UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI ALDO MORO

Dipartimento di Ricerca e Innovazione Umanistica

DOTTORATO DI RICERCA IN GENDER STUDIES
CICLO XXXVIII

Settore Scientifico Disciplinare M-PSI/08 – Psicologia Clinica

L'INVALIDAZIONE IDENTITARIA.
I DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE NELLE SOGGETTIVITA' LGBTQIA+.

Dottoranda: Dott.ssa Rosa Claudia Altieri

Supervisora: Ch.ma Prof.ssa Maria Beatrice Ligorio

Coordinatrice: Ch.ma Prof.ssa Francesca Romana Recchia Luciani

ESAME FINALE 2026

INDICE

Introduzione…….pag. 5

CAPITOLO 1. I Disturbi dell'Alimentazione: un inquadramento clinico e socio-culturale

1.1 Introduzione……...pag. 11
1.2 Disturbi dell'Alimentazione e stereotipo SWAG ……..pag. 13
1.3 Prevalenza dei Disturbi dell'Alimentazione nella popolazione LGBTQIA+: una revisione della letteratura…….……...pag. 23
1.3.1 Tra Minority Stress, Teoria dell'Oggettivazione ed Intersezionalità: un inquadramento teorico…….…….pag. 32
1.4 Programmi di prevenzione e di trattamento dei Disturbi dell'Alimentazione per le soggettività LGBTQIA+: limiti e sviluppi potenziali……pag. 55
1.4.1 Da un trattamento basato sulla famiglia a un trattamento basato sulle comunità……..pag. 56
1.4.2 Oltre lo specchio: per una terapia del rispecchiamento……pag. 81
1.5 L'idealizzazione del corpo anoressico e il *medical fat bias*: il contributo dei Fat Studies ……...pag. 113

CAPITOLO 2. "Corpi che contano": I Disturbi dell'Alimentazione come assenza di riconoscimento

2.1 Introduzione…….pag. 119
2.2 Una lettura femminista dei Disturbi dell'Alimentazione: il ruolo centrale dell'Oggettivazione……..pag. 120
2.2.1 La frammentazione del corpo femminile: la Teoria dell'Oggettivazione..…..……...pag. 126

2.3 I processi socioculturali di oggettivazione delle soggettività LGBTQIA+: meccanismi di deumanizzazione e delegittimazione identitaria……..pag. 137

2.3.1 L'oggettivazione sessuale delle persone LGBTQIA+: una forma peculiare di frammentazione identitaria ……pag. 147

2.4 Il contributo della Teoria Interpersonale……..……pag. 161

2.5 Espressioni e correlati psicologici del Minority stress: omonegatività interiorizzata, occultamento di sé e consapevolezza interocettiva …..pag. 177

CAPITOLO 3. Studi sperimentali

3.1 Introduzione…….....pag.200

3.2 Disegno di ricerca……..pag. 202

3.3 Obiettivi ……pag. 205

3.4 Studio 1: Prevalenza di Disturbi dell'Alimentazione nella Popolazione LGBTQIA+

3.4.1 Partecipanti…….pag. 207

3.4.2 Strumenti…….pag. 208

3.4.3 Procedura…….pag. 210

3.4.4 Analisi dei dati…….pag. 213

3.4.5 Risultati……...pag. 216

3.4.6 Discussione…….pag. 222

3.5 Studio 2: Disturbi dell'Alimentazione e Invalidazione del Sé nella Popolazione LGBTQIA+

3.5.1 Partecipanti…….pag. 226

3.5.2 Strumenti…….pag. 229

3.5.3 Procedura…….pag. 231

3.5.4 Analisi dei dati…….pag. 235

3.5.5 Risultati e Discussione ……...pag. 247

CAPITOLO 4. Discussione e Conclusioni

4.1 Discussione……...pag. 340
4.2 Una proposta d'intervento: Il modello I-CARE ……..pag. 357
4.3 Limiti e direzioni future……pag. 367
4.4 Conclusioni……...pag. 373

Bibliografia……..…….…….…….....pag. 377

Appendice …….....pag. 427

Introduzione

Quando si entra all'interno di un contesto accademico, si è pervasi dall'idea che quello sia il luogo per eccellenza di produzione della conoscenza e a sua volta dall'idea che la produzione della conoscenza coincida con la produzione di verità e di certezze, ovvero di quel sapere scientifico di matrice positivistica, spesso equiparato al sapere occidentale. Tuttavia, come messo in evidenza soprattutto dal pensiero post-strutturalista e post-coloniale a partire dagli anni '60 del Novecento, la possibilità di giungere all'oggettività di un sapere universale appare un fine illusorio, e probabilmente distopico, poiché questo non si svela spontaneamente in qualità di realtà oggettiva pre-esistente, ma è sempre costruito a partire dalla specificità dei contesti, delle pratiche e degli agenti di produzione del sapere stesso, in qualità di rappresentazione soggettiva di una realtà contestuale e contingente. Il sapere, dunque, non potrà mai essere verità assoluta, ma sempre interpretazione particolare: incarnato, simbolizzato, radicato in una specifica cornice storica, linguistica, sociale, culturale ed economica (Sonnenberg & Ghaderi, 2020).

In questo panorama estremamente vasto e potenzialmente infinito di interpretazioni soggettive e contestuali in opera nei processi di produzione della conoscenza, alcune pratiche discorsive, nello specifico quelle maschili, occidentali e ciseteronormate, si sono imposte come dominanti rispetto ad altre, che sono state sempre più svalutate, marginalizzate ed invisibilizzate poiché considerate non conformi a quei criteri di scientificità, a loro volta delimitati ed imposti dallo stesso discorso dominante.

In questo senso, pertanto, il sapere non solo non può mai essere universale, ovvero assoluto e generalizzabile, poiché influenzato dai sistemi di credenze, conoscenze,

pratiche e vissuti di chi produce la conoscenza all'interno di uno specifico contesto che a sua volta influenza il contesto stesso da cui quel sapere deriva, ma non può mai essere neanche neutro, ovvero astorico e apolitico, poiché profondamente intrecciato agli interessi socio-economici risultanti dai rapporti di potere che strutturano, e si strutturano in, quel determinato contesto.

Ciò mette in luce quella "microfisica del potere" svelata da Michel Foucault nel suo *Sorvegliare e Punire* (1975), con cui le percezioni, gli schemi di pensiero, gli ideali e i comportamenti degli individui sono costantemente e pervasivamente plasmati dall'insieme delle pratiche discorsive, delle dinamiche sociali e delle norme disciplinari che regolano la vita delle istituzioni e dei contesti di socializzazione in cui si esplica l'esistenza quotidiana di ciascuno di noi. La natura capillare del potere che permea il tessuto sociale a livello microscopico e spesso inconsapevole, si manifesta pertanto anche all'interno delle università e degli altri luoghi di produzione della conoscenza, attraverso processi di normalizzazione ed universalizzazione di paradigmi, teorie e pratiche egemoniche, che conducono all'interiorizzazione e all'adattamento dei singoli agli ideali e alle concezioni sociali dominanti. Tale progetto di egemonia culturale, infatti, che trova nei processi educativi ad opera nei contesti preposti il suo strumento più subdolo, pervasivo ed efficace di azione, non si ferma esclusivamente ad un livello superficiale di discriminazione epistemica nella trasmissione del sapere, ma penetra più in profondità sotto forma di una dominazione intrapsichica e incorporata, spesso inducendo nelle stesse soggettività marginalizzate un allontanamento dal bagaglio culturale appreso all'interno delle proprie comunità, un processo di alienazione identitaria che, nell'ambito degli studi decoloniali, Chabani Manganyi (1984) chiama "*making strange*".

La dominazione agita dalla cultura egemone produce così l'esclusione e il silenziamento di quelle che Spivak (1988) definisce voci "subalterne", relegate ai gradini più bassi della gerarchia sociale, delegittimando non solo il valore delle loro conoscenze e competenze come saperi che contano, ma anche il valore umano dei loro vissuti e delle loro esperienze che non trovano adeguata rappresentazione nei tentativi di comprensione, spiegazione e soluzione portati avanti dalle teorie e dalle pratiche scientifiche dominanti.

Ciò mette in luce la necessità di riflettere e sviluppare una consapevolezza critica dei modi in cui noi stessɜ, come ricercatorɜ e clinicɜ, continuiamo a perpetuare tali relazioni di potere diseguali agendo una cancellazione e, pertanto, una violenza epistemica all'interno delle nostre teorizzazioni e delle nostre pratiche, per giungere invece alla produzione di una conoscenza che sia allo stesso tempo una conoscenza locale, radicata cioè nei saperi e nelle pratiche comunitarie, ma anche una conoscenza globale, che attinga da visioni del mondo ed epistemologie "pluri-versali", piuttosto che da posture ingannevolmente "uni-versali": la sfida quotidiana diviene, cioè, quella di spostarci da un modo uni-versale a un modo pluri-versale di essere e di comprendere il mondo (Hutchings, 2019; Segalo, 2024).

Nell'ambito della ricerca psicologica l'adozione di un approccio intersezionale, queer e decoloniale alla produzione del sapere risulta essere fondamentale, quindi, non solo per fare luce sull'esistenza di pratiche ed epistemologie "altre", riconoscendo loro dignità e statuto di scientificità, ma anche per accedere ad un ampio bagaglio di conoscenze e paradigmi culturali, sociali, storici e filosofici in grado di ampliare ed arricchire la nostra comprensione della mente e del comportamento di tutti gli esseri umani e non solo di una parte molto circoscritta di essi delimitata da confini illusori ed ego-centrati.

Da questo punto di vista, come affermato da Puleng Segalo (2024), la ricerca non può che essere un atto politico, poiché la formulazione dei quesiti scientifici a cui vogliamo dare risposta, le categorie che adoperiamo, le lenti con cui osserviamo e interpretiamo l'esistente, le pratiche che scegliamo di utilizzare, i risultati cui giungiamo e i significati attribuiti ai risultati stessi, sono tutte decisioni ed atti concreti che avranno una ricaduta sociale, politica ed esistenziale sulle persone che stiamo indagando e sulle popolazioni cui appartengono. Essi hanno, infatti, il potere scientifico ed epistemologico, ad esempio, di patologizzare i loro vissuti singolari o di dare rilievo ai fattori socio-politici che hanno segnato la loro storia collettiva, di valorizzare le loro voci e le loro esperienze o di occultarle e marginalizzarle, di potenziare le loro pratiche e narrazioni o depotenziarle e sopprimerle imponendovi le nostre, di fornire loro strumenti di *empowerment* o di perpetuare dinamiche di sottomissione e dipendenza dai sistemi dominanti.

In questo senso, le scelte metodologiche di chi fa ricerca assumono un ruolo centrale rispetto alla decisione, ad esempio, di utilizzare una specifica categoria di indagine, spesso creata per opposizione binaria rispetto ad un'altra considerata implicitamente come la norma di riferimento, o relativamente alla specifica denominazione che si sceglie di attribuire alle categorie stesse, scelte che sottendono e veicolano inevitabilmente diverse tipologie di rappresentazione simbolica e di significati, piuttosto che decidere di attingere dalla specifica cultura comunitaria utilizzando i significanti in uso al suo interno, scelti dai membri della comunità stessa come possibilità per auto-definirsi e in cui possano più autenticamente riconoscersi e identificarsi.

Il lavoro di ricerca intersezionale sulle categorie sociali e sulle relative disuguaglianze, deve infatti sempre tenere al centro delle proprie teorizzazioni e delle proprie prassi quell'"essenzialismo strategico" messo in luce da Spivak (1989), che ci

ricorda come tra le categorie e le soggettività non esista una perfetta corrispondenza, ma come le prime siano una costruzione sociale in grado di influire in maniera determinante sulle seconde e come pertanto debbano essere adoperate strategicamente come mero strumento per comprendere e liberare le soggettività dai confini limitanti e vincolanti delle categorie stesse (Bernacchi & Nocenzi, 2024). La capacità, pertanto, di problematizzare i concetti abitualmente adoperati e gli schemi di categorizzazione storico-politico-culturali che ne sono alla radice, consente dunque di modificare la postura di chi fa ricerca consentendo di prenderne le distanze e di osservarli criticamente dall'esterno, muovendosi così da un'epistemologia universalizzante e naturalizzante, a quella che Thomas Teo (2019) chiama "modestia epistemica" (Segalo, 2023) in grado di porlo in una posizione decentrata da cui poter apprezzare autenticamente la ricchezza e la pluralità di voci, di esistenze e di visioni del mondo che proviene dalle diverse comunità. Ciò anche al fine di sottolineare la natura bidirezionale del processo di costruzione della conoscenza la quale non nasce unicamente e necessariamente a partire dall'ambiente accademico, le cui porte non risultano peraltro equamente accessibili per tutte le persone indipendentemente dai posizionamenti geografici ed identitari, per poi essere portata al di fuori nella comunità, ma al contrario riconoscendo l'enorme ricchezza intellettuale e culturale presente all'interno delle comunità stesse che continuano a dare forma a conoscenze preziose di cui spesso il mondo scientifico si è appropriato senza riconoscerne la legittima appartenenza e l'inestimabile valore (Guimaraes, 2024).

