



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione
Corso di laurea in Scienze Psicologiche Cognitive e Psicobiologiche**

Elaborato finale

Questioni di genere nella terapia con persone con disturbi alimentari

Gender issues in the therapy with people with eating disorders

Relatrice Prof.ssa Elena Faccio

Dipartimento di Filosofia, Sociologia,

Pedagogia e Psicologia Applicata (FISPPA)

Laureanda: Ilaria Santoni

Matricola: 2012378

Anno Accademico: 2022/2023

INDICE

	Pag.
CAPITOLO 1: INTRODUZIONE	3
CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI	9
2.1 Strategie di ricerca	9
2.2 Criteri di inclusione	9
2.3 Criteri di esclusione	10
2.4 Caratteristiche degli studi	10
CAPITOLO 3: RISULTATI	19
3.1 Descrizione dei temi	19
3.2 Relazione tra genere del terapeuta e trattamento dei disturbi alimentari	19
3.3 Tipi di terapia e caratteristiche del terapeuta nei disturbi alimentari	26
3.4 Racconti e testimonianze di pazienti	28
3.5 Prospettiva biosociale: genere e cultura, ambiente e cause	29
CAPITOLO 4: DISCUSSIONE	33
4.1 Implicazioni cliniche.	34
4.2 Limitazioni e sviluppi futuri	35
4.3 Conclusione	36
CAPITOLO 5: BIBLIOGRAFIA	39

CAPITOLO 1

INTRODUZIONE

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) o disturbi dell'alimentazione costituiscono un tipo di patologia caratterizzata da una alterazione delle abitudini alimentari e da un'eccessiva preoccupazione per il peso corporeo e per le forme del proprio fisico. I disturbi alimentari si manifestano maggiormente durante l'età adolescenziale e colpiscono soprattutto il sesso femminile. I comportamenti tipici di un disturbo dell'alimentazione sono: la diminuzione della quantità di cibo assunto, il digiuno, le crisi bulimiche (ingerire una notevole quantità di cibo in un breve lasso temporale), il vomito, l'uso di anoressizzanti, lassativi o diuretici allo scopo di controllare il peso, e un'eccessiva attività fisica.

I principali disturbi dell'alimentazione sono l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata (o binge eating disorder, BED); i manuali diagnostici, inoltre, descrivono anche altri disturbi correlati, come i disturbi della nutrizione (feeding disorders) e i disturbi alimentari sottosoglia, categoria utilizzata per descrivere quei pazienti che pur avendo un disturbo alimentare clinicamente significativo, non soddisfano i criteri per una diagnosi piena.

Anoressia e bulimia sono malattie complesse, determinate da condizioni di disagio psicologico ed emotivo, che quindi richiedono un trattamento sia del problema alimentare in sé che della sua natura psichica. L'obiettivo è quello di portare il paziente, attraverso terapie mirate a modificare i comportamenti e l'attitudine, a adottare soluzioni di gestione dei propri stress emotivi che non siano dannose per la propria salute e a ristabilire un equilibrato comportamento alimentare. Possono manifestarsi in persone di diverse età, sesso, provenienza sociale, ma sono solitamente più comuni in giovani donne in età compresa tra i 15 e i 25 anni.

Al centro del disordine alimentare, risultante dall'interazione di fattori biologici, genetici, ambientali, sociali, psicologici e psichiatrici, c'è da parte del paziente una ossessiva sopravvalutazione dell'importanza della propria forma fisica, del proprio peso e corpo e una necessità di stabilire un controllo su di esso. Tra le ragioni che portano allo sviluppo di comportamenti anoressici e bulimici, si evidenziano, oltre a una componente di familiarità (studi transgenerazionali e sui gemelli hanno dimostrato che i

disordini alimentari si manifestano con più probabilità tra i parenti di una persona già malata, soprattutto se si tratta della madre), l'influenza negativa da parte di altri componenti familiari e sociali, la sensazione di essere sottoposti a un eccesso di pressione e di aspettativa, o al contrario di essere fortemente trascurati dai propri genitori, il sentirsi oggetto di derisione per la propria forma fisica o di non poter raggiungere i risultati desiderati per problemi di peso e apparenza.

L'anoressia e la bulimia però possono anche dipendere dal fatto che l'individuo subisca situazioni particolarmente traumatiche, come violenze sessuali, drammi familiari, comportamenti abusivi da parte di familiari o di persone esterne, difficoltà ad essere accettati socialmente e nella propria famiglia. Uno dei motivi per cui una ragazza inizia a sottoporsi a una dieta eccessiva è la necessità di corrispondere a un canone estetico che premia la magrezza, anche nei suoi eccessi.

Il contrasto tra corpo reale e corpo desiderato, approfondito nel libro "Identità corporee" di Elena Faccio (2007), è tra le prime cause dell'insorgenza dei disturbi alimentari: l'importanza attribuita alla forma del proprio corpo è continuamente in evoluzione e dipende dall'intersezione tra come si percepisce l'individuo stesso e come è percepito da coloro che formano la sua cerchia sociale. Le immagini negative e distorte del proprio corpo, predominanti e centrali nello sviluppo dei disturbi alimentari, sono fortemente influenzate dall'intorno sociale e dall'approccio condiviso da quest'ultimo sulle tematiche di aspetto corporeo e forma fisica. Inoltre, le concezioni del proprio aspetto corporeo risultano impregnate delle visioni e delle concezioni storico culturali circa il corpo, che sono andate a consolidarsi gradualmente attraverso gli anni all'interno della società. Frequentemente, nella genesi e nello sviluppo di disturbi alimentari, la forma del corpo e l'aspetto fisico sono strettamente legati all'identità di un individuo e al valore attribuito al sé, direttamente proporzionale al valore attribuito alla propria forma fisica. L'aspetto corporeo concorre a definire il senso dell'identità personale. Il ruolo della cultura e l'influenza da essa esercitata sulle tematiche di percezione e valorizzazione del corpo sono di notevole importanza, in quanto costituiscono la base e lo sfondo del modo in cui ciascuno concepisce e si relaziona con la propria forma fisica. I valori condivisi culturalmente e radicati in una società sono estremamente e profondamente influenti nel contesto dello sviluppo dei disturbi alimentari. L'aspetto della relazione tra l'individuo e i significati e le attese sociali

attribuite al corpo determinano la forma e il valore dato alle immagini del proprio corpo. Il corpo è allo stesso tempo realtà biologica e fenomeno storico-culturale, manifestazione di rappresentazioni sociali rielaborate e interiorizzate, derivanti dalla cultura di appartenenza. Pertanto, i disturbi alimentari, come altri disturbi mentali, tendono a modificarsi in corrispondenza dei mutamenti delle condizioni storiche e sociali. Nella società contemporanea è possibile assistere allo sviluppo di un fenomeno di dismorfofobia generalizzata, a causa dell'eccessiva ed esasperante attenzione rivolta al corpo e alle sue forme. L'identità personale ha un carattere fortemente sociale e si basa sul riconoscimento del soggetto da parte del mondo esterno, il quale dipende in gran parte dell'apparenza fisica. Secondo la concezione dell'interazionismo, l'individuo è prima di tutto un essere sociale che compie continuamente un processo di integrazione tra la propria concezione di sé e la concezione che hanno gli individui per lui significativi: pertanto, l'identità personale è strettamente interconnessa con il modo in cui appariamo agli altri. La comunicazione con il proprio intorno sociale è costruita a partire da un linguaggio verbale e un linguaggio non verbale: l'aspetto fisico appartiene alla sfera non verbale di un'interazione e ne crea le premesse e le possibilità. Il modo in cui ci presentiamo agli altri, a partire dal nostro modo di vestire, determina conseguenze oggettivamente identificabili, quali la collocazione sociale, che definisce l'identità della persona. Il modo in cui concepiamo il nostro corpo è caricato notevolmente di significati emotivi, cognitivi e affettivi, determinati dalle relazioni con le figure significative del mondo esterno e dalla storia personale. Ciascun individuo reagisce in modo unico e personale alle influenze esercitate dalla cultura e dalla società: il grado di permeabilità di una persona di fronte alle norme estetiche e ai canoni sociali di bellezza determina la facilità o meno della eventuale insorgenza di un disturbo alimentare. Nei disturbi cognitivi dell'immagine corporea l'aspetto fisico e la forma del corpo, insieme al modo in cui l'individuo appare al mondo esterno, definiscono in maniera assoluta e totale il valore personale e dipendono in gran parte dall'esito delle interazioni con la società e con la cultura di appartenenza. Le percezioni distorte delle proprie forme corporee sono una conseguenza di insegnamenti culturali distorti e scorretti circa la visione del nostro corpo, i quali sono inevitabilmente divenuti punti di riferimento dominanti. Una caratteristica lampante dei disturbi alimentari è la forte aspirazione a una forma di auto-controllo e ferrea disciplina, nel tentativo esasperante di comandare e

dominare sulle forme del proprio corpo. Nella società attuale si assiste a un graduale allontanamento dalla concezione originaria del corpo come strumento utile per la vita e per il movimento: l'apparenza fisica diventa il fine ultimo dell'esistenza, attraverso l'aspirazione al corpo perfetto e ideale, che genera inevitabilmente una spirale di insoddisfazione e malcontento.

