine, per valutare l'efficacia incrementale di moduli compassion-focused rispetto alla CBT-affirmative standard (Dunn et al., 2025; Pachankis et al., 2025; Wong & Kung, 2025);
- includere sistematicamente misure di self-compassion, social safeness, vergogna e autocritica come processi di cambiamento, in modo da chiarire meglio i meccanismi attraverso cui CBT e CFT producono esiti positivi (Poetar & Criț, 2024; Skipper & McLaren, 2024; Sun et al., 2024);
- esplorare adattamenti digitali e ibridi (online + contatto umano) per aumentare l'accessibilità degli interventi in contesti ad alto stigma o con scarsa disponibilità di servizi specialistici (Greenberg et al., 2024; Lelutiu-Weinberger et al., 2025; Wong & Kung, 2025; Yi et al., 2024).

6. Conclusioni

Nel complesso, questa review suggerisce che la compassion – e in particolare gli approcci compassion-focused – ha il potenziale per implementare e completare gli interventi CBT per le minoranze sessuali e di genere (Helminen et al., 2024; Järvinen, 2025; Seabra et al., 2024; Wong & Kung, 2025). Se la CBT-affirmative rappresenta una base efficace per lavorare su sintomi e schemi cognitivi/comportamentali (Dunn et al., 2025; Tudor-Sfetea & Topciu, 2024; Wei et al., 2025; Yang et al., 2024), la compassion sembra offrire un contributo specifico nel sanare le ferite prodotte dallo stigma: la vergogna, l'auto-odio, la sensazione di non meritare cura o appartenenza (Järvinen, 2025; Skipper & McLaren, 2024).

Integrare CBT e CFT in chiave LGBTQ-affirmative non significa sostituire la CBT, ma arricchirla: mantenere le sue componenti di efficacia dimostrata (monitoraggio, ristrutturazione cognitiva, esposizione, problem solving), e allo stesso tempo introdurre un lavoro esplicito sulla relazione con sé stessi e sul bisogno di sicurezza che nasce da una vita trascorsa all'interno di contesti potenzialmente stigmatizzanti (Mackay et al., 2025; Seabra et al., 2024; Shali, 2024; Wong & Kung, 2025). In questa integrazione risiede, probabilmente, una delle strade più promettenti per costruire interventi psicologici realmente all'altezza delle complessità e dei bisogni delle persone LGBTQIA+ (Dunn et al., 2025; Helminen et al., 2024; Pachankis et al., 2025; Wong & Kung, 2025).

6. Tabelle

Tabella 1 | PICO

Categoria		Descrizione
P	Problema Paziente/Popolazione	Popolazione LGBTQIA+ / Minoranze sessuali
I	Intervento	Compassion Focus Therapy
C	Confronto	Terapia Cognitivo - Comportamentale
O	Risultati	Incremento benessere psicologico

Tabella 2 | Caratteristiche degli studi inclusi - dati

Studio	Anno	Paese della ricerca (contesto)	Dimensioni del campione	Età
Brisbin et al.	2025	USA	N = 94	18–35; M ≈ 26,3
Broadway-Horner	2024	Regno Unito, Australia	7 studi	Giovani (14–29) e adulti LGBTQ
Brown et al.	2024	USA	N = 14	18–64
Dunn et al.	2025	USA, Canada, NZ, Cina, Inghilterra	14 studi; N = 414	16,5–44,5 (medie per studio)
Greenberg et al.	2024	USA	N = 74 (RCT 80)	M = 27,1
Helminen et al.	2024	USA	N previsto = 80	≥18
Järvinen	2025	USA, UK, Malesia, Portogallo	10 studi (9 in meta-analisi)	Medie 20–33 (giovani adulti)
Jennings et al.	2024	USA e Canada	Nessun campione	–
Lelutiu-Weinberger et al.	2025	Romania	N = 25 (22 follow-up)	M = 25,16
Mackay et al.	2025	Regno Unito	11 studi	Adulti (16–90) e giovani in DBT CAMHS (~16–17)
Pachankis et al.	2025	USA	N previsto = 450	≥18
Poetar & Criț	2024	Romania	N = 304	M = 22,65
Seabra et al.	2024	Portogallo	N = 18 (14 presenti; 10 completi)	M = 30,80
Shali	2024	USA, Porto Rico	7 studi	Adolescenti e adulti
Skipper & McLaren	2024	Affiliazioni in Australia; campione da 49 paesi	N = 830	Donne: M = 30,21; uomini: M = 32,20
Sun et al.	2024	USA	N = 307	18–35; M = 26,85
Tudor-Sfetea & Topciu	2024	Regno Unito	16 studi	Adolescenti e adulti (a seconda degli studi)
Wei et al.	2025	USA, Cina, Austria+Germania, Canada	14 studi; N = 2.676	~15–34 (principalmente adolescenti/giovani adulti)
Wong & Kung	2025	Hong Kong	N randomizzati = 182 (145 analisi)	M = 35,38 (20–61)
Yang et al.	2024	Cina	18 studi (14 RCT; ~N = 1103)	18–70 (medie 22,44–46,68)
Yi et al.	2024	Cina	N = 120	16–30; M = 23,22