Integrando gli strumenti offerti dagli Studi Queer, LGBTQIA+ e Femministi all'interno della ricerca psicologica, il presente lavoro si propone pertanto di indagare gli specifici percorsi che conducono all'insorgenza di un disturbo alimentare nelle persone LGBTQIA+, determinandone la maggiore prevalenza rispetto ai pari ciseterosessuali

(Burke et al., 2020; Calzo et al., 2017; Convertino et al., 2021; Croll et al., 2002; Diemer et al., 2018; Meneguzzo et al., 2018; Nowaskie et al., 2021; Parker & Harriger, 2020; Shaw et al., 2004), focalizzandosi sulla molteplicità e specificità delle identità sessuali osservate attraverso una lente intersezionale, per le quali la letteratura suggerisce l'esistenza di significati e meccanismi eziopatologici differenti e peculiari (Duffy et al., 2016; Engeln-Maddox et al., 2011; Feldman & Meyer, 2007; Jones et al., 2016; McClain & Peebles, 2016; Wang & Borders, 2017; Watson et al., 2015).

A partire pertanto da un approfondimento ed un'attenta analisi critica della letteratura esistente, scopo precipuo della presente ricerca è quello di individuare pratiche e strumenti che possano non solo far luce sulle dinamiche di oppressione che soffocano alcune soggettività, ma riescano anche ad interromperne alcuni meccanismi di riproduzione, così da indebolire tali modelli di potere diseguali rendendoli più orizzontali e meno caratterizzati dalla dominazione di una posizione sull'altra, né in termini di vissuti soggettivi, né di ruoli socio-istituzionali (Guimaraes, 2024).

È solo attraverso un'analisi critica dei sistemi e delle categorie che ci abitano, e dei ruoli che il potere assume all'interno dei nostri contesti formativi e della nostra ricerca di conoscenza, che possiamo giungere a destrutturare le pratiche e i discorsi che perpetuano le disuguaglianze e le oppressioni per ristrutturare una conoscenza in grado di ristabilire l'equità e la giustizia sociale.

CAPITOLO 1

I Disturbi dell'Alimentazione: un inquadramento clinico e socioculturale

1.1 Introduzione

Con l'espressione Disturbi dell'Alimentazione si fa riferimento a molteplici quadri diagnostici che la quinta edizione del DSM-5, il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (American Psychiatric Association, 2013), distingue in Disturbo da Evitamento/Restrizione dell'Assunzione di Cibo, Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa e Disturbo da Alimentazione Incontrollata o Binge Eating. Si tratta di patologie eterogenee nelle loro manifestazioni cliniche, accomunate tutte da persistenti comportamenti disfunzionali legati all'alimentazione che compromettono significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale. Tuttavia, alcuni comportamenti e vissuti tipici della sintomatologia alimentare sono riscontrabili in misura variabile all'interno della popolazione generale, sebbene nella maggior parte dei casi non raggiungano una gravità tale da soddisfare i criteri nosografici richiesti per porre una diagnosi clinica conclamata. Tale sintomatologia subclinica viene definita *alimentazione disordinata* (Jones et al., 2016; Pennesi & Wade, 2016) e fa riferimento all'insieme di comportamenti alimentari malsani, disfunzionali o disregolati che solitamente non arrivano all'attenzione clinica. Si pensi ad esempio a comportamenti quali la restrizione calorica, il vomito auto-indotto, l'utilizzo di pillole per perdere peso o l'attività fisica finalizzata a modificare la forma corporea che possono, soprattutto in contesti specifici come alcuni sport o professioni, essere normalizzati all'interno di una società caratterizzata da una cultura grassofobica e

dalla diffusione della cosiddetta *diet-culture*. Alcuni studi hanno ad esempio evidenziato come i disturbi alimentari siano più frequenti nelle persone giovani con un corpo socialmente considerato in sovrappeso (D'Anna et al., 2022; Feng & Abebe, 2017; Golden et al., 2016; Gutiérrez et al., 2015) e inoltre uno studio di Lebow et al. (2015) ha messo in luce come la maggior parte di coloro che aveva sviluppato un disturbo alimentare riportasse di non aver avuto alcun problema di salute legato al peso prima di decidere di cominciare una dieta o di mettere in atto altri comportamenti di controllo sul cibo, mostrando quindi come potessero aver erroneamente imparato a considerare tali condotte di manipolazione del peso come più sane, auspicabili o normali a partire dai messaggi veicolati nel contesto sociale di riferimento.

Tuttavia, sebbene il tema dei disturbi alimentari sia stato storicamente affrontato ponendo attenzione soprattutto al ruolo dell'influenza socio-culturale e della pressione interpersonale per il raggiungimento di specifici ideali corporei, sui quali rimane spesso, ancor oggi, ancorata la narrazione di tali disturbi, sarebbe eccessivamente semplicistico ridurre alla presenza di tali messaggi ed aspettative sociali la causa della crescente diffusione di comportamenti alimentari disordinati e della loro possibile evoluzione in veri e propri Disturbi dell'Alimentazione (Toni et al., 2017), sebbene rimangano tra i fattori di rischio prevalenti. Si tratta, infatti, di disturbi estremamente complessi caratterizzati da un'eziopatogenesi multifattoriale, nella cui insorgenza intervengono fattori predisponenti (individuali, familiari e/o socioculturali), fattori precipitanti (l'inizio di una dieta, eventi avversi e/o malessere psicologico) e fattori di mantenimento (rinforzi positivi interni e/o esterni) che possono interagire in modo diverso e peculiare nel determinare il rapporto problematico con il cibo e con il corpo (Culbert et al., 2015; Franzoni, 2004).

1.2 Disturbi dell'Alimentazione e stereotipo SWAG

Quando pensiamo ad una persona che soffre di un Disturbo dell'Alimentazione, la maggior parte delle volte creiamo automaticamente nella nostra mente l'immagine di una persona di sesso femminile, molto giovane, con un corpo estremamente magro, bianca, occidentale, di famiglia benestante o di classe sociale elevata e, sebbene forse il suo orientamento sessuale o la sua identità di genere è qualcosa a cui non penseremmo affatto, tale dimenticanza probabilmente celerebbe una presunzione di eterosessualità e cisessualità quali norme implicite e universali. Tale stereotipo è stato definito *SWAG*, che è l'acronimo di *skinny, white, affluent girl* (cioè, "ragazza magra, bianca e benestante"), e fa riferimento all'insieme di caratteristiche che configurano l'"ideal-tipo" del Disturbo dell'Alimentazione (Animenta, 2024).

L'utilizzo automatico di stereotipi, ovvero l'insieme delle caratteristiche considerate tipiche di un gruppo o categoria sociale, risponde al normale funzionamento della mente umana poiché rappresenta un processo funzionale a codificare, interpretare e rispondere rapidamente alla realtà circostante senza dover continuamente elaborare ogni singola informazione che giunge ai nostri sensi dalla realtà esterna, che finirebbe al contrario per rallentare estremamente la nostra capacità di elaborare gli stimoli e reagire alle svariate situazioni che potremmo incontrare nella nostra vita. Per riuscire dunque a sopravvivere in un ambiente estremamente complesso e ricchissimo di stimolazioni, persone e oggetti diversi, come quello in cui viviamo, abbiamo bisogno di racchiudere ogni singolo elemento all'interno di categorie più ampie attraverso un processo automatico, quello di categorizzazione, appunto (Bargh, 1999; Macrae & Bodenhausen, 2000), che risponde a un bisogno di economia cognitiva (Collins & Quillian, 1969; Rosch, 1978). Ciò non vuol dire, tuttavia, che sia sempre la soluzione più utile ed efficace quella

di lasciare che la nostra mente proceda automaticamente a decodificare la realtà esterna tramite l'esclusivo utilizzo di stereotipi, ovvero trattando tutti gli elementi inseriti all'interno di una determinata categoria come se fossero totalmente equivalenti sulla base di *alcune* caratteristiche in comune. La categorizzazione di stimoli in classi (o concetti) preesistenti implica, infatti, un processo di *etichettamento* (Bruner, 1957) con cui generalizziamo le caratteristiche che consideriamo tipiche di quella categoria ad elementi diversi tra loro che, sulla base di alcune similarità, abbiamo inserito all'interno di una stessa classe di oggetti. Affidarsi unicamente a tale processo comporterebbe un'ipersemplificazione della realtà lasciando al di fuori della nostra consapevolezza molte informazioni importanti, che sarebbero invece necessarie per cogliere ed interpretare accuratamente tutti gli stimoli che incontriamo nella nostra quotidianità nei loro dettagli e reciproche peculiarità. L'attivazione di stereotipi, ovvero il prodotto di questo processo di categorizzazione sociale, favorisce quindi la velocità a scapito dell'accuratezza. Il risultato è la creazione di una pseudo-realtà ripulita dalla sua naturale complessità che, sebbene possa sembrarci in questa veste più chiara, semplice e rassicurante, poiché più familiare, non rispecchia davvero l'autenticità del reale: è un mondo fittizio che diversamente dal suo obiettivo originario, cioè agire in modo efficace, ci impedisce di rispondere accuratamente a ciò che ci circonda con esiti spesso disfunzionali e controproducenti, soprattutto quando a essere oggetto di tale semplificazione sono altri esseri umani che si ritrovano a subire inferenze improprie (Bruner et al., 1956) e pregiudizi sulla loro persona, fino a giungere a veri e propri comportamenti discriminatori (Brown, 1995).

Lo stereotipo SWAG sui Disturbi dell'Alimentazione rispecchia esattamente le caratteristiche di funzionamento dello stereotipo stesso. Sappiamo, ad esempio, che gli

stereotipi si basano sui dati di realtà che abbiamo incontrato più frequentemente nel corso della nostra esperienza. È vero, infatti, che storicamente la letteratura scientifica abbia mostrato una prevalenza sproporzionatamente maggiore di disturbi alimentari nel sesso femminile rispetto a quello maschile (American Psychiatric Association, 2013) e che tale maggiore prevalenza abbia portato nella stragrande maggioranza dei casi ad incontrare personalmente o nelle rappresentazioni dei media l'immagine di donne affette da disturbi dell'alimentazione. Ciò che il processo iper-semplificante dello stereotipo non considera, tuttavia, è che "maggioranza" non è sinonimo di "totalità" e che il fatto che esistano individui considerati prototipici di un determinato gruppo sociale, che incarnano, cioè, più di altri le caratteristiche considerate distintive di quella categoria, non implica che non possano esistere differenze tra i suoi membri. Tale fenomeno, dipendente dal processo di categorizzazione sociale, è definito *effetto di omogeneità dell'outgroup* e conduce a sovrastimare l'omogeneità del gruppo in cui il Sé non è inserito, quando questo è considerato come un'unica categoria sociale, attraverso un processo di *assimilazione intracategoriale* che ne annulla le differenze interne (Voci, 2011). Non solo, infatti, i disturbi alimentari non sono una patologia esclusivamente femminile, colpendo un numero elevato e sempre crescente di uomini e persone socializzate come tali (American Psychiatric Association, 2013; Chapman & Woodman, 2016; Duncan et al., 2017; Mitchison et al. 2014; Mitchison & Mond, 2015; Mohler-Kuo et al., 2016; Nagl et al., 2016; Strübel & Petrie, 2020; Sweeting et al., 2015), la cui sofferenza e relative peculiarità non possono essere ignorate o trascurate, ma gli stessi dati della letteratura a nostra disposizione non sono ancora in grado in taluni casi di restituirci un'immagine realistica, esaustiva ed accurata della prevalenza ed incidenza dei disturbi alimentari tra i vari generi, poiché il fenomeno è ancora in molti casi sommerso. Gli uomini con disturbi alimentari

sono sottorappresentati nei campioni di trattamento (Grillot & Keel, 2018), non solo perché la ricerca si è concentrata in misura minore su di loro (Anderson & Bulik, 2004; APA, 2013), ma anche perché gli uomini tendono ad essere più restii a cercarne uno (Forrest et al., 2017). Tra le barriere al trattamento, infatti, vi è la persistenza negli uomini di una visione stereotipica del disturbo alimentare come un "disturbo da donne", che mostra un complesso intreccio di resistenze intrise di sessismo e machismo, che porta gli uomini a non riconoscere, negare o sottovalutare la necessità di chiedere aiuto (Bomben et al., 2022; Griffiths et al., 2015), non arrivando mai all'attenzione clinica o arrivandoci solo quando il quadro sintomatologico arriva a compromettere gravemente il proprio funzionamento psicosociale. Inoltre, spesso l'idea che i disturbi alimentari siano problemi tipicamente femminili ne impedisce il riconoscimento anche da parte dei caregivers o di altre persone significative, portando lɜ stessɜ professionistɜ della salute mentale a sottodiagnosticare la presenza del disturbo negli uomini cisgender (Bomben et al., 2022; Cachelin & Striegel-Moore, 2006; Merikangas et al., 2011; Raevuori et al., 2014; Thapliyal & Hay, 2014) non riconoscendone adeguatamente i sintomi, dal momento che la manifestazione sintomatologica può anche assumere caratteristiche differenti rispetto alle donne cisgender (Brown & Keel, 2023; Calzo et al., 2016; Crisp et al., 2006; Field et al., 2014; Nagata et al., 2021; Raevuori et al., 2014) o ascrivendoli ad altri quadri psicopatologici quali disturbi depressivi, ansiosi o ossessivo-compulsivi (Graglia, 2000; Mancini et al., 2018; McClain & Peebles, 2016). Il *bias* di genere in ambito psicologico e psicodiagnostico può quindi contribuire ad una seria difficoltà nell'attribuire il medesimo significato ai sintomi riportati da persone di diverso genere o nel riconoscere le modalità differenti con cui uno stesso disturbo può manifestarsi in generi diversi,

distorcendo quindi i dati relativi alla prevalenza e all'incidenza dei disturbi dell'alimentazione disponibili nella letteratura scientifica.