La relazione tra corpo, cibo e genere femminile, centrale nella genesi dei disturbi alimentari, è una relazione complessa e articolata, che riguarda aspetti sociologici, culturali, legati al contesto sociale ed al modo di costruire interattivamente l'esperienza del corpo. A tal proposito, il saggio di Sebastiano Benasso e Luisa Stagi "Ma una madre lo sa? La responsabilità della corretta alimentazione nella società neoliberale" (2018), analizza la questione dei disturbi alimentari evidenziando i legami tra genere femminile e ruolo della madre. Il saggio sottolinea il ruolo e il grado di responsabilità della figura materna nella gestione dell'equilibrio tra le spinte consumistiche e la ricerca di piacere attraverso il cibo da una parte e la dieta sana e controllata dall'altra. Emerge la forte influenza della concezione culturale dell'obbligo materno di assicurare il perfetto sviluppo psico-fisico dei propri figli, mediante una sana alimentazione. Di conseguenza, nella società contemporanea si assiste da un lato all'aumento della pressione al consumo, dall'altro all'esaltazione del corpo esile e magro, il quale rappresenta una manifestazione della corretta gestione del sé attraverso le pratiche alimentari. Nello sviluppo dei disturbi alimentari la famiglia riveste un ruolo centrale, in quanto rappresenta il punto di intersezione tra la società e l'individualità del soggetto: la famiglia esercita più o meno implicitamente un controllo della adeguatezza del corpo, trasmettendo una serie di abitudini alimentari. Inoltre, attualmente risulta particolarmente influente il ruolo delle pubblicità, le quali creano un contesto caratterizzato sia da forti spinte consumistiche, sia dall'ossessione per i rischi di un'alimentazione scorretta. Tuttavia, è fondamentale osservare come la colpevolizzazione delle madri nasconda le responsabilità della società e dell'ambiente, che sono invece le vere cause dell'aumento dei disturbi alimentari, su cui influiscono fattori genetici, ambientali, sociali, economici e culturali. Una vasta letteratura ha riflettuto su come i significati sociali e culturali collegati all'alimentazione servano a mantenere le divisioni di ruoli nella famiglia. Nutrire la famiglia è un tratto tradizionalmente ritenuto femminile (Erickson 2005). Le idee culturali sui ruoli materni

non costituiscono solo un possibile modo di interpretare il mondo sociale, bensì racchiudono una forza socializzatrice che inizia nell'infanzia e continua nell'età adulta (Singh 2004). L'interiorizzazione di ideali e aspettative sociali contribuisce al rafforzamento della concezione del così detto istinto materno, alla base del suo ruolo nella famiglia. Per molti anni i disturbi alimentari sono stati interpretati solamente come un problema di rapporto tra madre e figli. Le teorie psicanalitiche hanno sempre visto nei confini di affetto che passano con il cibo un problema di troppo o troppo poco affetto materno (Stagi 2002). Alcune di queste considerano le madri responsabili di aver indebolito il ruolo del padre di contenimento (Petti e Stagi 2015). Nel tentativo di spiegare la disfunzione della famiglia anoressico-bulimica è stata usata la figura della "madre cocodrillo": «una madre divorante che detta legge e non consente al padre di svolgere la sua funzione di regolatore del desiderio» (Recalcati 2002, 280-293). La questione dei disturbi alimentari si inserisce nell'attuale contesto della crisi della famiglia come conseguenza della disgregazione sociale che, a sua volta, causa il "problema dell'adolescenza" (Petti, Stagi 2015), esito di una società dell'incertezza che non riesce più a contenere la crisi identitaria dei giovani. Le donne sovrappeso sono considerate devianti dalla norma morale della magrezza femminile. I corpi che non soddisfano l'ideale fisico femminile sono percepiti come corpi indisciplinati e bisognosi di controllo (Yancey et al. 2006 cit. in Maher et al. 2010).

L'obiettivo di questo elaborato è quello di indagare e approfondire la questione inerente al genere in terapia e la relazione di quest'ultima con il trattamento dei disturbi alimentari, collocata all'interno del contesto socio-culturale contemporaneo appena approfondito. Intende osservare come il genere femminile o maschile del terapeuta possa influenzare la cura del paziente di genere maschile o femminile affetto da un disturbo alimentare, per indagare se la coincidenza di genere tra paziente e terapeuta implichi una maggiore empatia all'interno della relazione terapeutica e una migliore comprensione di determinate tematiche connesse al disturbo alimentare e alla questione corporea.

CAPITOLO 2

MATERIALI E METODI

2.1 Strategie di ricerca

L'elaborato è stato svolto in conformità con i principi del PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) Statement (Moher et al., 2009), protocollo di lavoro standardizzato utile a condurre il reporting di revisioni sistematiche e meta-analisi. Per la ricerca della letteratura, svolta fino al 2023, ci si è avvalsi dei seguenti tre database bibliografici on-line: PubMed, Google Scholar e Scopus. Nelle banche dati citate si è ricorsi alla ricerca avanzata tramite l'utilizzo di parole chiave; di seguito un esempio di parole chiave utilizzate: (gender) AND (therapist) AND (feminism) AND (eating disorders). Le parole chiave sono state combinate nei seguenti modi:

- (gender) AND (therapist) AND (feminism) AND (eating disorders);
- (gender) AND (therapist) AND (eating disorders);
- (gender) AND (eating disorders);
- (therapist) AND (eating disorders).

2.2 Criteri di inclusione

La ricerca prevede la revisione di studi pubblicati negli ultimi 10 anni, arco temporale che va dal 2010 al 2022, ed esclusivamente in lingua inglese. Al fine di indagare la relazione tra le questioni di genere in terapia e il trattamento dei disturbi alimentari, la scelta del materiale si è limitata a studi che prevedevano la partecipazione di donne e uomini che avevano ricevuto diagnosi di disturbo alimentare. Non è stata applicata alcuna limitazione di appartenenza etnoculturale o paese di provenienza alla popolazione oggetto degli studi. La revisione è stata realizzata rispetto agli studi presenti ad oggi in letteratura negli ultimi dieci anni, ai quali sono stati aggiunti alcuni

studi più datati, a partire dagli anni '90, che trattavano le medesime questioni offrendo spunti interessanti e contribuendo a una analisi più ampia e variegata.

2.3 Criteri di esclusione

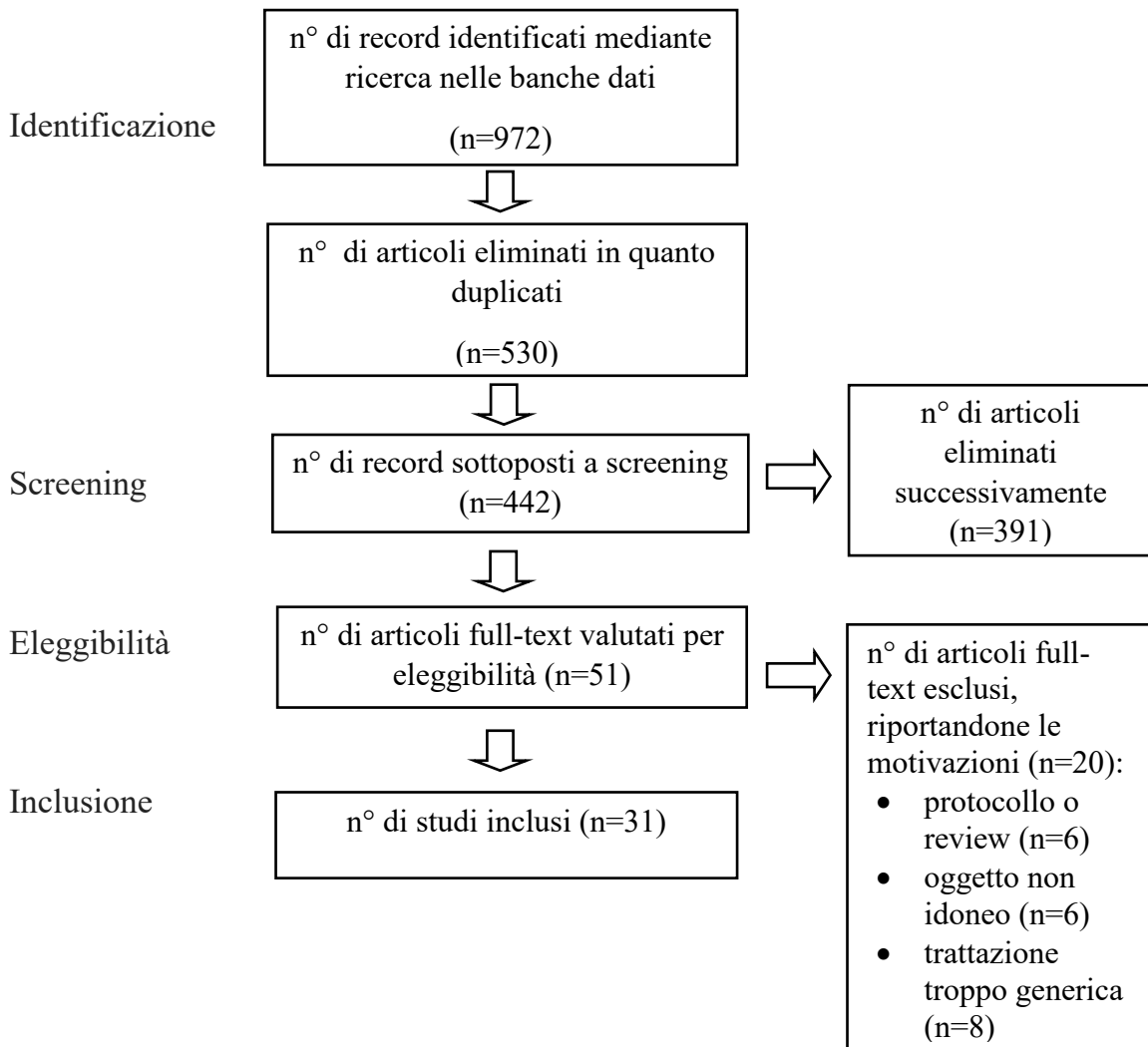
Sono stati esclusi dalla ricerca gli articoli doppi, quelli con titolo ed abstract relativi a temi non attinenti all'oggetto della revisione e quelli non tradotti in lingua inglese. I criteri di esclusione utilizzati riguardano anche la popolazione degli studi: non sono stati esaminati studi che prevedevano una popolazione priva di diagnosi di disturbo alimentare. Inoltre, non sono stati considerati gli articoli che analizzavano esclusivamente il ruolo del genere del terapeuta senza relazionarlo al trattamento dei disturbi alimentari.