Tabella 3 | Caratteristiche degli studi inclusi - interventi*

Studio	Tipologia di ricerca	Intervento terapeutico
Brisbin et al.	Studio qualitativo (directed content analysis) su obiettivi di trattamento, analisi secondaria del braccio CBT di un RCT	Transdiagnostic LGBTQ-affirmative CBT individuale
Broadway-Horner	Mixed-method systematised review (MMRS)	Diversi interventi: e-CBT LGB-affirmative, gruppi CBT, counselling, NHS
Brown et al.	Studio pilota case series monobraccio, mixed-methods	PRIDE: trattamento SM-affirmative per ED che integra CBT-E + CBT SM-affirmativa
Dunn et al.	Revisione sistematica + meta-analisi preliminare	CBT standard e CBT LGBTQ-adapted / minority-stress-informed
Greenberg et al.	Analisi secondaria di RCT randomizzato con lista d'attesa	App-based CBT per BDD ("Perspectives") con coach
Helminen et al.	RCT a due bracci, protocollo	Singola sessione (40 min) di compassion microintervention CFT-based vs no-training control
Järvinen	Revisione sistematica + meta-analisi	Interventi compassion-focused, CBT-based, resilience-based, somatic
Jennings et al.	Articolo teorico / revisione narrativa	Raccomandazioni per LGBTQ-affirmative CBT e adattamento di interventi evidence-based per CSBD
Lelutiu-Weinberger et al.	Studio pilota, trial a braccio singolo	LGBTQ-affirmative CBT basata su Unified Protocol, fino a 16 sedute
Mackay et al.	Revisione sistematica + sintesi narrativa	Vari interventi "real world" (CBT/Talking Therapies, counselling, DBT, gruppi wellbeing LGBTQ+)
Pachankis et al.	RCT a due bracci, protocollo di studio	10 sedute individuali di LGBTQ-affirmative CBT (Unified Protocol + minority stress) vs 10 sedute di supportive counselling
Poetar & Critj	Studio osservazionale trasversale	Nessun intervento (minority stress, credenze irrazionali, self-compassion, ansia/depressione)
Seabra et al.	Studio non randomizzato, monobraccio, pre-post, mixed-method	Intervento di gruppo affirmativo "Free2Be": mindfulness, ACT, compassion/self-compassion (CFT/MSC), minority stress model
Shali	Revisione sistematica qualitativa	CBT standard, transgender-affirmative CBT, CBT culturalmente/adattata
Skipper & McLaren	Studio osservazionale trasversale	Nessun intervento (self-warmth, self-coldness, depressione)
Sun et al.	Studio osservazionale trasversale	Nessun intervento (minority stress, emotion dysregulation, mindfulness, self-compassion, depressione/ansia)
Tudor-Sfetea & Topciu	Revisione sistematica con sintesi narrativa (SWIM)	CBT (11), DBT (2), ACT (1), mindfulness-based (2)
Wei et al.	Revisione sistematica + meta-analisi	CBT-based, psicoeducazione, espressive writing, DBT, mindfulness, online self-help
Wong & Kung	RCT a due bracci (CMT-GM vs nessun training), follow-up 1 mese	Compassionate Mind Training for Gay Men
Yang et al.	Revisione sistematica + meta-analisi (solo RCT)	CBT/CBSM, psicoeducazione, mindfulness-based, expressive writing
Yi et al.	RCT parallelo	Guided internet-based LGBTQ-affirmative CBT

*Gli studi evidenziati riportano concetti di compassion/self compassion.