Gli stereotipi possono quindi poggiare su un immaginario collettivo creato e mantenuto da effettivi dati di realtà, quali la letteratura scientifica appunto, che non risultano essere errati di per sé, ma che rischiano di essere riduttivi e parziali se non si tiene in debita considerazione anche le modalità con cui tali dati sono raccolti, le motivazioni e i pregiudizi che ne sono alla base, nonché le variabili che possono limitarne la generalizzabilità. Una delle caratteristiche più insidiose degli stereotipi, infatti, consiste nella loro capacità di autoalimentarsi automaticamente poiché non costituiscono esclusivamente il prodotto finale di un processo di categorizzazione sociale, ma si radicano nella nostra mente assumendo il ruolo di concetti guida a partire dai quali orientiamo le nostre interpretazioni e i nostri comportamenti che tenderanno a loro volta a confermare ed alimentare lo stereotipo stesso al di fuori della nostra consapevolezza. Ciò che risulta essere fondamentale, quindi, anche e soprattutto in ambito scientifico e nella ricerca, è l'impegno ad esercitare coscientemente un pensiero critico che possa cogliere e considerare tutte le alternative e le variabili possibilmente implicate, ovvero preservare la complessità dell'esistente.

Tali processi possono inoltre aiutare a spiegare anche la tendenza ad immaginare i disturbi alimentari come disturbi tipicamente giovanili, in particolare legati all'età adolescenziale, che porta con sé una serie di *bias* e convinzioni in cui il pregiudizio ageista, che descrive le persone adolescenti come intrinsecamente problematiche, immature e superficiali, si interseca con lo stigma relativo al disturbo alimentare producendo l'idea che quest'ultimo sia motivato da una mera richiesta di attenzioni, che rappresenti un atto di ribellione passeggero o che sia caratterizzato da pensieri frivoli

spesso connessi al desiderio di raggiungere utopici ideali di bellezza socio-culturalmente veicolati e rinforzati dal gruppo dei pari. Tuttavia, sebbene l'adolescenza rappresenti un periodo sicuramente critico e spesso determinante nell'eziopatogenesi dei disturbi alimentari, poiché rappresenta la fase del ciclo di vita in cui più frequentemente si colloca l'esordio del disturbo stesso e in cui la sintomatologia risulta essere prevalente (Galmiche et al., 2019; Herpertz-Dahlmann, 2015; Neumark-Sztainer et al., 2011; Rapee et al., 2019; Stice et al., 2009; Streatfeild et al., 2021; Swanson, 2011; Volpe et al., 2016), le persone con disturbi alimentari non sono esclusivamente adolescenti o giovani adulte, per due ordini di ragioni.

Il primo è che i disturbi alimentari sono patologie estremamente complesse e con un'eziopatogenesi multifattoriale profondamente influenzata anche dalle caratteristiche delle varie fasi storiche e dei contesti socioculturali in cui si manifestano. Si parla, infatti, di patoplasticità per indicare la profonda influenza della cultura nel plasmare e modellare la forma e la manifestazione dei disturbi, che sono appunto "plastici", versatili e mutevoli per effetto delle caratteristiche e dei significati dei contesti socio-ambientali in cui essi si inscrivono nel corso delle varie epoche (Dalla Ragione & Bianchini, 2008). Questo si traduce in un'estrema variabilità non solo nella presentazione clinica del disturbo (Reed & Ort, 2022), ma anche nei fattori di insorgenza, scatenanti e di mantenimento che possono determinarne la comparsa in qualsiasi fase della vita, a partire da motivazioni estremamente diversificate e dalla specifica storia di vita di ciascuna persona. Dalla letteratura scientifica e dall'esperienza clinica, infatti, sappiamo come si stia attualmente verificando un significativo abbassamento dell'età tipica di insorgenza dei disturbi alimentari, che sta raggiungendo sempre più frequentemente l'età prepuberale e infantile (Ministero della Salute, 2016; Phillipou et al., 2020; Ruocco et al., 2017). Inoltre, una

recente review di Brown e Keel (2023), ha evidenziato come mentre in età più giovane i disturbi alimentari siano più diffusi nelle donne che negli uomini (Hudson et al., 2007), i diversi cambiamenti psico-fisici legati all'invecchiamento possono portare ad un aumento del rischio di disturbi alimentari negli uomini di mezza età (Kummer et al., 2019). Ad esempio, gli studi indicano che con il passare del tempo l'orientamento alla magrezza tende a diminuire nelle donne, mentre tende ad aumentare negli uomini (Brown et al., 2020, Keel et al., 2007) facendo così affievolire le differenze di genere rilevate durante l'adolescenza ed aumentandone la prevalenza negli uomini adulti (Brown et al., 2020; Hudson et al., 2007).

Un secondo motivo per cui i disturbi alimentari non possono essere considerati patologie esclusivamente giovanili è che, sebbene essi possano insorgere più frequentemente durante la pubertà e la pre-adolescenza, spesso purtroppo il loro decorso e il relativo trattamento (soprattutto se non preso in carico tempestivamente) appaiono essere particolarmente lunghi, complessi e caratterizzati da numerose ricadute (Bardone-Cone et al., 2018; Fairburn et al., 2000; Kenny et al., 2019), portando a tassi di prevalenza molto elevati tra persone adulte di tutte le età.

Un altro elemento che potrebbe spiegare la persistenza dello stereotipo SWAG è la tendenza della nostra mente a creare rappresentazioni generalizzate della realtà a partire da ciò che è più simile o più vicino alla nostra esperienza soggettiva. La cognizione umana, infatti, e dunque la costruzione di concetti e di rappresentazioni, è fortemente condizionata dall'interazione del soggetto con il mondo esterno ed è, quindi, ancorata e situata in un particolare contesto di azione (Barsalou, 1999, 2008), oltre che "incarnata" nelle conoscenze corporee e situazionali possedute dall'individuo (Lakoff & Jahnson, 1999). A partire dunque da tali processi automatici, l'immagine di una persona affetta da

un disturbo alimentare tenderà quindi ad essere calata all'interno della nostra specifica cultura, assumendo tratti e marcatori fisici che caratterizzano noi e la maggior parte delle persone che ci circondano. Se viviamo in un contesto occidentale, la rappresentazione del disturbo alimentare ruoterà attorno all'immagine di una donna a sua volta occidentale, bianca (soprattutto se anche noi abbiamo la pelle bianca), e probabilmente della nostra stessa lingua e nazionalità. È possibile qui osservare, oltre al già citato *bias* di genere, un duplice livello di generalizzazione che parte dalla propria esperienza situata e ne sottolinea il carattere ego-centrato, inteso come la tendenza a porre al centro il proprio Io e le sue specifiche caratteristiche come punto di partenza da cui costruire le rappresentazioni sul mondo e sull'esistente.

Il primo livello di generalizzazione è messo in luce dall'ignorare che non tutte le persone occidentali o di nazionalità italiana hanno la pelle bianca; mentre il secondo livello è evidenziato dal non considerare che la realtà si estende oltre la singolarità della nostra cultura o contesto di vita, esperiti come centrali o in taluni casi come gerarchicamente primari, e pertanto dall'ignorare che i disturbi alimentari siano patologie riscontrabili in tutte le aree geografiche, le nazionalità e le culture, ciascuna con caratteristiche peculiari. L'idea che i disturbi alimentari siano tipicamente occidentali e legati al benessere delle società capitalistiche è, infatti, smentita dai dati di ricerca che hanno mostrato una significativa associazione tra tali disturbi e i livelli di insicurezza alimentare (Darling et al., 2017). Le persone che vivono infatti in condizioni di insicurezza alimentare presentano una maggiore sintomatologia, in particolare un'elevata prevalenza di Bulimia Nervosa e Binge Eating (Hazzard, Loth et al., 2020), evidenziando come tali patologie non siano esclusivamente, né tipicamente, legate a stati socioeconomici elevati e come sia possibile riscontrare differenze nei livelli di

insoddisfazione corporea e di sintomi alimentari sulla base dell'identità etnica (Burke et al., 2022; Ricciardelli et al., 2007; Rodgers et al., 2018).

Uno studio recente (Simone et al., 2022) ha, ad esempio, rilevato differenze etniche e razziali nella traiettoria di sviluppo delle abbuffate compulsive, con una traiettoria lineare negli uomini neri, bianchi e asiatici, e un picco nell'adolescenza e nella prima età adulta negli uomini ispanici/latini. Quest'ultimi, inoltre, tendono a presentare in generale una maggiore sintomatologia ascrivibile allo spettro bulimico, rispetto agli uomini bianchi non ispanici/latini (Simone et al., 2022, Yu & Perez, 2021) e rispetto agli uomini asiatico-americani e asiatici in cui si evidenziano maggiori comportamenti volti ad aumentare la muscolosità (Yu & Perez, 2021), una maggiore insoddisfazione muscolare (Grammas & Schwartz, 2009) e maggiori sintomi di Dismorfia Muscolare (White et al., 2019). Similmente alle società occidentali, la cultura cinese è, infatti, fortemente grassofobica, con una tendenza a stigmatizzare le persone che si allontanano dall'ideale di magrezza e muscolosità, poiché i corpi grassi sono associati all'idea di bruttezza, goffaggine e stupidità (Li Y, 2020). Le giovani persone nere, inoltre, sono maggiormente colpite da disturbi alimentari rispetto ai loro coetanei bianchi (Austin et al., 2011, 2013; Burke et al., 2021; Gordon et al., 2023; Lipson et al., 2018, 2022; Simone et al., 2022; Sonneville & Lipson, 2018), sebbene abbiano una minore probabilità di ricevere una diagnosi clinica di DA (Gordon et al., 2023; Sonneville & Lipson, 2018) evidenziando la persistenza di disuguaglianze sistemiche in ambito clinico.

Infine, viviamo all'interno di un contesto socioculturale in cui l'orientamento eterosessuale e il binarismo di genere sono considerati la norma, e in cui tutti coloro che deviano da tale traiettoria predeterminata sono considerati "soggetti imprevisti", come direbbe Carla Lonzi (1974), da ammonire ed invisibilizzare. La cis-"eterosessualità

obbligatoria" (Rich, 1980) è dunque la condizione aprioristicamente attribuita a tutti gli individui, laddove tutte le altre possibili sfumature identitarie risultano essere generalmente non contemplate e inintelligibili, al punto da non rientrare neanche nel nostro sistema di rappresentazioni e dunque nelle mappe concettuali con cui leggiamo ed interpretiamo la realtà circostante.

Anche nell'ambito della ricerca, infatti, la maggior parte degli studi sui Disturbi dell'Alimentazione ha incluso campioni di donne cisessuali, bianche e solo presumibilmente eterosessuali (Burke et al., 2020; Hoek & Van Hoeken, 2003; Hyde, 2008; McClain & Peebles, 2016; Mitchison et al., 2014; Murray et al., 2017), non solo a causa di quella che è stata considerata la maggiore prevalenza di tale disturbo nella popolazione femminile, ma anche per i limiti metodologici che hanno ostacolato la possibilità di reclutare campioni sufficientemente ampi e diversificati in grado di includere la pluralità delle componenti identitarie potenzialmente coinvolte, che possono quindi essere escluse o non adeguatamente rilevate dagli studi presenti in letteratura (Bankoff & Pantalone, 2014; Kuna & Sobów, 2017). Come nel caso delle minoranze di genere e sessuali (SGM)[1], infatti, anche le persone nere, latine, indigene (BIPOC) sono state a lungo sottorappresentate nella ricerca relativa ai disturbi alimentari e

[1] In questo lavoro si adottano prevalentemente i termini "minoranza" e "minoritario", nelle loro diverse declinazioni, al fine di facilitare il dialogo interdisciplinare, mantenendo una terminologia consolidata nella letteratura scientifica internazionale. Tuttavia, in linea con una prospettiva critica che interroga i rapporti di potere, si adotta l'aggettivo "minorizzato" ogniqualvolta si intendano enfatizzare i processi attivi di esclusione, stigmatizzazione e marginalizzazione riconoscendo la dimensione processuale, politica e storicamente situata nella costruzione delle posizioni di subalternità. Tale prospettiva, radicata negli studi queer e post-coloniali, consente di spostare il focus sui dispositivi di potere e sulle forme di oppressione sistemica attraverso cui tali soggettività sono *rese* minoritarie, evitando il rischio di una lettura naturalizzante ed essenzializzante delle condizioni di marginalità.

sottodiagnosticate in ambito clinico, a causa di *bias* razzisti ed eurocentrici (Becker et al., 2003; Capodilupo, 2015; Capodilupo & Kim, 2014; Gilbert, 2003; Gordon et al., 2002).