2.4 Caratteristiche degli studi

Attraverso il metodo di ricerca precedentemente descritto, dalle quattro differenti combinazioni di parole chiave utilizzate, sono emersi in totale 972 risultati. A seguito dell'eliminazione di 530 articoli poiché doppi, sono stati sottoposti a screening i rimanenti record. Sulla base dei criteri di inclusione ed esclusione, quali anno di pubblicazione, lingua, popolazione di riferimento e scartando gli articoli con oggetto di indagine prettamente medico o non attinente strettamente al tema d'indagine, sono stati esclusi 391 articoli. Cinquantuno articoli full-text sono stati quindi valutati per eleggibilità, e 20 sono stati successivamente esclusi. L'esclusione è legata a motivi di protocollo (n=6), oggetto non idoneo alla revisione (n=6) e la trattazione del tema della relazione tra genere del terapeuta e trattamento dei disturbi alimentari esclusivamente da un punto di vista della terapia in generale e non dei disturbi alimentari nello specifico (n=8). La revisione, quindi, comprende 31 articoli full-text derivanti dalle banche dati citate.

La Figura 1 mostra il diagramma di flusso di selezione degli studi.

Figura 1: Diagramma di flusso di selezione degli studi



Tra gli articoli considerati, la maggior parte delle ricerche (n=24) sono retrospettive. Sono presenti sia studi di tipo qualitativo (n=9), dove sono state svolte interviste, sia di tipo quantitativo (n=12), nei quali sono stati somministrati questionari online o in modalità cartacea. La popolazione oggetto degli studi erano pazienti che presentavano una diagnosi di disturbo alimentare, ad eccezione di un articolo, in cui sono stati presi in considerazione soggetti privi di diagnosi. Gli studi selezionati sono stati condotti in diversi paesi: U.S.A. (n=11), Regno Unito (n=6), Italia (n=1), Grecia (n=1), Canada (n=3), Polonia (n=5), Germania (n=4).

Nella Tabella 1 sono stati inseriti i dati principali degli studi revisionati; sono stati riportati: autore e anno di pubblicazione, paese di provenienza, e sintesi dei risultati.

Tabella 1: Caratteristiche degli studi analizzati

Autori	Anno pubbl.	Nazione	Tema centrale	Sintesi risultati
Barbara Józefik, Bernadetta Janusz	2017	Polonia	Riconoscere l'importanza del sesso e del genere fra psicoterapeuti polacchi	Lo studio ha coinvolto N=144 psicoterapeut* eterosessuali (70% donne e 30% uomini), che sono stati sottoposti a questionario. Lo studio ha rilevato differenze fra donne e uomini nei modi di condurre la terapia, nelle reazioni dei e delle pazienti e nelle tematiche affrontate rispetto a questioni di genere, in base al genere di appartenenza del o della terapeuta. Ciò è stato evidente soprattutto nelle terapie individuali, di coppia e di famiglia.
Marta Wasilewska, Jakub Kryński	2019	Polonia	Influenza del genere del terapeuta nell'immagine di sé dei pazienti in psicoterapia con metodo della gruppo analisi	L'esperienza di un gruppo condotto secondo il metodo della gruppo analisi viene letta in ottica di genere al fine di enfatizzare il ruolo di questo nella formazione di transfert, controtransfert e nelle dinamiche relazionali con terapeuta e membri del gruppo. È emerso che femminilità e mascolinità sono alla base delle dinamiche di interazione, influenzandola sia attraverso influssi socioculturali (come stereotipi), sia tramite passate esperienze infantili (legame con i caregiver e modelli operativi interni).
Susan Holmes	2016	Inghilterra	Un approccio femminista al trattamento dei disturbi alimentari	Dall'analisi di n=15 interviste semi-strutturate con donne che soffrono di anoressia e/o bulimia, è emerso che ognuna delle partecipanti, con gradi diversi, trova un chiaro nesso fra le dinamiche di

Autori	Anno pubbl.	Nazione	Tema centrale	Sintesi risultati
				genere e le cause della propria malattia; inoltre ognuna di loro esprime che un trattamento con un particolare riguardo al genere avrebbe giovato loro.
Joanna Pawelczyk, Małgorzata Talarczyk	2017	Polonia	Analisi di una sessione di psicoterapia con paziente donna che soffre di bulimia nervosa	Nel presente studio vengono analizzati stralci di conversazione di una paziente in seduta psicoterapeutica. La paziente, posta in una condizione di expertise rispetto alla sua malattia, la descrive inizialmente tramite un frame generico e poi, grazie alla facilitazione da parte del terapeuta, compie un passaggio verso la descrizione della malattia da un punto di vista personale, narrando in prima persona la sua esperienza.
Joanna Pawelczyk, Elena Faccio, Małgorzata Talarczyk	2020	Polonia	Analisi di sedute con pazienti che soffrono di bulimia nervosa, con attenzione alle dinamiche di genere	Vengono analizzati secondo il metodo della conversation analysis e di membership categorization analysis tre estratti di sedute di psicoterapia costituite da una paziente che soffre di depressione e disturbi alimentari e una terapeuta. Ne è emerso che i riferimenti alle categorie di genere entrano nella seduta psicoterapeutica e diventano arte integrante del lavoro terapeutico con pazienti che soffrono di bulimia. Al fine di riportare le pazienti alla propria esperienza personale della malattia, la terapeuta individua e decostruisce tali categorizzazioni sul genere.
Joanna Pawelczyk,	2022	Polonia-Padova	Sguardo alle dinamiche di	Dall'analisi di 3 estratti di sedute con n=3 pazienti

Autori	Anno pubbl.	Nazione	Tema centrale	Sintesi risultati
Elena Faccio			relazione e di genere in psicoterapia con donne che soffrono di disordini alimentari	donne, emerge che la categorizzazione di genere (definizioni di maschile e femminile, esplicitazione della comune appartenenza di genere con la terapeuta) è un contenuto importante del lavoro con pazienti che soffrono di bulimia. Le terapeute devono adottare uno sguardo critico a tali categorizzazioni, in modo da permettere alle pazienti di avvicinarsi alla propria esperienza della malattia, invece che ricorrere a generalizzazioni.
Douglas W. Bunnell	2016	USA	Socializzazione di genere e controtransfert nel trattamento di uomini con disturbi alimentari	L'articolo prende in esame il modo in cui gli stereotipi e le convinzioni associate al genere incidono nella relazione terapeutica. Si rende necessario un adeguato training per terapeuti per rendersi consapevoli sulle implicite dinamiche che si instaurano con pazienti maschi e femmine, al fine di meglio comprendere ciò che i e le pazienti portano in terapia e la natura della relazione terapeutica che si va creando.
Susan Holmes, Sarah Drake, Kelsey Odgers, Jon Wilson	2017	Inghilterra	Approcci femministi all'anoressia nervosa, uno studio qualitativo di un gruppo	Dall'analisi di un gruppo terapeutico formato da n=7 pazienti con anoressia nervosa di durata di 10 settimane, cui sono seguite interviste individuali semistrutturate, è emerso che l'approccio femminista è una utile modalità di trattamento della malattia, in quanto permette di ri-appropriarsi del proprio

Autori	Anno pubbl.	Nazione	Tema centrale	Sintesi risultati
				potere (inteso come agency), decostruire e de-banalizzare i significati culturali attribuiti ai disturbi alimentari connessi al concetto di femminilità e di immagine corporea.
Barry Dauphin, Stacey Halverson, Sarah Pouliot, Linda Slowik et al.	2018	USA	Studio sperimentale sugli effetti della vocalizzazione di genere sull'interpretazione del materiale clinico	Un campione di n=22 psicanalisti uomini e n=29 psicanaliste donne è stato sottoposto all'ascolto di registrazioni audio di due pazienti in ambito psicanalitico, differenziati sotto l'aspetto non verbale e paraverbale. È emerso che le e i terapeuti reagiscono in modo differente, in base al proprio genere, nell'ambito delle reazioni controtransferali e rispetto alla scelta di linee di intervento da adottare in seduta.
Athanasiaides	2021	Grecia	La relazione terapeutica: dinamiche di interazione e ruoli di genere	L'articolo riporta dati sull'importanza dell'alleanza terapeutica, del ruolo attivo del paziente e sull'efficacia della corrispondenza di genere fra terapeuta e paziente in tale interazione.
Tone et al.	2022	USA	L'efficacia di un intervento individualizzato e basato su teorie femministe nel trattamento dei disturbi alimentari	Lo studio sul trattamento dei disturbi alimentari ha dimostrato l'efficacia di un intervento terapeutico individualizzato e basato su una conoscenza delle teorie femministe e socio culturali alla base dei disturbi alimentari
Satir, D. A.	2013	USA	Il ruolo e il significato del livello di esperienza del terapeuta nel	I diversi aspetti dell'esperienza del terapeuta potrebbero influenzare il burnout del terapeuta nella cura di tali disturbi, in

Autori	Anno pubbl.	Nazione	Tema centrale	Sintesi risultati
			trattamento dei disturbi alimentari.	particolar modo in funzione di tre aree specifiche dell'esperienza clinica: la tendenza a prescrivere in maniera eccessiva interventi e risoluzioni, l'esagerata identificazione con i pazienti e l'influenza di una precedente storia di disturbo alimentare nel processo di trattamento.
Soundy et al.	2016	USA	Il ruolo dei terapeuti fisici nel trattamento di pazienti affetti da disturbi alimentari	Il ruolo chiave dei terapeuti fisici include il miglioramento della consapevolezza corporea, soprattutto durante l'attività fisica combinata con l'educazione psicologica sulle giuste dosi di attività fisica, identificando ostacoli e facilitatori all'attività fisica nei pazienti affetti da disturbi alimentari.
Mander et al.	2017	Germania	L'alleanza terapeutica in diversi disturbi mentali: depressione e disturbi alimentari	Le abilità interpersonali del terapeuta, l'autostima e l'apprezzamento del proprio lavoro sono un buon predittore della formazione di un'efficace alleanza terapeutica.
Waller	2016	Inghilterra	Il ruolo dei protocolli per il trattamento dei disturbi alimentari	Il miglioramento della cura dei disturbi alimentari è avvenuto grazie allo sviluppo e all'affermazione di approcci basati sull'evidenza, codificati nella forma di protocolli e manuali. La probabilità di successo con approcci basati su protocolli è più alta rispetto agli approcci che danno la priorità al giudizio del terapeuta.
Murphy et al.	2010	USA	Il ruolo della terapia cognitivo comportamentale	Il potenziamento della terapia cognitivo comportamentale favorisce