7. Figure

Figure 1 | Minority stress processes in lesbian, gay, and bisexual populations (Meyer, 2003)

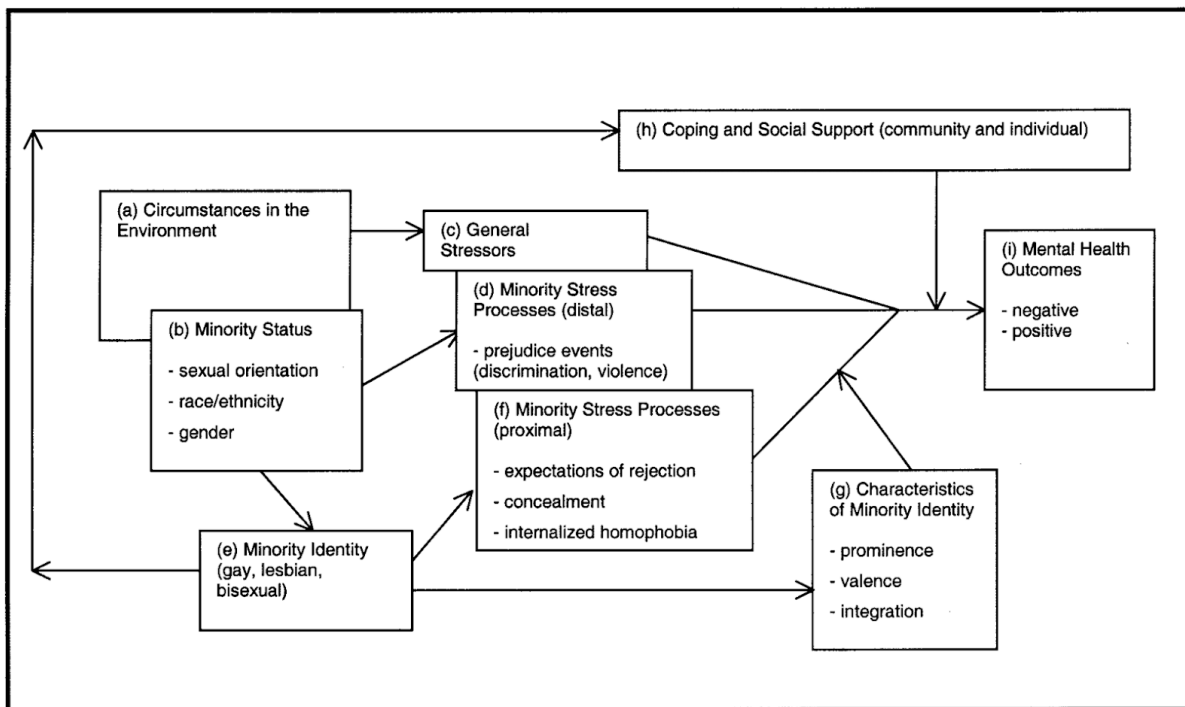


Figure 2 | Guidelines for Psychological Practice with Sexual Minority Persons (APA, 2021)

FOUNDATIONAL KNOWLEDGE AND AWARENESS

- **Guideline 1.** Psychologists understand that people have diverse sexual orientations that intersect with other identities and contexts.
- **Guideline 2.** Psychologists distinguish issues of sexual orientation from those of gender identity and expression when working with sexual minority persons.
- **Guideline 3.** Psychologists strive to affirm bi+ identities and examine their monosexist biases.
- **Guideline 4.** Psychologists understand that sexual minority orientations are not mental illnesses, and that efforts to change sexual orientations cause harm.

IMPACT OF STIGMA, DISCRIMINATION, AND SEXUAL MINORITY STRESS

- **Guideline 5.** Psychologists recognize the influence of institutional discrimination that exists for sexual minority persons, and the need to promote social change.
- **Guideline 6.** Psychologists understand the influence that distal minority stressors have on sexual minority persons, and the need to promote social change.
- **Guideline 7.** Psychologists recognize the influence that proximal minority stressors have on the mental, physical, and psychosocial health of sexual minority persons.
- **Guideline 8.** Psychologists recognize the positive aspects of being a sexual minority person, and the individual and collective ways that sexual minority persons display resilience and resistance to stigma and oppression.