La persistenza di stereotipi e pregiudizi può pertanto influenzare anche la ricerca, conducendo a *bias* sistematici e pervasivi che si manifestano in tutte le fasi del processo di produzione della conoscenza: dalla progettazione, passando dall'analisi dei dati e alla loro interpretazione, fino agli esiti della ricerca. Nel caso specifico, l'assenza di un'ottica *gender sensitive* ed intersezionale può condurre spesso ad una sottorappresentazione o esclusione di alcune soggettività o gruppi sociali a vantaggio di altri, a partire dai quali si determinando gli interessi di ricerca considerati prioritari che si traducono in disuguaglianze strutturali in diversi ambiti fondamentali: dall'accesso alle conoscenze, alle politiche, alle cure sanitarie.

Per fortuna negli ultimi anni stiamo assistendo ad un significativo cambio di rotta, con un maggiore impegno nell'includere nella ricerca anche soggettività storicamente sottorappresentate e invisibilizzate, consentendoci di raggiungere una migliore comprensione dei disturbi alimentari come patologie trasversali che possono colpire individui di tutti i sessi, generi, età, etnie, orientamenti sessuali, pesi corporei e status socioeconomici (Donahue et al., 2024; Gordon et al., 2023; Schaumberg et al., 2017).

1.3 Prevalenza dei Disturbi dell'Alimentazione nella popolazione LGBTQIA+: una revisione della letteratura

Si stima che in tutto il mondo tra lo 0,6 e il 26,7% di persone adolescenti e giovani adulte, identificate binariamente come maschi e femmine, soffra di un Disturbo dell'Alimentazione (DA) (Silén & Keski-Rahkonen, 2022). Recenti studi riportano una prevalenza statunitense di disturbi alimentari del 3,4-3,8% tra le adolescenti identificate

come donne, dell'1,2-1,5% tra gli adolescenti identificati come uomini e del 2,7% per adolescenti in generale (APA, 2013; Merikangas et al., 2010; Silén & Keski-Rahkonen, 2022; Streatfeild et al., 2021).

La letteratura scientifica, tuttavia, evidenzia coerentemente un maggior rischio e una maggiore prevalenza di Disturbi dell'Alimentazione, pattern di alimentazione disordinata e insoddisfazione corporea nelle persone LGBTQIA+ rispetto alla popolazione generale, a causa di una complessa interazione di fattori riconducibili alle costruzioni sociali di genere, agli ideali corporei dominanti nella micro- e macro-cultura di riferimento e al sistema fortemente cis-eteronormativo a cui sono pervasivamente esposte (Arikawa et al., 2021; Calzo et al., 2017; Diemer et al., 2018; Kamody et al., 2020; Mensinger et al., 2020; Nagata et al., 2020; Parker & Harriger, 2020).

In adolescenti LGBTQIA+, in particolare, si riscontrano tassi significativamente più elevati di comportamenti alimentari disordinati (Austin et al., 2013; Guss et al., 2017; Jones et al., 2016; Nagata, Ganson & Austin, 2020; Parker & Harriger, 2020; Roberts et al., 2021; Watson, Adjei et al., 2017) e disturbi alimentari (Hallward et al., 2023; Parmar et al., 2021) rispetto ai pari cis-etero, con adolescenti appartenenti a minoranze di genere (GM) che presentano una maggiore e più grave sintomatologia rispetto alle altre minoranze sessuali (SM) (López-Gil et al., 2023; Silén & Keski-Rahkonen, 2022). L'adolescenza è, infatti, considerata un periodo della vita caratterizzato da una particolare vulnerabilità all'insorgenza di disturbi alimentari (Galmiche et al., 2019; Herpertz-Dahlmann, 2015; Hudson et al., 2007; Neumark-Sztainer et al., 2011; Rapee et al., 2019; Stice et al., 2009; Streatfeild et al., 2021; Swanson, 2011; Volpe et al., 2016), a causa dei numerosi cambiamenti psico-corporei e relazionali che esso porta con sé, cui si aggiunge l'esplorazione della propria identità sessuale (Ott et al., 2011) che nel caso di adolescenti

LGBTQIA+ può essere vissuta in modo conflittuale poiché non conforme al sistema di valori e di credenze socialmente prescritto ed atteso (Nagata, Stuart et. al., 2024; Philbin et al., 2023). Una recente revisione di Nagata, Stuart et al. (2024) riporta, infatti, che tra adolescenti LGBTQIA+ circa il 54% aveva ricevuto una diagnosi di Disturbo dell'Alimentazione e un ulteriore 21% sospettava di averne sofferto nel corso della sua vita. Si evidenzia, inoltre, un'elevata prevalenza anche di quadri sintomatologici non ascrivibili alle comuni diagnosi di disturbi dell'alimentazione incluse nel DSM-5, come una maggiore Dismorfia Muscolare (MD) in persone adolescenti e giovani adulte SM rispetto ai pari eterosessuali (Ganson et al, 2023), e maggiori sintomi di Ortoressia Nervosa (ON) negli individui LGBTQIA+ rispetto agli individui cisgender ed eterosessuali (Noebel et al., 2023).

Tuttavia, la maggior parte della ricerca in letteratura si è focalizzata sulle differenze esistenti tra la popolazione LGBTQIA+ e la popolazione cis-eterosessuale, veicolando l'immagine di una generica "minoranza sessuale" come una totalità intrinsecamente omogenea che ha condotto ad una limitazione nella disponibilità di dati necessari a rilevare opportunamente le differenze esistenti all'interno di essa (Rosenbaum et al., 2023). Gran parte delle ricerche in questo campo, infatti, sono state guidate dalla decisione di utilizzare una specifica categoria di indagine, cioè la popolazione non-ciseteronormata, creata per opposizione binaria rispetto ad un'altra categoria ciseterosessuale considerata implicitamente come la norma di riferimento, una scelta metodologica che sottende e veicola inevitabilmente specifiche rappresentazioni e significati simbolici. Solo di recente, ad esempio, gli studi hanno cominciato ad esplorare le persone bisessuali come gruppo distinto di indagine, piuttosto che essere sussunte nella categoria "lesbica" o "gay", inserite nel più ampio gruppo "omosessuale" o "non-etero",

o addirittura escluse totalmente dallo studio (Brown & Keel, 2015; Convertino et al., 2021; Frederick et al., 2022; Gigi et al., 2016; Matthews-Ewald et al., 2014; Meneguzzo et al., 2018). Gli studi, inoltre, tendono a focalizzarsi sugli effetti isolati o del genere o dell'orientamento sessuale sul comportamento alimentare ignorando l'influenza data dalla loro reciproca intersezione, ad esempio utilizzando il genere, prevalentemente binario, come categoria sovraordinata rispetto all'orientamento sessuale oppure, in linea con quella che è la visione eterocentrica prevalente che vuole contrapporre l'orientamento etero-dominante con tutto ciò che è *non*-etero, tendono a convogliare tutti i generi e gli orientamenti in una generica categoria LGBTQIA+ (Knight & Preston, 2023).

Esplorando l'identità sessuale come un prisma poliedrico e multisfaccettato, è possibile invece rilevare una profonda variabilità intracategoriale e specifiche peculiarità caratterizzanti i singoli generi ed orientamenti sessuali, così come le loro diverse possibili intersezioni.

Le ricerche che hanno esaminato specificamente l'orientamento bisessuale come gruppo indipendente di indagine, hanno ad esempio riscontrato livelli più elevati di sintomi di disturbi alimentari tra le persone bisessuali (Shearer et al., 2015; Tabler et al., 2019), mostrando coerentemente maggiori tassi di DA e di comportamenti alimentari disordinati soprattutto nelle donne bisessuali, rispetto agli uomini omo-, etero- e bi-sessuali e alle donne lesbiche ed eterosessuali (Austin et al., 2009, 2013; Friedman & Leaper, 2010; Maloch et al., 2013; Mor et al., 2015; Parker & Harriger, 2020; Polimeni et al., 2009; Shearer et al., 2015). Inoltre, le donne bisessuali e gli uomini gay riportano un'insoddisfazione per il proprio peso significativamente più alta rispetto alle persone eterosessuali, alle donne lesbiche e agli uomini bisessuali (Meneguzzo et al., 2021). Come si legge, infatti, nelle recenti linee guida dell'APA (2021) per la pratica psicologica con

persone appartenenti a minoranze sessuali, gli individui bisessuali di qualsiasi genere presentano un maggior rischio di disturbi cardiovascolari, disabilità, disturbi alimentari, sintomi da stress post-traumatico e problemi di salute mentale che sono stati associati alla mancanza di supporto, all'invisibilità e alla discriminazione sulla base del loro orientamento sessuale non binario (American Psychological Association, 2021; Davids & Green, 2011), non solo nella più ampia società ciseterosessista, ma anche all'interno della stessa comunità LGBTQIA+ poiché descritte come indecise, promiscue o inconsapevolmente omofobe (Brewster & Moradi, 2010; Burleson, 2005; Rust, 1992; Shearer et al., 2015).

Anche studi che sono andati oltre l'utilizzo di categorie discrete, per indagare l'orientamento sessuale attraverso misure dimensionali piuttosto che categoriali, hanno riportato tassi più elevati di sintomi alimentari nelle donne "bisessuali", "maggiormente omosessuali", "solo occasionalmente attratte dallo stesso sesso" o che si identificavano come "eterosessuali con un'attrazione o comportamenti sessuali verso persone dello stesso sesso", rispetto alle donne "esclusivamente eterosessuali" o "esclusivamente lesbiche" (Austin et al., 2009; Beccia et al., 2021; Cochran et al., 2007; Hadland et al., 2014; Laska et al., 2015; Shearer et al., 2015; VanKim et al., 2015; Wichstrøm, 2006). Allo stesso modo, coerentemente con studi precedenti (Watson et al., 2016), Calzo et al. (2018) hanno evidenziato livelli più elevati di insoddisfazione corporea e comportamenti DA nelle partecipanti che si identificavano come "lesbiche", "bisex" e "maggiormente etero", rispetto alle loro pari "completamente etero".

Come riportato da Brownstone et al. (2023), inoltre, la letteratura più recente ha evidenziato una prevalenza e un rischio elevati di disturbi alimentari soprattutto tra gli uomini gay cisgender e gli adulti bisessuali, *questioning* e transgender (Hazzard, Simone

et al., 2020; Mensinger et al., 2020; Parker e Harriger, 2020). Tali dati sono coerenti con studi precedenti che suggeriscono come adolescenti incerti o *questioning* rispetto al proprio orientamento sessuale, il quale cioè è ancora oggetto di un processo di auto-determinazione ed esplorazione personale, abbiano similmente ai pari LGBTQIA+ un maggior rischio di sperimentare stress (Oswalt & Wyatt, 2011) o difficoltà psicologiche, incluso un maggior rischio di suicidalità (Williams et al., 2005; Zhao et al., 2010; Zullig et al., 2017) e disturbi alimentari (Austin et al., 2013; Hadland et al., 2014; Kuna & Sobów, 2017; Matthews-Ewald et al., 2014; Shearer et al., 2015). Analogamente, le donne *questioning*, in cerca di una maggiore consapevolezza rispetto alla propria sessualità, sono tra le soggettività con il rischio più elevato di sviluppare disturbi alimentari diagnosticabili (Shearer et al., 2015). Tali risultati, unitamente a quelli illustrati precedentemente, contrastano con l'ipotesi diffusa in letteratura secondo la quale le donne appartenenti a una minoranza sessuale avrebbero una minore vulnerabilità all'insoddisfazione corporea e all'interiorizzazione di ideali di magrezza rispetto alle donne eterosessuali, poiché meno influenzate dalle norme etero-patriarcali (Alvy, 2013; Huxley et al., 2013; Polimeni et al., 2009), evidenziando come i dati che otteniamo dalla ricerca siano profondamente influenzati dal grado di ampiezza e rappresentatività delle categorie di indagine che decidiamo di creare, profondamente più complesse e sfumate rispetto alle mere divisioni bipartitiche o tripartitiche della sessualità.