Autori	Anno pubbl.	Nazione	Tema centrale	Sintesi risultati
			e nella cura della bulimia nervosa	l'uso di cambiamenti strategici nel comportamento per modificare il modo di pensare, piuttosto che utilizzare direttamente una ristrutturazione cognitiva completa.
Walters et al.	2016	Olanda	Ricerca esplorativa sui disturbi alimentari raccontati dalle pazienti	In un sito web olandese, dedicato ai disturbi alimentari, alcune giovani donne hanno raccontato esperienze di malattia, in cui utilizzavano il controllo dell'alimentazione come strumento di cura personale.
Shohet	2018	USA	Eludere la diagnosi clinica dell'anoressia attraverso la narrativa	I racconti di completa guarigione che adottano una voce clinica e femminista possono aiutare i narratori a mantenere e consolidare la guarigione che hanno raggiunto. L'attenzione ai generi narrativi nei casi di disturbi alimentari mostra l'utilità delle analisi linguistiche per comprendere e interpretare il dolore nei pazienti afflitti da tali disturbi.
Maine et al.	2010	USA	Genere, cultura e disturbi alimentari	Nella genesi dei disturbi alimentari svolgono un ruolo chiave l'interazione di fattori psicosociali, nutrizionali e ambientali, insieme all'eventuale presenza di stress familiare o traumi.
Springmann et al.	2020	Germania	Considerazioni su genere e disturbi alimentari	La minore prevalenza di disturbi alimentari nei maschi può essere spiegata dall'assunzione generale per cui il genere femminile, a causa della posizione sociale, è più facilmente

Autori	Anno pubbl.	Nazione	Tema centrale	Sintesi risultati
				colpito da dinamiche sociali di oggettificazione e perdita di potere.
Piran N.	2010	Canada	Una prospettiva femminista sui fattori di rischio e la prevenzione dei disturbi alimentari	L'utilizzo di un approccio femminista per discutere sui fattori di rischio e sulla prevenzione dei disturbi alimentari risulta particolarmente efficace, in quanto permette di considerare il genere come un importante fattore di rischio
Scott E.	2019	USA	Un approccio positivo alla psicoterapia nel caso dei disturbi alimentari	Viene introdotto un modello pratico per i terapeuti per promuovere il trattamento dei disturbi alimentari, attraverso la narrazione della storia di "The Body Positive", un'organizzazione di prevenzione dei disturbi alimentari che presta particolare attenzione all'impatto del genere e dell'immagine del corpo legata a questo tema.

CAPITOLO 3

RISULTATI

3.1 Descrizione dei temi

Questo capitolo si divide in 4 sezioni. La prima sezione rende conto di tutti quegli studi che parlano della questione di genere e il trattamento dei disturbi alimentari, mostrando i risultati delle diverse ricerche inerenti al tema e i diversi tipi di alleanza terapeutica che si creano tra paziente e terapeuta in funzione del genere di quest'ultimo. La seconda sezione affronta il tema dei diversi tipi di terapia che possono essere utilizzati nel trattamento dei disturbi alimentari e riporta alcuni studi sulle caratteristiche che dovrebbe avere un terapeuta nel trattare i pazienti con tali disturbi. La terza sezione è dedicata alla raccolta di racconti e testimonianze di pazienti affetti da disturbi alimentari, analizzando l'utilità di un approccio narrativo, linguistico e fenomenologico nel trattamento dei disturbi alimentari. La quarta e ultima sezione approfondisce la prospettiva biosociale nello studio della genesi dei disturbi alimentari, il ruolo e l'influenza dell'ambiente, della cultura e del genere dal punto di vista delle teorie femministe.

3.2 Questioni di genere e trattamento dei disturbi alimentari

La tematica della questione di genere e l'efficacia del trattamento dei disturbi alimentari ha causato molteplici controversie per decenni, e tuttora continua ad animare un acceso dibattito. Le tematiche di genere del terapeuta e disturbi alimentari vengono affrontate in alcune sessioni di psicoterapia (Pawelczyk & Faccio, 2022), dalle quali emerge come il paziente si affidi al genere del terapeuta come categoria di condivisione per rispondere delle proprie azioni e cercare comprensione. La relazione terapeutica consiste nell'accordo tra paziente e terapeuta per lavorare verso un obiettivo comune e concordare i passaggi da compiere per raggiungerlo. Inoltre, l'alleanza terapeutica comporta una connessione emotiva tra paziente e terapeuta (Bordin 1979, 1994), la cui importanza è stata riconosciuta indipendentemente dal tipo di disturbo del paziente (Muntigl and Horvath 2015: 41; Wampold 2001; Norcross 2011; see also Buchholz this volume). Un aspetto fondamentale della relazione terapeutica è il genere, e le ideologie

culturali riguardo a questo sono fortemente influenti nei disturbi alimentari. Secondo la concezione dominante a livello socio-culturale si ritiene che le donne debbano essere docili, educate, disponibili sessualmente ed emotive, mentre gli uomini sono considerati razionali, freddi, competitivi, potenti e indipendenti. Queste aspettative costituiscono una rigida cornice regolatoria a partire dalla quale uomini e donne sono continuamente valutati nella società di oggi, e risultano particolarmente interiorizzate dalle pazienti con disturbi alimentari. Il lavoro terapeutico si basa molto sulla ristrutturazione e rivalutazione di tali proposizioni nel funzionamento quotidiano della paziente.

Le costruzioni sociali di genere sono un fattore chiave nelle cause dei disturbi alimentari, i quali possono svilupparsi come risposta a un fallimento nel soddisfare le aspettative sociali dominanti e normative di cosa significhi essere una donna (Pawelczyk et al., 2020). Lo studio di Pawelczyk et al. (2020), analizzando tre estratti di conversazioni tra paziente e terapeuta, mostra come le pazienti affette da bulimia si affidino al lavoro di categorizzazione attorno al genere nell'affrontare i loro problemi, in cui è cruciale il ruolo della terapeuta nella comprensione di affermazioni e osservazioni riguardo al genere. Paziente e terapeuta costruiscono le interazioni sulla base del contributo reciproco e specialmente nel modo in cui si orientano verso la categoria del "genere". L'analisi rivela che le pazienti affette da bulimia generalmente inquadrano i propri problemi privati legati alla malattia in termini di problemi connessi a una categoria ben specifica, la categoria di "genere". La categorizzazione per genere può diventare un punto di inizio per accedere ed esplorare le esperienze individuali delle pazienti affette da bulimia. Inoltre, il genere del terapeuta è in grado di influenzare il lavoro dei pazienti sulla propria immagine corporea sia nella terapia individuale sia nella terapia di gruppo, attraverso l'analisi dei sentimenti di transfert e controtransfert nella relazione tra paziente e terapeuta. Risulta importante, nel lavoro con i pazienti, considerare ed esplorare il tema di mascolinità e femminilità, sia sulla base dei sentimenti di controtransfert del terapeuta sia nel contesto della prima infanzia e delle successive esperienze del paziente. Tutto questo permette di lavorare sul livello dell'immagine di sé e sui modelli di attaccamento presenti nella relazione che agiscono all'interno (Wasilewska, et al., 2019).

Nel contesto della questione di genere e trattamento dei disturbi alimentari è stato dimostrato che esistono differenze fra donne e uomini nei modi di condurre la terapia,

nelle reazioni dei e delle pazienti e nelle tematiche affrontate rispetto a questioni di genere, in base al genere di appartenenza del o della terapeuta. Ciò è stato evidente soprattutto nelle terapie individuali, di coppia e di famiglia, in cui è emerso come il o la terapeuta si identifichi molto nella propria esperienza legata al genere, in qualità di figlia, donna o madre per terapeute femminili, e in qualità di figlio, uomo o padre per terapeuti maschili (Józefik e Janus, 2017).

Il genere del terapeuta nei disturbi alimentari può influenzare la qualità della relazione terapeutica, che è fondamentale ai fini dell'efficacia del trattamento, come dimostra lo studio di Pawelczyk e Talarczyk (2017), in cui vengono analizzati stralci di conversazione di una paziente in seduta psicoterapeutica. La paziente, posta in una condizione di expertise rispetto alla sua malattia, la descrive inizialmente tramite un frame generico e poi, grazie alla facilitazione da parte del terapeuta, compie un passaggio verso la descrizione della malattia da un punto di vista personale, narrando in prima persona la sua esperienza, aprendosi al terapeuta.

Nel contesto del trattamento dei disturbi alimentari le e i terapeuti reagiscono in modo differente, in base al proprio genere, nell'ambito delle reazioni controtransferali e rispetto alla scelta di linee di intervento da adottare nella seduta terapeutica, come mostra lo studio di Dauphin et al. (2018), in cui un campione di 22 psicanalisti uomini e 29 psicoanaliste donne è stato sottoposto all'ascolto di registrazioni audio di due pazienti in ambito psicoanalitico, differenziati sotto l'aspetto non verbale e paraverbale. Allo stesso modo, l'approccio femminista all'interno di un gruppo terapeutico formato da pazienti con anoressia nervosa è una utile modalità di trattamento dei disturbi alimentari, in quanto permette di riappropriarsi del proprio potere (inteso come agency), decostruire e de-banalizzare i significati fortemente sociali e culturali attribuiti ai disturbi alimentari, connessi al concetto di femminilità e di immagine corporea (Holmes et al., 2017). Nel trattamento dei disturbi alimentari è stata inoltre dimostrata l'efficacia di un intervento terapeutico individualizzato e basato su una conoscenza delle teorie femministe e socio culturali alla base dei disturbi alimentari. I disturbi alimentari possono risultare da una varietà di fattori inclusi traumi passati e influenze socioculturali e l'esplorazione e la comprensione di tali fattori è cruciale nel trattamento dei disturbi. Pertanto, gli interventi che utilizzano cornici femministe e approcci

integrativi di varie terapie psicologiche per soddisfare i bisogni del singolo paziente risultano utili nel trattamento dei disturbi alimentari (Tone et al., 2022).