RELATIONSHIPS AND FAMILY

- **Guideline 9.** Psychologists strive to be knowledgeable about and respect diverse relationships among sexual minority persons.
- **Guideline 10.** Psychologists recognize the importance and complexity of sexual health in the lives of sexual minority persons.
- **Guideline 11.** Psychologists strive to understand sexual minority persons' relationships with their families of origin, as well as their families of choice.
- **Guideline 12.** Psychologists strive to understand the experiences, challenges, and strengths faced by sexual minority parents and their children.

EDUCATION AND VOCATIONAL ISSUES

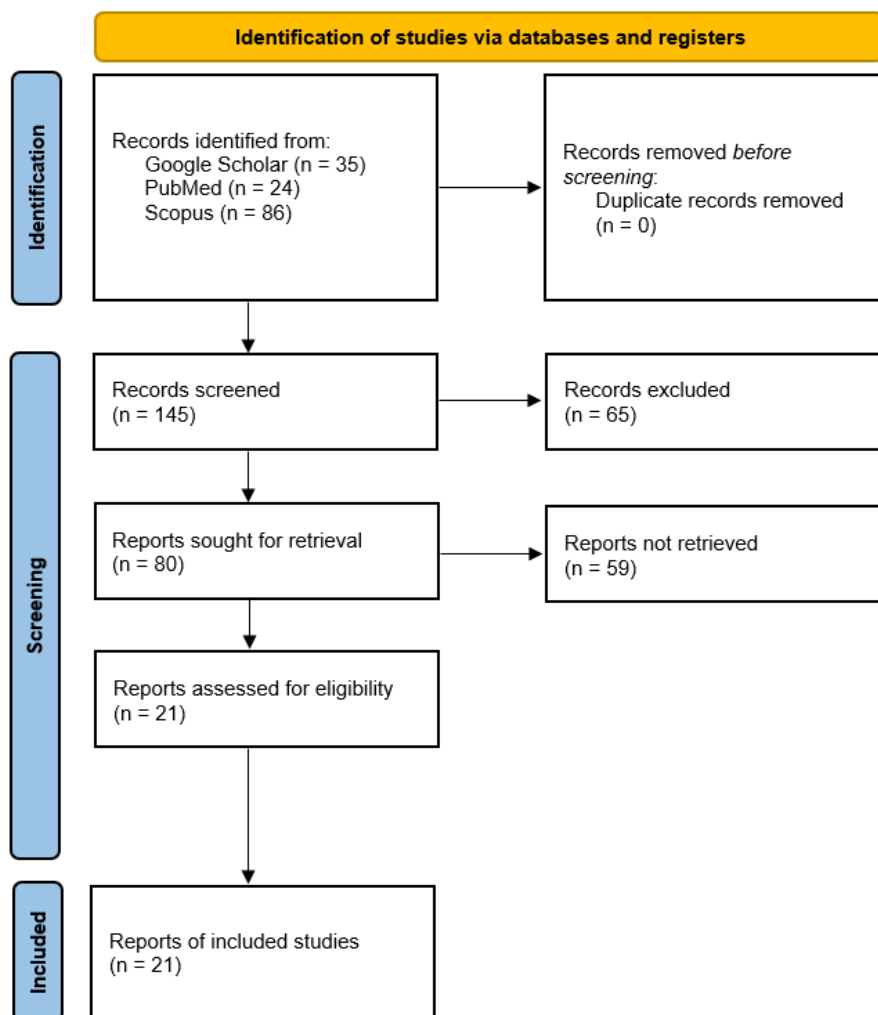
- **Guideline 13.** Psychologists strive to understand the educational and school system experiences that impact sexual minority students in K-12 and college/university settings.
- **Guideline 14.** Psychologists strive to understand career development and workplace issues for sexual minority persons.