Anche le minoranze di genere mostrano una maggiore prevalenza e una più grave sintomatologia di DA rispetto alle altre minoranze sessuali (Gordon et al., 2023; López-Gil et al., 2023; Lipson et al., 2018, 2019; McClain & Peebles, 2016; Silén & Keski-Rahkonen, 2022). Diverse ricerche hanno evidenziato maggiori sintomi di DA nelle persone adulte transgender, inclusi insoddisfazione corporea, uso di lassativi e pillole

dimagranti, abuso di steroidi, vomito autoindotto, episodi di abbuffate e digiuno (Cusack et al., 2022; Diemer et al., 2015; Mirabella et al., 2020; Nagata, Murray et al., 2020; Vocks et al., 2009; Watson, Veale et al., 2017; Witcomb et al., 2015), e nelle persone giovani *Transgender and Gender Diverse* (TGD) incluso binge eating soggettivo, binge eating obiettivo, vomito auto-indotto, uso di lassativi o attività fisica compensatoria (Diemer et al., 2015; Guss et al., 2016; Kramer et al., 2024). Nelle persone transgender e di genere non binario (TGNB), infatti, si evidenziano livelli più elevati di disturbi alimentari rispetto alle loro controparti cisgender in tutti gli studi (Ålgars et al., 2012; Coelho et al., 2019; Diemer et al., 2015, 2018; Gordon et al., 2016; Jones et al., 2016), con le donne transgender che riportano maggiori comportamenti alimentari disordinati rispetto alle donne cisgender, agli uomini transgender e agli individui non binari/genderqueer (Nagata, Murray et al., 2020; Nagata et al., 2022).

Uno studio di Noebel et al. (2023), ha riscontrato anche sintomi maggiori di Ortoressia Nervosa nelle donne transgender rispetto alle donne cisgender e agli uomini cisgender ascrivibili, secondo gli autori, alla maggiore pressione ad aderire allo standard estetico che vede la femminilità associata ad un corpo esile e minuto, da mantenere attraverso ferree regole alimentari, coerentemente con studi precedenti (Ålgars et al., 2012; Nagata, Murray et al., 2020; Roberts et al., 2021). Analogamente, la minore sintomatologia ortoressica riportata dagli individui nonbinary/genderqueer rispetto alle donne cisgender, alle donne transgender e agli uomini transgender, è stata ricondotta all'assenza del bisogno percepito di inscriversi all'interno degli schemi socioculturali di genere e, dunque, dalla mancata identificazione con le rappresentazioni binarie ideali di mascolinità e femminilità dominanti (Noebel et al., 2023). Tale interpretazione è supportata da altri studi che hanno evidenziato una minore insoddisfazione corporea in

tali soggettività rispetto alle donne e agli uomini transgender (Huisman et al., 2022; Jones et al., 2019; Kennis et al., 2022; Richburg & Stewart, 2022), sebbene riportino in altri studi una maggiore insoddisfazione corporea (Jones et al., 2019) e maggiore alimentazione disordinata rispetto agli individui cisgender (Avila et al., 2019; Roberts et al., 2021), e maggiori probabilità di ricevere una diagnosi clinica di DA rispetto ad individui trans con un'identità di genere binaria (Diemer et al., 2018).

I risultati contrastanti rispetto alla popolazione con un'identità di genere non binaria potrebbero rispecchiare la complessità ed eterogeneità di queste soggettività per le quali le componenti legate al Minority Stress, che possono accomunarle alle altre minoranze sessuali e di genere, potrebbero legarsi alla variabilità dei processi di interiorizzazione degli ideali corporei, che possono essere ad esempio più vicini agli standard femminili o a quelli maschili, ad entrambi contemporaneamente o in maniera fluida nel corso del tempo, ma anche a nessuno dei due o orientati al raggiungimento di un ideale corporeo del tutto diverso e peculiare, evidenziando ancora una volta la necessità di esplorare le differenze intra-categoriali (Cusack & Galupo, 2021; Galupo et al., 2021).

Sappiamo ancora relativamente poco, infatti, degli specifici fattori di rischio, precipitanti e di mantenimento (Rosenbaum et al., 2023), e dei meccanismi psicologici sottesi ai disturbi alimentari (Keshaviah et al., 2014) all'interno della popolazione LGBTQIA+, sebbene la letteratura suggerisca la presenza di percorsi eziopatologici specifici e peculiari rispetto alla popolazione cis-eterosessuale (Duffy et al., 2016; Engeln-Maddox, et al., 2011; Feldman & Meyer, 2007; Gordon et al., 2016, 2021; Jones et al., 2016; McClain & Peebles, 2016; Nagata et al., 2020; Wang & Borders, 2017; Watson et al., 2015) che è necessario esplorare al fine di implementare interventi di

prevenzione e di trattamento che siano adeguati e specificamente mirati (Kotlicka-Antczak et al., 2020; Nagata, Stuart et al., 2024; Solmi et al., 2021).

Diversi studi hanno, ad esempio, evidenziato come alcuni fattori, quali l'insoddisfazione corporea, il perfezionismo, l'ansia e la bassa autostima (Ålgars et al., 2012; Jones et al., 2018; Romito et al., 2021), così come le pressioni socioculturali sulla perdita di peso e sull'aspetto esteriore, che veicolano specifici ideali estetici di femminilità e maschilità (Brewster et al., 2019; Gordon et al., 2016; McGuire et al., 2016; Muratore et al., 2022; Roberts et al., 2022; Romito et al., 2021), esercitino un impatto significativo sull'immagine corporea e sui comportamenti alimentari sia nella popolazione transgender e *gender diverse* che nella popolazione ciseterosessuale, tali da poter essere definiti fattori di rischio condivisi di DA (Gordon et al., 2024). Tuttavia, la specificità dei vissuti e dei percorsi evolutivi esperiti dalle soggettività trans*, le espongono anche a fattori di rischio di DA unici e peculiari (Brewster et al., 2019; Jones et al., 2018; McClain & Peebles, 2016; Stice, 2002; Uniacke et al., 2021; Van De Grift et al., 2016; Watson, Veale et al., 2017) in particolare legati al Minority Stress e ai vissuti di disforia di genere e disforia corporea (Cusack et al., 2021; Diemer et al., 2015; Gordon et al., 2016, 2021; Hembree et al., 2017; Malina, 2021; McClain & Peebles, 2016; Nagata, Ganson & Austin, 2020; Van De Grift et al., 2016). Infatti, se la presenza di contesti positivi percepiti come sicuri e caratterizzati da relazioni supportive e affermative possono svolgere una funzione protettiva, riducendo i vissuti disforici e limitando l'impatto negativo del Minority Stress (Lessard et al., 2021; Parker & Harriger, 2020; Watson et al., 2016, 2019), l'esposizione invece a contesti discriminanti e ad esperienze di vittimizzazione, stigma ed invalidazione può aumentare significativamente il rischio di disturbi alimentari (Muratore et al., 2022; Tabaac et al., 2018; Urban et al., 2022; Watson

et al., 2016). Hendricks e Testa (2012) sono stati infatti tra i primi a adattare la teoria del Minority Stress ai vissuti e alle esperienze delle persone TGD sottolineandone le radici strutturali e le oppressioni sistemiche, dal momento che il modello originario non riusciva a cogliere la specificità dello "stress da emarginazione" (Puckett et al., 2021) esperito dalle soggettività trans*, fortemente radicato nella costruzione binaria del genere.

La letteratura, pertanto, suggerisce la possibilità di individuare fattori di rischio e fattori protettivi specifici per ogni singola soggettività, evidenziando la necessità di andare oltre la visione semplicistica e generalizzante che descrive la popolazione LGBTQIA+ come entità monolitica (Nagata, Stuart et al., 2024) che ne invisibilizza la ricchezza interna cancellandone le differenze.

1.3.1 Tra Minority Stress, Teoria dell'Oggettivazione ed Intersezionalità: un inquadramento teorico

La teoria del Minority Stress (Meyer, 2003) rappresenta un punto di riferimento imprescindibile quando si parla di popolazioni stigmatizzate, alla quale sono stati di volta in volta integrati svariati altri modelli teorici idonei a spiegare, nella loro specificità, la molteplicità dei disturbi che possono emergere all'interno di tali popolazioni rese particolarmente vulnerabili dalle esperienze di discriminazione ed emarginazione a cui sono sistematicamente sottoposte (DeBord et al., 2017; Feldman & Meyer, 2007; Hatzenbuehler & McLaughlin, 2014; Mayock et al., 2009; Russell & Fish, 2016; Stuber et. al, 2008; Williams et al., 2017). La Teoria del Minority Stress è, infatti, la principale cornice teorica attraverso cui è stato spiegato anche il maggior rischio di disturbi alimentari nelle persone LGBTQIA+, letti come una potenziale conseguenza delle strategie disfunzionali messe in atto dal soggetto per far fronte all'affettività negativa

prodotta dagli stressors distali e prossimali a cui sono pervasivamente esposte in una società fortemente ciseteronormativa (Calzo et al., 2020; Gordon et al., 2016, 2019; Katz-Wise et al., 2015). In particolare, se i primi fanno riferimento a fattori di stress oggettivi, quali concrete esperienze di violenza e discriminazione, gli stressors prossimali sono invece perlopiù soggettivi, legati pertanto alla particolare valenza e ai significati personali che gli individui possono attribuire agli eventi e alle circostanze esterne e che possono, di conseguenza, avere un diverso livello di impatto stressogeno. Sulla base di questa cornice concettuale, le frequenti esperienze di discriminazione e vittimizzazione (fattori distali), unitamente allo stigma percepito, all'interiorizzazione di tale stigma sotto forma di omonegatività interiorizzata e al conseguente occultamento della propria identità sessuale (fattori prossimali), pongono le persone LGBTQIA+ a rischio di peggiori condizioni di salute psico-fisica (Hendricks & Testa, 2012), inclusi i disturbi alimentari (Arikawa et al., 2021; Balsam et al., 2013; Parker & Harriger, 2020; Mensinger et al., 2020; Nagata, Ganson & Austin, 2020; White et al., 2023). Coerentemente con la teoria del Minority Stress, infatti, la letteratura mostra come gli individui SM che percepiscono una maggiore stigmatizzazione da parte del contesto socioculturale, presentino anche una maggiore probabilità di riportare sintomi di un disturbo alimentare (Bell et al., 2019; Mason et al., 2017; Parker & Harriger, 2020) e come i vissuti di vergogna, occultamento della propria sessualità e discriminazione aumentino il rischio di sviluppare disturbi alimentari sia in uomini che donne con una identità sessuale minoritaria (Bayer et al., 2017; Parker & Harriger, 2020; Wang et al., 2017; Watson et al., 2016;). Alcuni studi evidenziano, ad esempio, come l'esposizione a stressors distali e prossimali predicano l'insorgenza di disturbi alimentari negli uomini SM (Grunewald et al., 2021, Wang &

Borders, 2017), e come in particolare lo stigma percepito aumenti di 5 volte il rischio di sviluppare un DA nelle giovani persone adulte SM (Kamody et al., 2020).

La letteratura recente sta sottolineando sempre di più, tuttavia, l'importanza di includere una prospettiva intersezionale nella ricerca sui Disturbi dell'Alimentazione (Burke et al., 2020; Lawrence et al., 2024), ancora poco studiata (Lawrence et al., 2024; McEntee et al., 2021), alla luce delle evidenze che mostrano i significativi effetti sulla salute che i diversi sistemi strutturali di oppressione esercitano sugli individui a seconda delle diverse posizioni sociali marginalizzate che essi ricoprono e del modo in queste possono in diverso modo intersecarsi, generando esperienze individuali sfumate e peculiari (Conover & Israel, 2019; Lopez & Gadsen, 2016; Parent et al., 2013).

Alcuni studi hanno, infatti, evidenziato come i comportamenti alimentari disordinati possano essere particolarmente diffusi tra persone adolescenti con diverse posizioni sociali marginalizzate, a causa dell'intersezione di molteplici esperienze di discriminazione e di Minority Stress, ad esempio di matrice razzista ed eterosessista, allo stesso tempo (Beccia et al., 2019; Beccia et al., 2021).

In linea con ricerche precedenti che hanno utilizzato una lente intersezionale (Beccia et al., 2021), uno studio di Lawrence et al. (2024) che ha indagato la presenza di comportamenti alimentari disordinati in adolescenti LGBTQIA+, ha riscontrato l'elevata prevalenza di tali comportamenti all'interno del campione e come questa aumentasse in adolescenti con due o più posizioni sociali marginalizzate, suggerendo come l'intersezione di diverse esperienze di stigma possa aumentare il rischio di disturbi alimentari in adolescenti LGBTQIA+. In particolare, oltre il 57,8% delle persone partecipanti ha riferito di aver adottato nell'ultimo anno comportamenti non salutari per il controllo del peso, il 25,2% ha riportato comportamenti di controllo del peso

estremamente non salutari ed il 30,0% ha riferito l'utilizzo di abbuffate almeno una volta al mese.

Nella letteratura scientifica, tuttavia, la maggior parte delle ricerche che hanno indagato la maggiore prevalenza di disturbi alimentari nella popolazione LGBTQIA+ ha integrato la teoria del Minority Stress con la Teoria dell'Oggettivazione, in un modello panteorico in grado di fungere da cornice di riferimento per le esperienze corporee peculiari di tali soggettività.