Gli elementi fondamentali alla base di un adeguato trattamento terapeutico in pazienti affetti da disturbi alimentari sono principalmente il buon funzionamento dell'alleanza terapeutica, il ruolo attivo del paziente e l'efficacia della corrispondenza di genere fra terapeuta e paziente in tale interazione. Si sottolinea l'importanza del ruolo del genere nella comunicazione tra paziente e terapeuta, ai fini di una terapia etica ed efficace (Athanasiades, 2021).

Allo stesso modo, le questioni di genere influiscono fortemente nello sviluppo di disturbi alimentari nei pazienti di genere maschile. Nel processo di trattamento è necessaria sensibilità da parte del terapeuta verso l'impatto dei fattori legati al genere: tale sensibilità attiva inevitabilmente esperienze personali con il genere e fornisce un'importante fonte di informazione sulle esperienze dei pazienti. Le concezioni interiorizzate di mascolinità influenzano il paziente, il terapeuta e la relazione terapeutica. I terapeuti di genere maschile e femminile possono usare la consapevolezza delle influenze di genere per migliorare la loro abilità di comunicare le loro reazioni di controtransfert legate alla categoria di "genere" e le affermazioni legate al genere e le reazioni emotive possano influire molto sul trattamento dei disturbi alimentari (Bunnel e Douglas, 2016).

Il genere del terapeuta influenza la comprensione del problema nelle pazienti affette da disturbi alimentari e il modo in cui è approfondito e analizzato nel trattamento terapeutico (Holmes, 2016).

L'articolo di Holmes (2016) riporta i frammenti di 15 interviste realizzate con pazienti inglesi affette da disturbi alimentari, per esplorare la relazione tra identità di genere e trattamento. Molte delle pazienti notano e criticano la poca attenzione rivolta al genere nella terapia, in quanto per la maggior parte di loro risulta lampante la profonda influenza della società e della cultura, con i loro rigidi canoni estetici, nello sviluppo di tali disturbi. Molte pazienti dichiarano che il trattamento sarebbe stato molto più efficace se in esso fossero state utilizzate prospettive femministe: secondo alcune pazienti l'approccio femminista funzionerebbe solamente in un contesto terapeutico uno-a-uno, più intimo e riservato, mentre secondo altre è centrale il dialogo collettivo in gruppi più ampi, per favorire un confronto più ricco.

Spesso, nel processo di trattamento i pazienti e le pazienti affette da disturbi alimentari possono evocare sentimenti di ostilità, rabbia, disperazione e stress nei terapeuti. Nel lavoro con pazienti affetti da disturbi alimentari emergono problemi legati al genere: per le terapeute di genere femminile possono generarsi sentimenti di competizione e invidia da parte della paziente di genere femminile, la quale tende spesso ad analizzare minuziosamente il peso e la forma del corpo della terapeuta, concepita come una rivale nella gara per la magrezza. Tale approccio competitivo può interferire con la creazione di una buona alleanza terapeutica e può lasciare la terapeuta paralizzata dalle reazioni negative della paziente e incapace di connettere empaticamente con questa. Talvolta le pazienti tendono a ricreare con la terapeuta relazioni di rivalità instaurate con sorelle e madri in una lotta di potere sul peso e la forma. Questo può avvenire allo stesso modo con un terapeuta maschile, sebbene sia più probabile che inizialmente la paziente idealizzi il terapeuta come rimpiazzo di un padre assente. Per le pazienti che hanno subito abusi da uomini sono prominenti i problemi di fiducia. Le discussioni sull'immagine del corpo, sulla sessualità e i racconti dettagliati sulle esperienze di abuso della paziente possono portare il terapeuta maschile a pensare che sia eccessivamente invadente, pertanto è essenziale stabilire chiari confini. Per molti terapeuti, sia di genere maschile sia femminile, vi sono alcuni fattori nei pazienti con disturbi alimentari che evocano forti emozioni negative capaci di generare difficoltà nel trattamento (Kaplan e Garfinkel, 1999).

Riguardo all'efficacia del trattamento terapeutico per pazienti affetti da disturbi alimentari, lo psicoterapeuta ideale deve essere dotato di un ampio bagaglio di conoscenze, certe caratteristiche di personalità e attitudini, allenamento nell'ambito della psicoterapia, esperienza e continuo aggiornamento. Per una buona terapia è necessaria una conoscenza di base delle conseguenze psicologiche e fisiologiche della privazione di cibo, per non confonderle con la psicopatologia dei disturbi alimentari. E' inoltre importante conoscere la natura dei disturbi determinati culturalmente e socialmente, incluse le pressioni specifiche per il genere femminile sull'ideale di magrezza. Il terapeuta ideale è colui che offre un calore non possessivo, insieme a competenze tecniche. Un terapeuta premuroso ma privo di abilità tecniche può aiutare il paziente, ma solo finché il paziente è in terapia. Al contrario, un terapeuta con allenamento tecnico impartisce al paziente abilità e metodi di cambiamento nel

comportamento e nel modo di pensare che permangono dopo la fine della terapia. Nel lungo termine il genere del terapeuta ha poca influenza nel trattamento dei disturbi alimentari, mentre nel breve termine ci potrebbe essere una iniziale percezione da parte del paziente riguardo al fatto che un certo genere è preferibile, dovuta a esperienze passate o bias. Se richiesto, si dovrebbe garantire un terapeuta dello stesso genere del paziente con disturbo alimentare (Andersen & Corson, 2001). Nonostante le numerose variabili da tenere sempre in considerazione, sono state individuate delle linee guida per scegliere in maniera efficace il terapeuta adatto a uno specifico paziente affetto da un disturbo alimentare. Tali linee guida sono emerse sia da ricerche sia da esempi pratici di casi clinici. Nonostante non vi siano prove consistenti dell'esistenza di un particolare accoppiamento paziente-terapeuta che risulti essere il più efficace in assoluto, sono state osservate situazioni in cui la coincidenza tra genere del paziente e genere del terapeuta offriva la possibilità di una migliore alleanza terapeutica nel trattamento dei disturbi alimentari (Biker, 1993).

Tra i vari studi realizzati per indagare l'influenza del genere del terapeuta nel trattamento dei disturbi alimentari, è importante ricordare lo studio di Waller e Katzman (1998) in cui venivano coinvolti 27 terapeuti, ai quali era chiesto se avrebbero consigliato un terapeuta di genere maschile o femminile per alcuni pazienti adolescenti affetti da un disturbo alimentare (Waller & Katzman, 1998). I risultati dello studio mostrano che le caratteristiche del paziente associate alla preferenza per una terapeuta di genere femminile includevano una storia di abuso sessuale da parte della figura paterna, problemi con l'immagine del proprio corpo e la presenza di una madre iperprotettiva. Il consiglio riguardo alla scelta di un terapeuta di genere femminile era molto più diffuso e probabile tra terapeuti anziani, e molto meno probabile tra terapeuti qualificati come medici. Tuttavia, la durata dell'esperienza del terapeuta con pazienti affetti da disturbi alimentari non era un fattore rilevante. Lo studio sostiene l'idea che le ricerche future riguardo all'appropriatezza di un terapeuta di genere maschile o femminile per i disturbi alimentari dovrebbero dipendere dal complesso contributo del terapeuta e del paziente (Waller & Katzman, 1998).

Un consistente numero di terapeuti e di ricercatori ha mostrato come il genere del terapeuta possa avere un effetto sostanziale nel trattamento di molti disturbi, e in modo particolare nella cura dei disturbi alimentari, i quali implicano numerosi problemi

connessi al genere (come l'aspetto fisico e l'identità di genere) e colpiscono principalmente il genere femminile (Zunino et al., 1991). Attraverso lo studio di Zunino et al. (1991) sono state individuate quattro aree in cui le questioni di transfert e controtransfert sono fortemente influenzate dal fatto che il terapeuta sia di genere maschile o femminile: i problemi legati all'immagine corporea, l'eccessivo coinvolgimento del paziente con la figura materna, l'ambivalenza del paziente riguardo all'identità di genere e il suo bisogno di un modello di riferimento. I terapeuti, a seconda dell'appartenenza al genere maschile o femminile, lavorano diversamente su queste quattro aree con le pazienti bulimiche.

La tradizione analitica ha sempre sostenuto che i generi del terapeuta e del paziente influiscono poco sul fenomeno del transfert. Tuttavia, in un'ottica psicodinamica, la ricerca di una terapeuta di genere femminile, da parte di una donna, può essere interpretata come una modalità di rappresentazione di speranze inconse, conflitti e ansie che vengono gradualmente esternate nel qui ed ora della relazione di transfert. Il genere femminile della terapeuta è talvolta utilizzato da pazienti donne come materiale grezzo per la libera espressione di fantasie inconse riguardanti la loro relazione con il mondo, con gli altri e con loro stesse (Williams, 1993).

Le idee derivanti dalle teorie femministe e psicoanalitiche possono essere combinate per il trattamento integrato di pazienti con disturbi alimentari (Zerbe, 1996). Per un largo sottogruppo di pazienti che continuano ad avere una povera qualità di vita, una terapia femminista psicodinamica risulta essere cruciale: in tale contesto è di vitale importanza comprendere e lavorare con le questioni di transfert e controtransfert mentre il terapeuta aiuta il paziente ad accettare i paradossi della vita e le ambiguità. Emergono otto aree principali nell'esplorazione psicoterapeutica da una prospettiva femminista psicoanalitica: la cultura come una questione centrale; il genere come organizzatore di comportamenti; la proprietà del corpo; lo sviluppo morale; lo sviluppo di una propria voce; l'enfasi sullo sviluppo adulto; problemi sessuali e conflitti aggressivi (Zerbe, 1996).