PROFESSIONAL EDUCATION, TRAINING, AND RESEARCH

- **Guideline 15.** Psychologists strive to educate themselves and others on psychological issues relevant to sexual minority persons, and to utilize that knowledge to improve training programs and educational systems.
- **Guideline 16.** Psychologists strive to take an affirming stance toward sexual minority persons and communities in all aspects of planning, conduct, dissemination, and application of research to reduce health disparities and promote psychological health and well-being.

Figura 3 | PRISMA

PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only



Source: Page MJ, et al. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71.

This work is licensed under CC BY 4.0.

To view a copy of this license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

8. Bibliografia

Aslam, S., & Emmanuel, P. (2010). Formulating a researchable question: A critical step for facilitating good clinical research. *Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS*, 31(1), 47–50. <https://doi.org/10.4103/0253-7184.69003>

American Psychological Association, APA Task Force on Psychological Practice with Sexual Minority Persons. (2021). *Guidelines for psychological practice with sexual minority persons*. <https://www.apa.org/about/policy/psychological-practice-sexual-minority-persons.pdf>

Brisbin, C. D., Soulliard, Z. A., Puccinelli, M., Harkness, A., Fetzner, B. K., Safren, S. A., & Pachankis, J. E. (2025). Treatment Goals of Sexual Minority Men in LGBTQ-Affirmative CBT. *Cognitive and Behavioral Practice*, 32(2), 181–193. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2023.12.002>

Broadway-Horner, M. (2024). Where are services regarding sexual minorities and psychological therapies post-COVID in 2024? A mixed-method systematised review. *Mental Health and Social Inclusion*, 28(6), 1239–1252. <https://doi.org/10.1108/MHSI-03-2024-0039>

Brown, T. A., Klimek-Johnson, P., Siegel, J. A., Convertino, A. D., Douglas, V. J., Pachankis, J., & Blashill, A. J. (2024). Promoting Resilience to Improve Disordered Eating (PRIDE): A case series of an eating disorder treatment for sexual minority individuals. *International Journal of Eating Disorders*, 57(3), 648–660. <https://doi.org/10.1002/eat.24150>

Dunn, I. B. J. M. D., Power, E., Casey, L. J., & Wootton, B. M. (2025). Cognitive behavioural therapy for internalizing symptoms in LGBTQ+ people: A preliminary meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 54(2), 246–275. <https://doi.org/10.1080/16506073.2024.2434021>

Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *The British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6–41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>

Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353–379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>

Greenberg, J. L., Weingarden, H., Hoepfner, S. S., Berger-Gutierrez, R. M., Klare, D., Snorrason, I., Costilla-Reyes, O., Talbot, M., Daniel, K. E., Vanderkruik, R. C., Solar-Lezama, A., Harrison, O., & Wilhelm, S. (2024). Predicting response to a smartphone-based cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 355, 106–114. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.03.044>

Helminen, E. C., Behari, K., & Scheer, J. R. (2024). A compassion microintervention targeting stress reactivity among sexual minority women and transgender/nonbinary people: Study protocol for a randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials*, 145. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2024.107660>

Järvinen, R. E. (2025). *Intervention effectiveness with shame among LGBTQ+ individuals: A systematic review and meta-analysis* [Unpublished master's thesis]. Lund University. <https://lup.lub.lu.se/student-papers/search/publication/9195539>

Jennings, T. L., Gleason, N., Pachankis, J. E., B\Hothe, B., & Kraus, S. W. (2024). LGBTQ-affirming clinical recommendations for compulsive sexual behavior disorder. *Journal of Behavioral Addictions*, 13(2), 413–428.

Lelutiu-Weinberger, C., Filimon, M. L., Chiaramonte, D., Leonard, S. I., Dogaru, B., Pana, E., Pruneanu, C., & Pachankis, J. E. (2025). A pilot trial of an LGBTQ-affirmative cognitive-behavioral therapy for transgender and gender expansive individuals' mental, behavioral, and sexual health. *Behavior Therapy*, 56(4), 723–737. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.10.005>

Mackay, L., Lin, C., Schlieff, M., Osborn, D., & Killaspy, H. (2025). The Experiences of Sexual Minority Service Users and Staff in Statutory Mental Health Services in the United Kingdom: A Systematic Review and Narrative Synthesis. *medRxiv*, 2025.09.05.25335187. <https://doi.org/10.1101/2025.09.05.25335187>

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. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>

Montano, A., & Rubbino, R., (2021). *Manuale di Psicoterapia per la popolazione LGBTQIA+ Aspetti socio-culturali, modelli teorici e protocolli di intervento*, Trento: Erickson.