La Teoria dell'Oggettivazione è una teoria sociopsicologica femminista elaborata da Fredrickson e Roberts (1998) per descrivere i processi attraverso i quali, soprattutto nelle culture occidentali, le donne e le persone socializzate come tali tendono ad essere ridotte a mero corpo, percepito e trattato come un oggetto volto a soddisfare il desiderio e lo sguardo sessualizzante maschile, il cosiddetto *Male Gaze*. A causa della pervasività delle rappresentazioni e delle pratiche sociali oggettivanti e sessualizzanti a cui sono sottoposte, le donne apprendono così a commisurare il proprio valore, e di conseguenza la propria autostima, in base a come il proprio corpo appare ed è valutato dall'esterno, fino ad interiorizzare lo sguardo altrui attraverso un processo di *auto-oggettivazione* volto a prevedere e controllare l'esito di questo costante processo di *social evaluation* (Appleby & Foster, 2013). In tal modo, i processi di oggettivazione e di auto-oggettivazione conducono ad una frammentazione del Sé corporeo, non più esperito come corpo soggettivato, ma come oggetto esternalizzato, separato dal Sé e scisso in elementi parziali sessualizzati.

Tale teoria è stata ampiamente studiata e testata negli anni dimostrando nelle donne l'associazione, già riscontrata dalle autrici Fredrickson e Roberts, tra i processi di oggettivazione e di auto-oggettivazione e lo sviluppo di disturbi dell'alimentazione

(Calogero et al., 2005), comportamenti alimentari disordinati (Noll & Fredrickson, 1998; Tiggemann & Kuring, 2004), oltre ad altri esiti negativi sulla salute psicologica come la depressione (Grabe et al., 2007; Hallsworth et al., 2005; Impett et al., 2011).

Sebbene meno numerose, nel tempo sono cresciute anche le ricerche che hanno indagato tali processi e i relativi esiti negli uomini evidenziando risultati analoghi tra i generi binariamente intesi, tra cui una minore autostima corporea in presenza di elevati livelli di auto-oggettivazione (Strelan & Hargreaves, 2005), ma mettendo anche in luce importanti differenze, come un diverso ideale corporeo a parità di elevati livelli di auto-oggettivazione che negli uomini, diversamente dalle donne, risulta essere maggiormente associato alla muscolosità (Oehlhof et al., 2009). Infatti, dal momento che la società propone modelli dicotomici di socializzazione al genere, che implicano specifici fattori strutturali, relazionali, culturali ed educativi, i "maschi*"* sono socializzati a dare valore alla muscolosità quale espressione di virilità, mentre le "femmine*"* sono socializzate a considerare il corpo magro come modello più auspicabile e consono all'idea di femminilità (Treasure et al., 2020), sulla base del mero sesso biologico etero-riconosciuto al momento della nascita.

Proseguendo verso un ulteriore livello di complessità e muovendoci verso un'ottica più intersezionale, la letteratura suggerisce come i meccanismi sociali di oggettivazione dei corpi e il loro impatto sull'immagine corporea e sul comportamento alimentare, non possano essere tuttavia generalizzati sulla base di una visione dicotomica e biologista che contrappone il sesso maschile a quello femminile, ma debbano essere indagati con riferimento anche all'orientamento sessuale degli individui, ciascuno dei quali si inscrive in un sistema di rappresentazioni, norme ed aspettative sociali diverse e peculiari, unitamente ad altri assi di intersezione.

Lo studio di Martins et al. (2007), è stato il primo a testare empiricamente le ipotesi della teoria dell'oggettivazione negli uomini gay ed eterosessuali, riscontrando differenze significative rispetto non solo ai livelli di auto-oggettivazione, ma anche ad altre variabili legate al corpo come insoddisfazione corporea, orientamento alla magrezza, orientamento alla muscolosità e sorveglianza corporea che erano tutte significativamente più elevate negli uomini gay, i quali mostravano anche una correlazione tra auto-oggettivazione e vergogna corporea non riscontrata nella controparte eterosessuale, aumentando il rischio di comportamenti alimentari disordinati. Tali risultati sono coerenti con altri studi che hanno evidenziato come gli uomini gay tendano a sperimentare una maggiore insoddisfazione corporea (Morrison et al., 2004), maggiori preoccupazioni relative alla propria immagine corporea e al peso, oltre che una maggiore vulnerabilità alle pressioni socioculturali verso il raggiungimento dell'ideale corporeo dominante, caratterizzato da un corpo snello e muscoloso (Calzo et al., 2015; Kaminski et al., 2005). Da questa prospettiva, non è chiaro se l'esperienza corporea delle donne appartenenti a una minoranza sessuale possa essere totalmente sussunta dalle previsioni della Teoria dell'Oggettivazione così come elaborata da Fredrickson e Roberts, originariamente sviluppata in riferimento ad una generica popolazione femminile. Sebbene, infatti, diversi studi abbiano evidenziato conseguenze analoghe dei processi di oggettivazione nelle donne lesbiche e in quelle eterosessuali (Haines et al., 2008), con un rischio paragonabile di disturbi alimentari (Feldman & Meyer, 2007; Share & Mintz 2002; Strong et al., 2000), altri hanno invece sottolineato come l'identità lesbica possa costituire un fattore protettivo, riducendo il rischio DA (Conner et al., 2004; Lakkis et al. 1999; Moore & Keel, 2003; Noffsinger-Frazier et al., 2004; Strong et al., 2000).

Sembrerebbe, infatti, che le donne lesbiche tendano ad essere esposte e, quindi, ad assorbire una cultura basata sui principi della *Body Positive* e della *Fat Acceptance*, nata a partire dalle lotte storicamente portate avanti dai collettivi femministi, lesbici e queer (Cooper, 2010a; Cooper, 2010b; LeBesco, 2001, 2004). Il focus era il rispetto del diritto di ogni corpo a vedersi riconosciuto il proprio valore e la propria dignità, che le protegge dall'interiorizzazione di ideali di bellezza e di magrezza imposti dal sistema eteropatriarcale e, dunque, dal rischio di sviluppare un disturbo alimentare (Brown, 1987; Burnette et al., 2019; Davids & Green, 2011; Lakkis et al., 1999; Noffsinger-Frazier, 2004; Ojerholm & Rothblum, 1999; Schneider et al., 1995; Siever, 1994).

Alcune ricerche hanno, ad esempio, evidenziato una correlazione significativa tra la presenza di ideali, convinzioni ed atteggiamenti ispirati al femminismo e uno sviluppo più armonico ed integrato della propria identità sessuale minoritaria, con una maggiore capacità di autodeterminazione rispetto ai ruoli e alle espressioni di genere non conformi alle norme del sistema etero-patriarcale, compreso l'ideale di magrezza come sinonimo di bellezza e femminilità (Faderman, 1984; McCarn & Fassinger, 1996; Hurt et al., 2007; Szymanski & Chung, 2003; Szymanski, 2004). Al contrario, non dichiararsi "femministe" e aderire alle prescrizioni sociali rispetto al genere, sono stati identificati come specifici fattori di rischio di Disturbi Alimentari per le donne (Parker & Harriger, 2020).

Un minor senso di appartenenza alla comunità lesbica ed un minor contatto con altre minoranze sessuali si delineano, pertanto, come importanti fattori di rischio per le donne, dal momento che il coinvolgimento all'interno della comunità LGBTQIA+ porta le donne lesbiche ad esperire una minore insoddisfazione corporea (Heffernan, 1996; Joshua, 2002). Al contrario, per gli uomini gay e bisessuali il coinvolgimento all'interno della comunità omosessuale può aumentare invece il rischio di disturbi alimentari

(Chaney, 2008; Duggan & McCreary, 2004; Duncan, 2007; Hanley & McLaren, 2014; Parker & Harriger, 2020; Tiggemann et al., 2007; Yelland & Tiggemann, 2003) a causa di una maggiore attenzione posta in questa specifica subcultura sull'aspetto fisico che si traduce, a sua volta, in una maggiore pressione ad aderire agli ideali estetici predominanti (Hospers & Jansen, 2005; Martins et al., 2007; Morrison et al., 2004; Siever, 1994; Yelland & Tiggemann, 2003).

Tuttavia, sebbene alcuni studi abbiano riscontrato livelli inferiori di insoddisfazione corporea ed un minore orientamento alla magrezza nelle donne appartenenti a minoranze sessuali rispetto alle donne cis-eterosessuali (Burnette et al., 2019; Conner et al., 2004; French et al., 1996; Lakkis et al., 1999), non confermati tuttavia da ricerche più recenti che hanno invece riportato livelli simili (Austin et al., 2004; Feldman & Meyer, 2007; Grogan et al., 2006; Huxley et al., 2014; Peplau et al., 2009; Tiggemann, 2015), o addirittura superiori sia nelle misure di insoddisfazione corporea che nei tassi di DA (Smith et al., 2017), tale maggiore accettazione della propria immagine corporea non si traduce necessariamente in un minor rischio di sviluppare un disturbo alimentare, poiché l'oppressione sistemica nei confronti delle minoranze sessuali le espone a fattori di rischio e a percorsi eziopatologici specifici e peculiari rispetto al resto della popolazione (Davids & Green, 2011; Duffy et al., 2016; Engeln-Maddox et al., 2011; Mensinger et al., 2020; Wang & Borders, 2017; Watson et al., 2015) legati al Minority Stress e al conseguente eterosessismo interiorizzato (Meyer, 2003; Siconolfi et al., 2016).

Le donne SM possono, infatti, prediligere un ideale corporeo meno orientamento alla magrezza, rispetto alle donne eterosessuali, come un mezzo per contrapporsi al sistema etero-patriarcale e sottrarsi allo sguardo oggettivante di una società che guarda alle donne e ai loro corpi come meri oggetti del desiderio maschile (Brand et al., 1992;

Brown, 1987; Burnette et al., 2019; Conner et al., 2004; Davids & Green, 2011; French et al., 1996; Lakkis et al., 1999; Noffsinger-Frazier, 2004; Ojerholm & Rothblum, 1999; Schneider et al., 1995; Siever, 1994; Wiseman & Moradi, 2010), ma le espone tuttavia ad un maggior rischio di binge eating o sintomi bulimici come mezzo di regolazione affettiva per far fronte allo stima e alle discriminazioni (Heffernan, 1994; 1996; Striegel-Moore et al., 1990; Wang et al., 2023; Wichstrøm, 2006). Da una recente review sistematica emerge infatti come le donne appartenenti a una minoranza sessuale riportino tassi maggiori di DA, condotte di eliminazione e binge eating, sebbene evidenzino una minore insoddisfazione corporea rispetto alle pari eterosessuali (Meneguzzo et al., 2018), suggerendo la presenza di fattori di rischio specifici che potrebbero condurre all'insorgenza del disturbo attraverso percorsi e dinamiche differenti rispetto a quelli già noti in letteratura per le donne etero e cisgender.

Inoltre, tali studi tendono a generalizzare le esperienze delle donne lesbiche come se potessero essere rappresentative di tutte le donne non cis-eterosessuali, inscrivendole in una inscindibile categoria "omosessuale". Le donne bisessuali possono, ad esempio, mostrare una maggiore vulnerabilità agli standard socioculturali di femminilità dettati dal *Male Gaze*, poiché interessate ad attrarre anche partner maschili (Moreno-Domínguez et al., 2019) così come le donne transgender, il cui nucleo di sofferenza primaria può essere caratterizzato dal desiderio di riconoscersi in un'immagine corporea più stereotipicamente "femminile" poiché più rappresentativa della propria identità di genere o per fare in modo che questa possa essere universalmente riconosciuta e rispecchiata dallo sguardo altrui (Ålgars et al., 2010; Hepp & Milos, 2002; Hepp et al., 2004; Surgenor & Fear, 1998). Ciò evidenzia l'esito non scontato, né predeterminato, dei processi intrapsichici di interiorizzazione del Sé oggettivato o delle sue singole componenti

disgregate, poiché fortemente influenzati dalle pratiche discorsive e dalle rappresentazioni dominanti nel contesto socioculturale in cui tali processi si esplicano, sulla base delle categorizzazioni, dei ruoli e delle aspettative legate ai generi e alle altre componenti identitarie.

Sebbene, infatti, studi più recenti abbiano indagato specificamente l'impatto dello sguardo sociale oggettivante e sessualizzante anche sulle donne bisessuali e trans*, abbiamo ancora poche evidenze relative ad altri orientamenti sessuali ed identità di genere, limitate anche da alcune criticità metodologiche. Si avverte quindi la necessità di disambiguare i risultati presenti in letteratura, raccogliendo dati in forma disaggregata per identità di genere, orientamento sessuale e altre componenti dell'identità, in grado di rilevare la complessità dei posizionamenti identitari alla luce delle loro intersezioni, così da riconoscere e rispecchiare la profonda eterogeneità e dinamicità delle soggettività individuali (Bernacchi & Nocenzi, 2024), evitando categorizzazioni semplicistiche, generalizzanti ed escludenti.

Una delle teorie utili ad indagare l'influenza dei contesti socioculturali e il loro possibile impatto sulla salute psico-fisica degli individui, è la Teoria dei Sistemi Ecologici di Bronfenbrenner (1979) la quale distingue una serie di sistemi sovraordinati, che si distinguono per livelli crescenti di ampiezza, ovvero il microsistema, il mesosistema, l'esosistema, il macrosistema e il cronosistema.