3.3 Tipi di terapia e caratteristiche del terapeuta nei disturbi alimentari

L'avanzamento delle teorie sociali riguardo ai disturbi alimentari ha permesso negli ultimi anni una maggiore comprensione dei problemi che le ragazze adolescenti si trovano ad affrontare, quali la discriminazione di genere e il conflitto dei ruoli sociali (Ponton, 1993). I terapeuti istruiti possono utilizzare tali informazioni con le loro pazienti adolescenti, per garantire una maggiore comprensione e un intervento più efficace. I miglioramenti nella comprensione dello sviluppo biologico, sociale, psicologico e culturale possono essere sfruttati per aiutare il terapeuta nel proprio lavoro. I dati sulle relazioni familiari sono inoltre essenziali come informazioni sull'alleanza terapeutica che rende possibile la scelta appropriata del terapeuta e del metodo terapeutico più adatto per un determinato paziente. La psicoterapia individuale risulta particolarmente efficace per le pazienti adolescenti, le quali sono istruite dal terapeuta riguardo alle scelte da compiere e ai compromessi. Il terapeuta funge da interprete di conflitti e conferma il cambiamento, esplorando le aspettative sociali e i comportamenti di rischio (Ponton, 1993).

I fattori che influenzano l'abbandono della terapia da parte di pazienti affetti da disturbi alimentari sono ancora poco chiari. Tuttavia, alcuni fattori psicologici legati alla relazione paziente terapeuta giocano un ruolo centrale per un programma terapeutico stabile e continuativo. La qualità dell'alleanza terapeutica tra paziente e terapeuta influisce sulle probabilità di abbandono o perseveranza della terapia. Nello specifico, l'incongruenza tra le aspettative del paziente e del terapeuta circa gli interventi potenziali di trattamento risulta essere associata a un maggiore rischio di abbandono della terapia da parte del paziente. I pazienti che abbandonano solitamente hanno maggiori aspettative rispetto al terapeuta di essere aiutati dal trattamento. Pertanto, risulta importante per il terapeuta discutere apertamente le aspettative del paziente circa la terapia e concentrarsi sulle eventuali aree di discrepanza per limitare un potenziale abbandono (Morlino et al., 2007).

Un'altra questione importante nel trattamento di pazienti affetti da disturbi alimentari riguarda il livello di esperienza del terapeuta, che risulta essere predittivo di burnout. Risultano esserci fattori unici nel lavoro con i pazienti affetti da disturbi alimentari che influenzano l'esperienza nel curare questa specifica popolazione, motivo per cui i terapeuti all'inizio della propria carriera potrebbero riscontrare maggiori difficoltà nel

trattamento dei disturbi alimentari. I diversi aspetti dell'esperienza del terapeuta potrebbero influenzare il burnout del terapeuta nella cura di tali disturbi, in particolare modo in funzione di tre aree specifiche dell'esperienza clinica: la tendenza a prescrivere in maniera eccessiva interventi e risoluzioni, l'esagerata identificazione con i pazienti e l'influenza di una precedente storia di disturbo alimentare nel processo di trattamento (Satir, 2013).

Allo stesso modo è stata indagata l'efficacia della terapia fisica, che risulta portare benefici alla salute fisica e mentale dei pazienti con disturbi alimentari, esplorando un nuovo campo di ricerca. Gli interventi di terapia fisica risultano comportare un'ampia gamma di miglioramenti nel trattamento dei disturbi alimentari. Il ruolo chiave dei terapeuti fisici include il miglioramento della consapevolezza corporea, soprattutto durante l'attività fisica combinata con l'educazione psicologica sulle giuste dosi di attività fisica, identificando ostacoli e facilitatori all'attività fisica nei pazienti affetti da disturbi alimentari (Soundy et al., 2016).

La tematica dell'alleanza terapeutica è ampiamente investigata nella ricerca psicoterapeutica: questa cambia a seconda del disturbo mentale del paziente. Tuttavia, l'alleanza terapeutica risulta fondamentale in tutti i disturbi mentali, indifferentemente dal tipo di disturbo, e pertanto dovrebbe essere un obiettivo centrale in tutte le terapie (Mander et al., 2017). Le abilità interpersonali del terapeuta, l'autostima e l'apprezzamento del proprio lavoro sono un buon predittore della formazione di un'efficace alleanza terapeutica. Le divergenze dei punti di vista del paziente e del terapeuta possono compromettere la qualità della relazione terapeutica; pertanto, risulta utile che paziente e terapeuta comunichino riguardo a queste, per migliorare la coordinazione nel lavoro terapeutico, e rafforzare il rapporto.

Esistono numerosi protocolli per il trattamento dei disturbi alimentari: molti di questi sono stati resi accessibili sotto forma di manuali per il trattamento. Tuttavia, relativamente pochi clinici usano questi protocolli, poiché preferiscono usare approcci più integrativi. Il miglioramento della cura dei disturbi alimentari è avvenuto grazie allo sviluppo e all'affermazione di approcci basati sull'evidenza, codificati nella forma di protocolli e manuali. La probabilità di successo con approcci basati su protocolli è più alta rispetto agli approcci che danno la priorità al giudizio del terapeuta. Tuttavia, tali strumenti sono poco utilizzati nel contesto clinico quotidiano, nel trattamento dei

disturbi alimentari: i terapeuti si servono raramente degli approcci basati sull'evidenza, di manuali e di protocolli, probabilmente per mancanza di conoscenza, attitudini negative o caratteristiche emotive. (Waller, 2016).

Tra le diverse terapie, la terapia cognitivo comportamentale è il principale trattamento per la cura della bulimia nervosa. Il potenziamento della terapia cognitivo comportamentale risulta adatto a curare tutti i tipi di disturbi alimentari, in quanto la psicopatologia alla base di tali disturbi, la sovrastima della forma corporea e del peso, è cognitiva di natura. La terapia cognitivo comportamentale si focalizza sull'indagine delle cause del mantenimento del disturbo e cerca di modificare l'attitudine del paziente attraverso specifiche strategie e una serie flessibile di procedure terapeutiche per raggiungere cambiamenti sia cognitivi sia comportamentali. Il potenziamento della terapia cognitivo comportamentale favorisce l'uso di cambiamenti strategici nel comportamento per modificare il modo di pensare, piuttosto che utilizzare direttamente una ristrutturazione cognitiva completa. La psicopatologia dei disturbi alimentari può essere paragonata a una casa di carte, in cui la strategia più efficace consiste nell'identificare e rimuovere le carte dal ruolo chiave, che sostengono il disturbo, piuttosto che demolire l'intera struttura. Tra i vari trattamenti risultano efficaci, inoltre, la psicoterapia interpersonale e la cura con psicofarmaci (Murphy et al., 2010).

3.4 Racconti e testimonianze di pazienti

I racconti delle storie di malattia sono spesso studiati per comprendere il punto di vista del paziente. Testimonianze di questo genere stanno divenendo più diffuse, accessibili e specializzate, grazie al miglioramento dell'accesso a Internet e la crescita di comunità online specifiche per la salute mentale (Walters et al., 2016). In un sito web olandese, dedicato ai disturbi alimentari, alcune giovani donne hanno raccontato esperienze di malattia, in cui utilizzavano il controllo dell'alimentazione come strumento di cura personale. Descrivevano poi momenti in cui erano controllate dal disturbo e fasi in cui invece riguadagnavano potere sulla malattia, permettendo ai lettori di acquisire una maggiore comprensione di alcuni meccanismi alla base dei disturbi alimentari. Il sito web ha lo scopo di favorire il trattamento dei disturbi e aiutare i terapeuti in questo processo, attraverso strumenti nuovi e in continua crescita, per mostrare come le pazienti parlano della cura di sé e delle questioni legate al controllo nella loro vita.

Inoltre, un approccio fenomenologico, linguistico e antropologico nella prospettiva clinica e culturale dei disturbi alimentari risulta essere particolarmente efficace, dirigendo l'attenzione oltre l'esperienza incarnata dal paziente verso coloro che non sono diagnosticati clinicamente. Ampliando un modello di malattia e guarigione, emerge come i racconti delle donne circa le loro esperienze non solo riflettono realtà vissute ma propongono anche modelli sani di vita creando queste realtà nel processo del loro racconto. Il modo in cui i narratori impostano i loro racconti e il fatto stesso di raccontarli modificano le esperienze dei soggetti e l'interpretazione degli eventi e delle emozioni riportate. I racconti di completa guarigione che adottano una voce clinica e femminista possono aiutare i narratori a mantenere e consolidare la guarigione che hanno raggiunto. L'attenzione ai generi narrativi nei casi di disturbi alimentari mostra l'utilità delle analisi linguistiche per comprendere e interpretare il dolore nei pazienti afflitti da tali disturbi (Shohet, 2018).

3.5 Prospettiva biosociale: genere e cultura, ambiente e cause

La separazione delle influenze biologiche, psicologiche e sociali alla base dei disturbi alimentari è una falsa divisione, considerando che natura e cultura vanno sempre a braccetto (Maine et al., 2010). I geni creano variazioni in ciascun individuo, associate a determinati rischi in maniera più o meno consistente: non codificano comportamenti o malattie, bensì creano delle vulnerabilità che saranno moderate o intensificate da altri fattori, come la famiglia, lo sviluppo, le esperienze sociali, le aspettative, le condizioni fisiche e il genere. I geni formano la vulnerabilità e la resilienza, influenzando come percepiamo e rispondiamo alle esperienze, contribuendo o meno alla comparsa di un eventuale disturbo alimentare. Nella genesi dei disturbi alimentari svolgono un ruolo chiave l'interazione di fattori psicosociali, nutrizionali e ambientali, insieme all'eventuale presenza di stress familiare o traumi. La maturazione sessuale porta una maggiore attenzione verso il corpo e verso le pressioni sociali riguardo a questo, rafforzando l'impatto di altri fattori di rischio per i disturbi alimentari (Maine et al., 2010). L'utilizzo di un approccio femminista per discutere sui fattori di rischio e sulla prevenzione dei disturbi alimentari risulta particolarmente efficace, in quanto permette

di considerare il genere come un importante fattore di rischio, strettamente intersecato con altre variabili sociali (Piran, 2010).