Page M. J., McKenzie J. E., Bossuyt P. M., Boutron I., Hoffmann T. C., Mulrow C. D., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 71, 372.

Pachankis, J., Chiaramonte, D., Scheer, J. R., Ankrum, H., Eisenstadt, B., Hobbs, R., Baldwin, H., Kidd, J. D., Witkiewitz, K., Esserman, D. A., Plourde, K., Drabble, L., & Hughes, T. (2025). Randomised controlled trial of LGBTQ-affirmative cognitive-behavioural therapy for sexual minority women's minority stress, mental health and hazardous drinking: Project EQUiP protocol. *BMJ Open*, 15(3). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-086738>

Rosario, V. A. (2003). An Interview with Judd Marmor, MD. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 7(4), 23–34. https://doi.org/10.1300/J236v07n04_03

Poetar, C.-R., & Criț, C. I. (2024). Minority Stress and Anxiety and Depressive Symptoms in Sexual Minority Adults: Irrationality and Self-Compassion as Serial Mediators. *Sexuality Research and Social Policy*, 21(3), 1014–1023. <https://doi.org/10.1007/s13178-023-00929-6>

Seabra, D., Gato, J., Petrocchi, N., & do Céu Salvador, M. (2024). Affirmative Mindfulness, Acceptance, and Compassion-Based Group Intervention for Sexual Minorities (Free2Be): A Non-Randomized Mixed-Method Study for Feasibility with Exploratory Analysis of Effectiveness. *Mindfulness*, 15(7), 1814–1830. <https://doi.org/10.1007/s12671-024-02403-9>

Shali, S. (2024). A systematic review of therapist perspectives on cognitive behavioral therapy with gender and sexual minorities. *Discover Psychology*, 4(1), 133. <https://doi.org/10.1007/s44202-024-00264-w>

Skipper, C. J., & McLaren, S. (2024). Self-Warmth, Self-Coldness, and Depressive Symptoms Among Sexual Minority Adults. *Journal of Bisexuality*, 24(4), 485–507. <https://doi.org/10.1080/15299716.2024.2346847>

Strauss, C., Lever Taylor, B., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F., & Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical Psychology Review*, 47, 15–27. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.004>

Sun, S., Guy, A. A., Murphy, M. J., Zelaya, D. G., Fernandez, Y., & Operario, D. (2024). Minority stress, mental health, and mindfulness and self-compassion as moderators among young sexual minority men: A moderated structural equation analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 33. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100804>

Tudor-Sfetea, C., & Topciu, R. (2024). A systematic review of evidence-based cognitive and/or behavioural interventions targeting mental health in LGBTQ+ populations. *Clinical Psychology in Europe*, 6(3), e11323. <https://doi.org/10.32872/cpe.11323>

Wei, S., Cheng, S. J., Li, J., Choi, E. P. H., & Wong, W. C. W. (2025). Effectiveness of psychosocial interventions to improve the mental health in men who have sex with men: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1612755. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1612755>

Wong, D. C. K., & Kung, K. T. F. (2025). Efficacy of Compassionate Mind Training for Gay Men (CMT-GM) in Improving Mental Health: A Randomized Controlled Trial with Mediation Analysis Evaluating a Novel Program. *Mindfulness*. <https://doi.org/10.1007/s12671-025-02655-z>

Yang, Y., Ye, Z., Li, W., Sun, Y., & Dai, L. (2024). Efficacy of psychosocial interventions to reduce affective symptoms in sexual and gender minorities: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Psychiatry*, 24(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05451-y>

Yi, M., Li, X., Chiaramonte, D., Sun, S., Pan, S., Soulliard, Z., Eisenstadt, B. E., Ljótsson, B., Hagaman, A., & Pachankis, J. (2024). Guided internet-based LGBTQ-affirmative cognitive-behavioral therapy: A randomized controlled trial among sexual minority men in China. *Behaviour Research and Therapy*, 181, Article 104605. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2024.104605>