1) Il microsistema fa riferimento al contesto di maggiore prossimità con il soggetto, in cui esso esplica la sua esistenza quotidiana e intrattiene le relazioni interpersonali più significative, come gli amici, la famiglia, la scuola e così via. Questo primo sistema si colloca all'interno di un sistema più ampio, il 2) mesosistema, che è costituito invece dalle interazioni reciproche tra i contesti di primo livello, come ad

esempio le relazioni esistenti tra la famiglia e la scuola. Ad un livello sovradeterminato troviamo invece 3) l'esosistema che fa riferimento a tutti quei contesti con cui il soggetto non ha contatti diretti, ma che possono ugualmente avere un impatto anche molto significativo, sebbene indiretto, sul suo sviluppo influenzando direttamente il micro- o il meso- sistema. Un esempio può essere il contesto lavorativo delle figure genitoriali, con cui l'individuo può non avere contatti diretti, ma che determina il livello di benessere psicologico, emotivo ed economico dei caregivers con ricadute dirette sul benessere deз figlз. 4) Il macrosistema era stato individuato originariamente da Bronfenbrenner come l'ultimo e il più ampio dei sistemi, che contiene al suo interno tutti gli altri, identificato come quel contesto socioculturale in cui ciascuno di noi è inserito e che influenza il nostro sviluppo determinandone i valori, le norme, le convenzioni sociali e i significati che ogni microsistema rispecchia e riproduce. Successivamente è stato aggiunto un ulteriore livello, il 5) cronosistema, che racchiude al suo interno anche il macrosistema, che fa riferimento alla dimensione temporale delle nostre esistenze, ma anche alla precisa fase del percorso evolutivo che influenza il nostro modo di percepire ed interpretare gli avvenimenti, nonché di vivere i diversi contesti e relazioni.

Tale modello concettuale può essere quindi estremamente utile per comprendere come il contesto o, meglio, i contesti, in cui il singolo soggetto è inserito possano svolgere un ruolo essenziale nell'influenzarne lo sviluppo, attraverso la costante ed inevitabile interazione individuo-ambiente.

Sebbene tale teoria sia stata utilizzata precedentemente come una lente interpretativa efficace per indagare la salute psico-fisica generale delle persone LGBTQIA+ (Aleshire et al., 2019; Hong et al., 2016) e per individuare i fattori socio-culturali e relazionali implicati nell'insorgenza e nel mantenimento dei Disturbi

dell'Alimentazione nella popolazione generale (Story et al., 2002), sono pochi gli studi (ad es. Rosenbaum et al., 2023) che hanno tentato una loro integrazione volta a delineare un modello efficace per comprendere tali disturbi all'interno della popolazione LGBTQIA+. Inoltre, studi precedenti si sono focalizzati prevalentemente sui fattori relativi al macrosistema e al microsistema poiché considerati i livelli che più degli altri possono influenzare, attraverso le norme socioculturali e le relazioni interpersonali dirette, gli atteggiamenti del soggetto rispetto al proprio peso e alla forma del proprio corpo e pertanto considerati maggiormente significativi per il possibile esordio di un disturbo alimentare, trascurando gli altri sistemi del modello (Rosenbaum et al., 2023).

Tuttavia, se volessimo applicare i cinque sistemi ecologici individuati da Bronfenbrenner (1979) con riferimento al loro impatto peculiare sui percorsi di sviluppo delle soggettività appartenenti a minoranze sessuali, potremmo osservare come ognuno di essi sia estremamente significativo nell'influenzare il benessere psicologico degli individui LGBTQIA+ e conseguentemente anche il loro rapporto con il cibo e con il corpo, essendo la loro crescita caratterizzata con una certa frequenza da:

1. relazioni interpersonali e contesti significativi spesso segnati dal timore di, o da vere e proprie, esperienze di rifiuto e di vittimizzazione (microsistema);
2. assenza di reti di supporto collaborative e di una comunicazione autentica tra i vari contesti di vita, che determina spesso una condizione di forte isolamento del soggetto caratterizzata dal bisogno percepito di occultare la propria identità sessuale e/o da una netta scissione tra il Sé pubblico e il Sé privato, i quali si esprimono in maniera non integrata all'interno di contesti differenti ed accuratamente selezionati (mesosistema);

3. diverse difficoltà esperite anche da chi compone la rete familiare o amicale nella quotidianità dei loro microsistemi, all'interno dei quali si trovano ad affrontare a loro volta stigma e reazioni omolesbobitransfobiche, che possono potenzialmente determinare nel soggetto un senso di colpa ulteriore, quello che Joiner (2005) nella sua teoria interpersonale-psicologica del suicidio definisce "onerosità percepita", legata alla percezione che la propria identità sessuale rappresenti un peso nella vita dei propri cari e ne abbia causato un peggioramento (esosistema);

4. una cultura, norme e istituzioni fortemente omolesbobitransfobiche che influenzano profondamente le rappresentazioni di sé e della propria identità sessuale, con un notevole impatto sul benessere psicologico dell'individuo (macrosistema);

5. ricadute diverse e peculiari di tutti i sistemi precedentemente descritti nel corso delle diverse fasi del ciclo di vita dell'individuo: dai processi di sviluppo del Sé e dell'autostima nel corso dell'infanzia (con la relativa importanza della qualità dei legami familiari e di un sano contesto scolastico), all'impatto dell'omolesbobitransnegatività interiorizzata e dello stigma percepito sulle prime esperienze sessuali/romantiche/affettive e sullo sviluppo psico-corporeo e relazionale nel corso della pubertà e dell'adolescenza, fino all'impatto delle discriminazioni sistemiche ed istituzionali, nonché del non riconoscimento dei propri diritti fondamentali, per la realizzazione socio-lavorativa e personale nel corso dell'età adulta e dell'anzianità (cronosistema).

Tutti questi aspetti, sebbene apparentemente non correlati ad un'influenza diretta dei contesti sulla percezione del proprio peso e del proprio corpo, se analizzati nell'ottica di una mera pressione socioculturale per il raggiungimento di un ideale corporeo, divengono di fondamentale importanza se concettualizziamo il disturbo alimentare come

un disturbo che attiene primariamente ad una dimensione identitaria, piuttosto che puramente estetica. Esplorando, cioè, il modo in cui i diversi sistemi che ruotano intorno al soggetto e in cui egli è direttamente inserito siano in grado di impattare sui processi di sviluppo del Sé, influenzandone il livello di coesione ed integrazione, predisponendo potenzialmente all'insorgenza di un Disturbo dell'Alimentazione.

L'insieme delle evidenze presenti in letteratura, suggeriscono pertanto come l'insoddisfazione corporea non sia un costrutto correlato necessariamente all'interiorizzazione di un ideale corporeo, come proposto dalla Teoria dell'Oggettivazione (Fredrickson & Roberts, 1997), ma come questo possa essere, in maniera più ampia e complessa, il risultato dei vissuti di depressione, vergogna e bassa autostima causati dal Minority Stress e dalla conseguente ciseteronormatività interiorizzata (Meyer, 2003; Siconolfi et al., 2016), legandosi così anche a dimensioni identitarie. Ciò suggerisce anche come l'immagine corporea possa impattare, e possa essere a sua volta influenzata, in maniera differente nelle soggettività ciseterosessuali rispetto alle soggettività appartenenti a minoranze sessuali e di genere, essendo queste ultime esposte, in quanto tali, allo sguardo stigmatizzante di una società ciseterosessista.

Quello di "immagine corporea" è infatti un costrutto estremamente complesso e multidimensionale con cui si fa riferimento all'insieme delle percezioni, degli stati emotivi e cognitivi che la persona sperimenta nei confronti del proprio corpo (Grogan, 2022; Cash, 2012), ovvero la rappresentazione che ciascuno di noi sviluppa del proprio Sé corporeo e che può avere una valenza più o meno positiva o negativa.

In particolare, l'"immagine corporea positiva" è stata indagata nella ricerca più recente come una variabile indipendente e qualitativamente distinta, piuttosto che come mera polarità di un *continuum* che vede sull'estremo opposto l'"immagine corporea

negativa" (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). Tuttavia, in contrasto con tale prospettiva, i risultati di un interessante studio di Piran (2016), sembrano suggerire una maggiore fluidità e continuità tra le esperienze positive e negative legate alla propria immagine corpora, sollevando dei quesiti rispetto alla natura qualitativamente o quantitativamente differente tra questi due costrutti o polarità.

La Teoria dello sviluppo dell'Embodiment (Piran, 2002, 2016, 2017; Piran & Teall, 2012) ha cercato, infatti, a partire dal costrutto di Esperienza dell'Embodiment (EE), di indagare l'immagine corporea positiva, delineandosi come una vera e propria teoria dello sviluppo sociale che illustra come le svariate esperienze vissute da bambine e ragazze nel corso della loro crescita possano svolgere un ruolo facilitante o ostacolante, fino a raggiungere livelli disgreganti, sullo sviluppo di un embodiment positivo, soprattutto durante la pubertà. Nello specifico, lo studio di Piran (2016), mette in luce le diverse componenti che secondo le donne intervistate caratterizzavano il rapporto positivo con il proprio corpo. Utilizzando la concettualizzazione dell'embodiment di Merleau-Ponty come "esperienza vissuta del coinvolgimento del corpo con il mondo" (Piran & Teall, 2012, p. 171), Piran individua e descrive cinque diversi fattori dell'embodiment positivo:

1) *Connessione e comfort corporeo*: la possibilità di sentirsi "a casa" nel proprio corpo e di impegnarsi in un dialogo positivo e costruttivo con esso, contrastando le pressioni socioculturali per il raggiungimento di un'ideale estetico. Un elemento che emerge dallo studio di Piran, infatti, è il modo in cui le ragazze spesso sperimentino una disconnessione dal proprio corpo in concomitanza con l'arrivo della pubertà, ovvero quando i cambiamenti indotti da questa fase evolutiva nelle caratteristiche sessuali secondarie conduce ad un maggior rischio di

oggettivazione sessuale da parte del mondo esterno. L'esperienza di molestie sessuali di varia natura ed intensità, che si riscontra ripetutamente nei racconti di donne e persone socializzate come tali, conduce infatti a percepire il proprio corpo e le sue componenti sessuate/sessualizzate come la causa di tali attacchi al Sé, e dunque come fonte di pericolo, da cui derivano sentimenti negativi di paura, rabbia, vergogna e disagio nell'abitare il corpo stesso. Particolarmente interessante a questo riguardo è che le donne riportano come in questo stesso periodo l'inizio di esperienze di oggettivazione si intersechino con i pregiudizi legati alla razzializzazione, all'orientamento sessuale, al genere e ad altri assi identitari, probabilmente poiché è anche il periodo in cui si intensifica la pressione ad aderire alle norme e alle aspettative sociali. Come vedremo in seguito, infatti, è proprio in questa fase che le donne percepiscono una limitazione della propria possibilità di *agency* nel mondo, che viene, talvolta anche significativamente, coartata in base ai pregiudizi legati al genere.

2) *Agency e funzionalità*: la capacità di agire il proprio corpo nel mondo sociale, attraverso ad esempio una sana attività fisica intesa come cura di sé, in cui il corpo, cioè, può esprimere la propria funzionalità piuttosto che divenire esso stesso uno strumento *funzionale* al raggiungimento di un ideale estetico. L'*agency*, tuttavia, non viene esplicata esclusivamente nello spazio fisico attraverso il movimento, ma anche attraverso la propria voce quale estensione e amplificazione del proprio Sé nel mondo, con una funzione di auto-affermazione e auto-determinazione. Anche in questo caso, spesso la socializzazione delle donne conduce, con l'arrivo della pubertà, ad una restrizione della libertà di affermare sé stesse attraverso il corpo, il movimento e la propria voce. Molte donne, infatti, sperimentano una limitazione della propria

capacità di esprimersi in modo assertivo nel mondo sociale o di praticare alcune attività sportive, poiché non considerate pratiche adeguate al genere femminile, con il rischio di essere "rimesse al proprio posto", essere escluse o etichettate come egoiste o poco aggraziate, trasgredendo alla norma che vuole i corpi femminili "corpi docili" (Foucault 1975, pp. 149-50).

3) *Esperienza ed espressione del desiderio*: la possibilità di essere connesse e sintonizzate con i propri desideri, inclusi i propri desideri sessuali, e permettersi di esperirli e di agirli in direzione del loro autentico e libero soddisfacimento. La possibilità di esperire positivamente, e dunque accogliere ed esprimere, i desideri provenienti dal proprio corpo include anche l'appetito, dunque la capacità di percepire adeguatamente i segnali di fame e di sazietà, di agire adeguatamente in direzione del soddisfacimento di tali bisogni ed anche di attribuire loro significati positivi per poter sperimentare insieme ad essi la sensazione di piacere che ne deriva.

4) *Sintonizzazione con la cura di sé*: la capacità di ascoltare, essere consapevoli ed accogliere i propri bisogni fisici, ma anche le proprie necessità emotive e socio-relazionali al fine di raggiungere un senso di soddisfacimento e di autorealizzazione. La cura di sé fa riferimento quindi ad una dimensione più ampia che implica non solo la capacità di ascoltare e quindi di essere consapevoli dei propri desideri, alimentari e sessuali, ma anche di altri bisogni corporei, emotivi, relazionali e sociali, al fine di orientare la propria vita verso contesti e situazioni coerenti con i propri valori, in sintonia con i propri bisogni più profondi. Potremmo definire questa componente, quindi, la piena realizzazione del proprio Sé.