A questo proposito, i livelli di rischio di sviluppare disturbi alimentari differiscono in base al genere e all'orientamento sessuale. L'ideale socioculturale di magrezza è un fattore fondamentale negli schemi cognitivi di autovalutazione dell'individuo; tuttavia, risulta che gli ideali del corpo siano differenti tra maschi e femmine, così come i sintomi con cui si manifestano i disturbi alimentari. Storicamente, nella cultura occidentale le donne sono maggiormente definite dai loro corpi e viste come oggetti su cui l'uomo può agire. Controllare il proprio corpo può essere concepito come un modo per compensare le qualità di passività e oggettificazione attribuite al corpo femminile. Lo sviluppo di una sana concezione del proprio corpo risulta essere correlata a tre fattori sociali: libertà fisica, libertà mentale e potere sociale. Di conseguenza, le restrizioni sull'espressione corporea, la violazione sessuale, la stereotipizzazione e la marginalizzazione sono processi sociali distruttivi, spesso alla base dello sviluppo di disturbi alimentari. La minore prevalenza di disturbi alimentari nei maschi può essere spiegata dall'assunzione generale per cui il genere femminile, a causa della posizione sociale, è più facilmente colpito da dinamiche sociali di oggettificazione e perdita di potere. I fattori sociali più influenti nello sviluppo di disturbi alimentari includono esperienze associate all'appartenenza a una minoranza sessuale o al genere femminile (Springmann et al.,2020).

I tradizionali approcci biomedici e psichiatrici offrono una prospettiva ristretta per l'analisi dell'eziologia e del trattamento dei disturbi alimentari nei soggetti di genere femminile (White, 1991). I disturbi alimentari osservati da una prospettiva femminista appaiono come un fenomeno culturale, politico e sociale più ampio e complesso.

L'articolo di Scott (2019) introduce un modello pratico per i terapeuti per promuovere il trattamento dei disturbi alimentari, attraverso la narrazione della storia di "The Body Positive", un'organizzazione di prevenzione dei disturbi alimentari che presta particolare attenzione all'impatto del genere e dell'immagine del corpo legata a questo tema. Attraverso il processo di dialogo avvenuto all'interno dell'organizzazione vengono offerte cinque competenze: attenzione per la salute, pratica intuitiva della cura di sé, amore per sé stessi, dichiarazione della propria autentica bellezza e costruzione di

una comunità. Tali competenze offrono risorse e abilità per guidare i pazienti verso una visione più gentile e premurosa del proprio corpo.

La prevalenza dei disturbi alimentari riguarda soprattutto ragazze e donne appartenenti alla classe media e di origine americana, caucasica e asiatica, accomunate da una generale insoddisfazione per il proprio corpo: la cultura e il genere hanno un forte impatto sullo sviluppo e il trattamento dei disturbi alimentari, e devono pertanto essere analizzate, esplorate e approfondite da parte dei terapeuti (Cummins et al., 2007).

CAPITOLO 4

DISCUSSIONE

La questione inerente alla relazione tra genere del terapeuta e trattamento dei disturbi alimentari ha spinto i terapeuti ad interrogarsi sull'importanza delle questioni di genere nella terapia per migliorare l'efficacia delle sedute e dei trattamenti terapeutici. Tale questione ha generato la crescente necessità di un approccio più attento e sensibile alle tematiche di genere nella terapia con pazienti affetti da disturbi alimentari. Questa necessità ha portato ad un'intensificazione nella conduzione di studi rivolti all'individuazione delle modalità più efficaci per far in modo che i terapeuti siano più consapevoli di come rinforzano gli stereotipi di genere e alla ricerca di strategie che possano rispondere in modo concreto a queste esigenze. Talvolta, può avvenire che l'aspetto legato alle categorizzazioni di genere in terapia non venga tenuto sufficientemente in considerazione da psicoterapeuti e psicoterapeute, che, spinti dalle loro opinioni personali o insufficienza di informazioni, non sempre conducono un counseling adeguato e completo. Tenendo presente quanto questo aspetto sia in realtà fondamentale e influente sulla qualità della terapia con pazienti affetti da disturbi alimentari, sarebbe opportuno che la tematica della questione di genere, in termini di efficacia dei trattamenti, rientrasse sempre nel counseling di tali pazienti. Nella terapia, un'eventuale insufficienza di conoscenze relative a questa tematica può incidere sul livello di comfort dei pazienti con disturbi alimentari nell'affrontare queste tematiche. Promuovere e incrementare le conoscenze dei terapeuti e delle terapeute sulle questioni e gli stereotipi di genere permetterebbe di rispondere alle esigenze dei pazienti in maniera più adeguata.

I terapeuti di genere maschile e femminile possono usare la consapevolezza delle influenze di genere per migliorare la loro abilità di comunicare le loro reazioni di controtransfert legate alla categoria di "genere" e creare una maggiore empatia all'interno della relazione terapeutica.

Attraverso la seguente revisione è emersa chiaramente la forte connessione tra le questioni di genere e i disturbi alimentari: le categorizzazioni di genere e le differenze che queste comportano sono alla base dello sviluppo dei disturbi alimentari. Pertanto diviene automaticamente necessario tenere in considerazione tali questioni nel momento

del trattamento, in modo tale da utilizzare un'analisi completa e quanto più consapevole delle influenze socio-culturali sugli ideali di bellezza e femminilità. Fondamentale è la preparazione dei terapeuti sulle questioni di genere, insieme a una particolare attenzione e sensibilità a tali tematiche.

4.1 Implicazioni cliniche

Dai risultati degli studi analizzati emergono nello specifico due maggiori criticità. Riportata da numerose pazienti, una prima problematicità all'interno della questione di genere e lo sviluppo dei disturbi alimentari è la forte influenza della società e della famiglia nella genesi della malattia. Il linguaggio della società e della famiglia sono il linguaggio quotidiano e più vicino a ciascun individuo e contribuiscono a strutturare la visione del mondo e del soggetto stesso. Pertanto, in primis, sarebbe necessaria una maggiore sensibilizzazione sociale ai temi di corporeità e questioni di genere in relazione ai disturbi alimentari, per creare una società più attenta e meno superficiale su determinate tematiche, partendo dal linguaggio che utilizza nel relazionarsi ai temi degli ideali di bellezza, femminilità e salute. Gli ideali estetici proposti dalla società sono irrealistici e generano ansia e insicurezza negli individui, specialmente se in una fase dello sviluppo non ancora del tutto conclusa. Perciò sarebbe importante spostare l'attenzione dal corpo e dalla bellezza perfetta e priva di difetti, per condurla maggiormente verso la valorizzazione della salute mentale e del benessere psicofisico di ciascun individuo. Prima ancora dell'apparenza fisica di ogni uomo è fondamentale il suo benessere, indipendentemente dall'estetica e dal grado di coerenza agli ideali stabiliti.

L'altra importante criticità talvolta risulta essere la carenza di conoscenze di psicoterapeuti e psicoterapeute relativa al linguaggio più adatto da utilizzare in seduta e al modo più appropriato per approcciare tali tematiche inerenti a questioni di genere e disturbi alimentari. Insufficienti conoscenze teoriche e preparazione incompleta su determinati temi sono state a volte riconosciute dagli stessi terapeuti e terapeute come un fattore limitante. In tal senso potrebbe essere utile offrire allo psicoterapeuta e alla psicoterapeuta maggiori aggiornamenti continui, per esempio attraverso congressi e seminari, anche via web, che forniscano loro informazioni attuali e complete sulle

tematiche delle questioni di genere e dei disturbi alimentari. La conoscenza più approfondita di tali tematiche potrebbe influenzare in modo decisivo la decisione del tipo di trattamento considerato ottimale dalla paziente. Rinforzare gli stereotipi di genere può avere un impatto negativo sulla salute mentale dei pazienti. Una revisione dello stato dell'arte ha identificato alcune soluzioni per ridurre il bias di genere nella pratica clinica (Alcalde-Rubio et al., 2020). Dallo studio di Fitzgerald et al. (2019) emergono alcune categorie di intervento in tale ambito, che comprendono differenti tecniche, tra le quali l'immedesimazione nella prospettiva altrui, l'esposizione a esempi contro-stereotipati, il rafforzamento di valori egualitari, l'induzione di emozioni e l'insegnamento di strategie intenzionali per superare i bias. Alcune tecniche, come l'esposizione a esempi contro-stereotipati, sono risultate più promettenti di altre, come l'adozione di una prospettiva altrui e potrebbero essere proposte per migliorare la terapia con pazienti affetti da disturbi alimentari. Tuttavia, i dati robusti sono ancora limitati e si consiglia cautela nell'attuazione di programmi volti a ridurre i bias.

Inoltre, un articolo di BBC Future ha evidenziato come la revisione degli stereotipi di genere possa aiutare a ridurre il bias di genere. Ad esempio, quando i bambini iniziano a notare le divisioni di genere, si può aiutare a rivedere gli stereotipi con altri esempi, come spiegare che le ragazze possono e giocano a calcio e che i ragazzi possono fare attività considerate femminili (Hogenboom, 2021).

4.2 Limitazioni e sviluppi futuri

La presente revisione non è scevra da limitazioni. Innanzitutto, l'esclusivo riesame di pubblicazioni in lingua inglese ostacola una completa ricerca delle necessità e mancanze nella gestione di queste pazienti, precludendo la considerazione di eventuali studi non tradotti in lingua anglosassone.

Inoltre, l'utilizzo e la menzione di molti studi particolarmente datati, risalenti agli anni '90, insieme a studi più recenti può rappresentare una limitazione per la revisione, in quanto la rende poco aggiornata e al passo con i tempi, seppur variegata e ricca di spunti differenti. In futuro potrebbe esserci un maggiore approfondimento delle tematiche di

questione di genere e disturbi alimentari, per permettere un'analisi ancora più ricca e completa.

Nel futuro per aumentare la consapevolezza dei terapeuti riguardo al modo in cui possono involontariamente rinforzare gli stereotipi di genere in terapia, è fondamentale una combinazione di formazione, sensibilizzazione e auto-riflessione. Tra le strategie che potrebbero essere utili vi sono una formazione sull'importanza dell'equità di genere, una auto-riflessione continua sulla propria pratica e su come le proprie idee preconcepite potrebbero influenzare il processo terapeutico, l'ascolto di un feedback da parte dei pazienti sulla percezione di eventuali stereotipi di genere da parte del terapeuta, una ricerca approfondita sulle questioni di genere, una maggiore sensibilizzazione linguistica, incoraggiando i terapeuti a utilizzare un linguaggio neutro dal punto di vista di genere durante le sessioni, evitando frasi o espressioni che potrebbero rafforzare gli stereotipi, una costante supervisione e consultazione tra colleghi, la creazione di un ambiente inclusivo, in cui tutte le identità di genere siano rispettate e accolte, ed eventualmente la collaborazione con esperti.

In definitiva, sensibilizzare i terapeuti riguardo agli stereotipi di genere richiede un impegno costante e un approccio olistico. È fondamentale che i terapeuti siano disposti ad affrontare in modo proattivo i loro eventuali pregiudizi e ad adattare la loro pratica per creare un ambiente terapeutico inclusivo e rispettoso di tutte le identità di genere.

4.3 Conclusione

La presente revisione vuole approfondire il tema delle questioni di genere e il trattamento dei disturbi alimentari e offrire una panoramica attuale del tema. A questo scopo, sono stati selezionati 31 studi: dall'analisi di questi, è emerso che i riferimenti alle categorie di genere entrano nella seduta psicoterapeutica e diventano parte integrante del lavoro terapeutico con pazienti che soffrono di disturbi alimentari. Al fine di riportare le pazienti o i pazienti alla propria esperienza personale della malattia, la terapeuta o il terapeuta può individuare e decostruire tali categorizzazioni sul genere. Al completamento della revisione è possibile riconoscere l'esistenza di un'influenza da parte del genere del terapeuta sul trattamento di pazienti affetti da disturbi alimentari.

In conclusione, gli studi esaminati evidenziano l'importanza di considerare le questioni di genere nel contesto dei disturbi alimentari. La relazione terapeutica è fondamentale per il successo del trattamento e può essere influenzata dalla sensibilità di genere, dalla comprensione delle costruzioni sociali e dei modelli culturali riguardanti il genere, nonché dalla considerazione dei ruoli di genere nella famiglia e nella società. Pertanto, è cruciale per i terapeuti essere consapevoli di questi fattori e lavorare in modo sensibile e attento per garantire un ambiente di cura efficace e inclusivo per i pazienti affetti da disturbi alimentari.

Dai risultati degli studi presi in esame, si evince che il genere del terapeuta possa avere un effetto sostanziale nel trattamento di molti disturbi, e in modo particolare nella cura dei disturbi alimentari, i quali implicano numerosi problemi connessi al genere (come l'aspetto fisico e l'identità di genere) e colpiscono principalmente il genere femminile.

La presente revisione offre una panoramica attuale del tema secondo una prospettiva psicologica, cercando di sviscerare le maggiori criticità e le esigenze di questa tematica che riguarda una alta percentuale della popolazione di sesso femminile.

CAPITOLO 5

BIBLIOGRAFIA

1. Sebastiano Benasso, Luisa Stagi (2018), “*Ma una madre lo sa? La responsabilità della corretta alimentazione nella società neoliberale*”, Genova University Press
2. Elena Faccio (2007), “*Identità corporee*”, Giunti Editore
3. Barbara Józefik, Bernadetta Janusz (2017). Recognizing the importance of sex and gender among Polish psychotherapists, *Psychoterapia*, 182(3), 15-30.
4. Pawelczyk J., Talarczyk M. (2017). 'What should a woman do and imagine to have bulimia?': Co-constructing patient expertise in psychotherapy with bulimia patients. *Commun Med*, 14(2), 135-149.
5. Holmes S., Drake S., Odgers K., Wilson J. (2017). Feminist approaches to Anorexia Nervosa: a qualitative study of a treatment group. *J Eat Disord*, 13 (5), 36.
6. Dauphin B., Halverson S., Pouliot S., Slowik L. (2018). Listening to a patient: An exploratory experimental investigation into the effects of vocalization and therapist gender on interpreting clinical material. *Bull Menninger Clin*, 82(1), 19-45.
7. Athanasiades, C. (2021). Therapeutic relationship: dynamic interactions and the role of gender. Psychology. *The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 26(2), 149–155.
8. Waller G., Katzman MA. (1998). Female or male therapists for women with eating disorders? A pilot study of experts' opinions. *Int J Eat Disord*, 23(2), 117-123.
9. Zunino N., Agoos C.S.W.E., Davis W. N. (1991). The impact of therapist gender on the treatment of bulimic women. *Int J Eat Disord*, 10 (3), 253-263.
10. Pawelczyk J., Faccio E. (2022). So let's say that man can't understand that much: Gender and relational practices in psychotherapy with women suffering from eating disorders. *John Benjamins Publishing Company*, 105-126.

11. Pawelczyk J., Faccio E., Talarczyk M. (2020). Working with gender in psychotherapy: A discursive analysis of psychotherapy sessions with women suffering from bulimia. *Text & talk*, 777-796.
12. Wasilewska M., Kryński J. L. (2019). Leia and the magic mirror. The meaning of psychotherapists' gender in the work on self-image in intensive psychotherapy based on the method of group analysis conducted at a day ward. *Psychiatria*, 16(2), 67-76.
13. Bunnell Douglas W. (2016). Gender Socialization, Countertransference and the Treatment of Men with Eating Disorders. *Clinical Social Work Journal*, 44 (1), 99–104.
14. Holmes S. (2016). 'Blindness to the obvious'? Treatment experiences and feminist approaches to eating disorders. *Feminism and Psychology*, 26(4), 464-486.
15. Broussard B.B. (2005). Women's experiences of bulimia nervosa. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 43–50.
16. Kaplan AS., Garfinkel PE. (1999). Difficulties in Treating Patients With Eating Disorders: A Review of Patient and Clinician Variables. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 44(7), 667-668.
17. Biker L. (1993). Male or female therapists for eating-disordered adolescents: guidelines suggested by research and practice. *Adolescence*, 28(110), 393-422.
18. Williams S. (1993). Women in Search of Women: Clinical Issues That Underlie Woman's Search for a Female Therapist. *British Journal of Psychotherapy*, 9: 291-300.
19. Springmann M.L., Svaldi J., Kiegelmann M. (2020) Theoretical and Methodological Considerations for Research on Eating Disorders and Gender. *Front Psychol*, 17 (11), 586196
20. Tone J., Chelius B., Miller Y.D. (2022). The effectiveness of a feminist-informed, individualised counselling intervention for the treatment of eating disorders: a case series study. *J Eat Disord*, 18;10(1):70.

21. Zerbe K.J. (1996). Feminist psychodynamic psychotherapy of eating disorders. Theoretic integration informing clinical practice. *Psychiatr Clin North Am*, 19(4):811-27.
22. Ponton LE. (1993). Issues unique to psychotherapy with adolescent girls. *Am J Psychother.*,47(3), 353-71.
23. Andersen AE, Corson PW. (2001). Characteristics of an ideal psychotherapist for eating-disordered patients. *Psychiatr Clin North Am*, 24(2), 351-8.
24. Morlino M., Di Pietro G., Tuccillo R., Galietta A., Bolzan M., Senatore I., Marozzi M., Valoroso L. (2007). Drop-out rate in eating disorders: could it be a function of patient-therapist relationship? *Eat Weight Disord*, 12(3), 64-7.
25. Satir DA. (2013) The role and meaning of eating disorder therapist experience level. *Psychotherapy (Chic)*, 50(4), 570-2.
26. Soundy A, Stubbs B, Probst M, Gyllensten AL, Skjaerven LH, Catalan-Matamoros D, Vancampfort D. (2016). Considering the Role of Physical Therapists Within the Treatment and Rehabilitation of Individuals With Eating Disorders: An International Survey of Expert Clinicians. *Physiother Res Int.*, 21(4), 237-246.
27. Mander J, Neubauer AB, Schlarb A, Teufel M, Bents H, Hautzinger M, Zipfel S, Wittorf A, Sammet I. (2017). The therapeutic alliance in different mental disorders: A comparison of patients with depression, somatoform, and eating disorders. *Psychol Psychother*, 90(4):649-667.
28. Waller G. (2016). Treatment Protocols for Eating Disorders: Clinicians' Attitudes, Concerns, Adherence and Difficulties Delivering Evidence-Based Psychological Interventions. *Curr Psychiatry*, 18(4), 36.
29. Murphy R., Straebl S., Cooper Z., Fairburn CG. (2010). Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 33(3), 611-27.
30. Walters HB, Adams S, Broer T, Bal R. (2016). Proud2Bme: Exploratory research on care and control in young women's online eating disorder narratives. *Health (London)*, 20(3), 220-41.

31. Shohet M. (2018). Beyond the clinic? Eluding a medical diagnosis of anorexia through narrative. *Transcult Psychiatry*, 55(4), 495-515.
32. Maine M., Douglas W. Bunnell. (2010). A Perfect Biopsychosocial Storm: Gender, Culture, and Eating Disorders. *Treatment of eating disorders*, 3-16.
33. Piran N. (2010). A feminist perspective on risk factor research and on the prevention of eating disorders. *Eat Disord*, 18(3), 183-98.
34. White JH. (1991). Feminism, eating, and mental health. *ANS Adv Nurs Sci*, 13(3), 68-80.
35. Scott E. (2019). A Positively Embodied Approach to Psychotherapy. *Women and therapy*, 42 (1-2), 131 – 146.
36. Cummins LH., Lehman J. (2007). Eating disorders and body image concerns in Asian American women: assessment and treatment from a multicultural and feminist perspective. *Eat Disord*, 15(3), 217-30.
37. FitzGerald, C., Martin, A., Berner, D. (2019). Interventions designed to reduce implicit prejudices and implicit stereotypes in real world contexts: a systematic review. *BMC Psychol*, 7, 29.
38. Alcalde-Rubio, L., Hernández-Aguado, I., Parker, L.A. (2020). Gender disparities in clinical practice: are there any solutions? Scoping review of interventions to overcome or reduce gender bias in clinical practice. *Int J Equity Health*, 19, 166.
39. Hogenboom, M., (2021). The gender biases that shape our brains. *BBC Future*.