5) *Abitare il corpo come luogo soggettivo*: la capacità di percepire il proprio corpo autenticamente come "proprio" contrastando l'interiorizzazione, e in qualche

modo l'invasione, delle norme e delle pressioni socioculturali verso l'adesione ad un'immagine corporea idealizzata. La possibilità di avere un'esperienza corporea soggettivata non solo consente di godere di sensazioni positive come quelle di comfort, rispetto ed amore nei confronti del proprio corpo in quanto tale, ma fa anche in modo che esse possano estendersi al senso più ampio di Sé. Esperire il proprio corpo soggettivamente implica, infatti, la capacità di apprezzare il proprio mondo interno come parte integrante del proprio Sé incarnato, capacità che viene invece preclusa dall'adozione di quello sguardo esternalizzato che monitora, controlla e modifica il corpo in quanto mero oggetto svuotato delle sue qualità intrinseche, e il cui valore è determinato da come esso appare e viene valutato nel mondo sociale.

Sebbene sviluppate in riferimento a donne e ragazze, analizzando tali componenti con riferimento alle possibili esperienze e vissuti delle persone appartenenti a minoranze sessuali, ci rendiamo conto come ciascuna di esse rappresenti una conquista evolutiva difficile da raggiungere, poiché costantemente ostacolata e disturbata dalla molteplicità di messaggi, pressioni ed azioni invalidanti e stigmatizzanti da cui tali soggettività sono pervasivamente circondate. In particolare:

1) La presenza pervasiva di messaggi socio-relazionali e culturali negativi verso le soggettività LGBTQIA+, che impregnano il loro sviluppo fin dall'infanzia e anche prima che arrivino a sviluppare una piena consapevolezza della propria identità sessuale, porta frequentemente ad una loro automatica interiorizzazione contribuendo ad una narrazione di sé come persone intrinsecamente inadeguate e devianti. Tale discorso negativo che il soggetto ingaggia con sé stesso e che caratterizza l'omolesbobitransnegatività interiorizzata, una delle componenti prossimali del

Minority Stress (Meyer, 1995, 2003), può compromettere la possibilità di sviluppare una sana connessione e comfort corporeo.

2) Anche il senso di *agency* e la funzionalità sono pesantemente ostacolati dal contesto ciseteronormativo che stigmatizza spesso la naturale espressione dei corpi non conformi condannando, ad esempio, attività creative o sportive non in linea con le norme di genere predominanti o stigmatizzando le espressioni di genere che non aderiscono ai ruoli socioculturalmente imposti. Ciò che ne consegue è spesso un attento monitoraggio in direzione di una costante dissimulazione, repressione e invalidazione dell'azione e della funzionalità del proprio corpo vissuto come deviante e, appunto, disfunzionale. Le persone transgender e *gender diverse* (TGD), in particolare, possono avvertire una forte pressione sociale ad aderire a ruoli ed espressioni di genere binarie (Pham et al., 2023), che può aggiungersi anche ad eventuali vissuti disforici nei confronti del proprio corpo (Feusner et al., 2017; Pham et al., 2023). In risposta a tali vissuti, le persone TGD possono adottare comportamenti di evitamento (non guardare la propria immagine riflessa nello specchio, evitare determinati indumenti o situazioni che espongono parti del proprio corpo ecc…) o mettere in atto frequenti comportamenti di automonitoraggio e controllo sul corpo (ruminazione, utilizzo di indumenti o strumenti per nascondere o rimodellare parti del corpo ecc…) (Cusack et al., 2022), spesso anche al fine di ridurre il rischio che un'espressione di genere non conforme possa esporre ad ulteriori esperienze di discriminazioni e violenze di matrice transfobica (Diemer et al., 2015), ed aumentare così il senso percepito di sicurezza e di appartenenza (Dias et al., 2021; Bockting et al., 2020).

3) La possibilità di sentire ed esprimere il proprio desiderio è probabilmente l'aspetto che più di ogni altro è ostacolato nelle esistenze quotidiane delle soggettività LGBTQIA+, che possono affrontare lunghi periodi nel corso della loro crescita in cui tentano inesorabilmente di reprimere e mettere a tacere i propri impulsi e desideri sessuo-affettivi non ciseteronormativi, al fine non solo di evitare esperienze di vittimizzazione, ma spesso anche drammaticamente per negare o reprimere i propri bisogni e la propria identità a causa dell'omolesbobitransnegatività interiorizzata (Pachankis, 2007).

4) La disconnessione dai propri desideri ed impulsi sessuali è strettamente correlata anche ad una difficoltà nel restare sintonizzati con i propri bisogni per prendersi adeguatamente cura di sé. I tentativi di reprimere e negare i propri stati interni, così come i sentimenti negativi che ad esempio le persone trans* possono provare nei confronti del proprio corpo, possono portare infatti ad un distacco dai propri vissuti psico-corporei (Mirabella et al., 2020; Pulice-Farrow et al., 2020), fino a possibili disturbi psicopatologici quali autolesionismo, disturbi d'ansia o, appunto, disturbi dell'alimentazione (Mirabella, 2024; Joy et al., 2023). Tali meccanismi, che possono rappresentare una difesa dal proprio mondo interno e dalle conseguenze che esso potrebbe elicitare nel mondo esterno, sono legate infatti ad una riduzione dei livelli di *Consapevolezza Interocettiva* (CI), definita come la capacità di percepire, riconoscere ed elaborare gli stati corporei interni, quali ad esempio la fame o la sete, il battito cardiaco, il dolore, ma anche le proprie emozioni e l'attivazione fisiologica correlata a tali vissuti emotivi (Mehling et al., 2012). Inoltre, l'omolesbobitransfobia interiorizzata, unitamente alle esperienze di rifiuto e discriminazione frequentemente esperite, può limitare fortemente la possibilità di giungere al soddisfacimento dei

propri bisogni affettivi, relazionali, sociali e lavorativi impedendo di giungere ad una piena autorealizzazione.

5) Infine, alla luce della somma o della diversa combinazione delle condizioni e dei vissuti descritti nelle componenti precedenti, "abitare il proprio corpo" percependolo ed esperendolo come "un corpo che conta" (Butler, 1996), diviene un obiettivo estremamente difficile da raggiungere. Le soggettività non conformi nascono e sviluppano il proprio Sé all'interno di contesti in cui i propri corpi vengono continuamente narrati, giudicati e normati dall'esterno, ovvero da quei dispositivi della biopolitica di cui ci parla Foucault, e attraverso i quali può essere profondamente complesso intraprendere un percorso di riappropriazione di sé e dei propri corpi come luoghi in cui sentirsi al sicuro (Gordon et al., 2024).

A questo riguardo, un interessante studio di Brown et al. (2020), condotto su un campione clinico presumibilmente eterosessuale, ha infatti riscontrato come il sintomo principale che collegava la Consapevolezza Interocettiva ai sintomi DA era "*non sentire il proprio corpo come un posto sicuro*", all'interno di una delle sottoscale indagate dalla *Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness* (MAIA; Mehling et al., 2012). Come affermato dagli autori dello studio, i risultati suggeriscono che la scarsa fiducia nel proprio corpo possa rappresentare la principale componente che lega la consapevolezza interocettiva ai sintomi alimentari, dal momento che l'item "*non sentirsi al sicuro nel proprio corpo*" risultava fortemente correlato alle preoccupazioni per la forma e il peso corporeo e che la "*sfiducia nelle sensazioni corporee*" risultava correlata all'insoddisfazione per la forma corporea e al disagio relativo al peso, fornendo un potenziale contributo alla comprensione di alcuni meccanismi sottesi ai disturbi alimentari. Tali risultati, inoltre, risultano

coerenti con altre ricerche che hanno rilevato un legame tra la presenza di deficit interocettivi e di sfiducia corporea, con l'immagine corporea e l'orientamento alla magrezza (Brown et al., 2017; Denny et al., 2013; Duffy et al., 2019). Un'altra componente della Consapevolezza Interocettiva che in questo studio ha mostrato forti correlazioni con i sintomi DA è costituita, inoltre, da "*ignorare il disagio fisico o la tensione finché non diventano gravi*", fortemente connessa con i sintomi di restrizione (desiderio di uno stomaco vuoto) e con maggiori preoccupazioni alimentari (paura di perdere il controllo). Anche in questo caso, tale risultato è coerente con altri studi che hanno rilevato un'elevata soglia e tolleranza del dolore nei disturbi alimentari (Brown et al., 2020; de Zwaan et al., 1996) e con ricerche che hanno riscontrato un legame tra una minore sensibilità al dolore e i disturbi alimentari (Brown et al., 2020; Smith et al., 2013). Inoltre, la letteratura indica che la bassa fiducia corporea possa essere anche influenzata dalle valutazioni negative attribuite dal soggetto alle proprie esperienze interne, come mostrato da ricerche condotte su diversi disturbi psicopatologici caratterizzati da deficit interocettivi, le quali hanno riscontrato la presenza di interpretazioni e giudizi di valenza negativa attribuiti ai segnali provenienti dal proprio corpo, i quali vengono esperiti come pericolosi, dannosi o ostili (Brown et al., 2020). Tale tendenza, definita *Sensibilità all'Ansia*, risulta infatti essere particolarmente elevata nei disturbi alimentari (Anestis et al, 2007; Brown et al., 2020; Fulton et al., 2012; Thompson-Brenner et al., 2019), suggerendo un potenziale supporto alla correlazione tra la presenza di omolesbobitransnegatività interiorizzata e i disturbi alimentari, come effetto della valutazione negativa dei propri vissuti interni. Tuttavia, tali studi sulla fiducia corporea e sull'interocezione non hanno coinvolto persone espressamente LGBTQIA+, di conseguenza non ci permettono di

generalizzare i risultati ottenuti anche agli individui SM con i loro peculiari vissuti ed esperienze legate alla discriminazione e allo stigma.

Anche secondo il Modello di Accettazione dell'Alimentazione Intuitiva, tuttavia, sarebbe l'accettazione incondizionata del corpo anche da parte degli altri a favorire una maggiore consapevolezza e fiducia nei propri segnali corporei interni (Avalos & Tylka, 2006), fornendo importanti contributi nell'ottica di una diminuzione di quello sguardo auto-oggettivante illustrato dalla Teoria dell'Oggettivazione (Fredrickson & Roberts, 1997) che consente di aumentare i livelli di Consapevolezza Interocettiva. Come riportato da Alleva (2023), è infatti solo ri-sintonizzandosi con il proprio mondo interno e recuperando un senso di fiducia, connessione ed ascolto del proprio corpo, che è possibile apprendere uno stile di alimentazione intuitiva guidata dai propri reali bisogni e desideri, piuttosto che imporsi un'alimentazione iper-controllata che risponde ad esigenze e pressioni esterne (Avalos & Tylka, 2006).

Lo studio di Piran (2016) ha pertanto adottato una lente di genere ponendosi come obiettivo quello di indagare le esperienze di embodiment nelle donne e nelle ragazze con diverso orientamento sessuale, facendo emergere importati riflessioni rispetto ai vissuti peculiari delle minoranze sessuali e suggerendo la necessità di esplorare ulteriormente questa prospettiva in tale popolazione con un campione più ampio che includa anche donne transgender e uomini GBTQIA+.

Da questa prospettiva, nell'affrontare il complesso fenomeno clinico dei Disturbi dell'Alimentazione, potrebbe essere utile andare oltre il mero costrutto di "immagine corporea", e di un'immagine corporea negativa da cui tali disturbi deriverebbero, per muoversi verso il costrutto più ampio di "embodiment*"* che, come sottolineato da Piran (2016), fa riferimento a quel "corpo vissuto" che contiene al suo interno sia le esperienze

positive che quelle negative, e che dunque fa riferimento anche ma "non esclusivamente all'apparenza fisica di una persona" (Cash, 2004, p. 1).

La teoria dello sviluppo dell'embodiment appare particolarmente importante poiché tiene dentro la complessità e variabilità dei posizionamenti sociali ed il modo in cui lo status socioeconomico, lo status minoritario, condizioni di salute ed altri assi sociali e identitari possono influire, intersecandosi, su ciascuna delle dimensioni individuate dall'autore impattando significativamente sulla salute, compreso il rischio di disturbi alimentari (Burke et al., 2020). Diversi studi hanno infatti riportato come le esperienze e i vissuti stressanti derivanti dal far parte di una minoranza, come avere un basso reddito, appartenere ad una minoranza etnica e avere un'identità non conforme, rappresentino fattori ulteriori che nelle minoranze sessuali e di genere aumentano la prevalenza e la gravità dei disturbi alimentari (Nagata et al., 2023; Parker & Harriger, 2020).

1.4 Programmi di prevenzione e di trattamento dei Disturbi dell'Alimentazione per le soggettività LGBTQIA+: limiti e sviluppi potenziali

Complessivamente, la letteratura indica come una comprensione dei disturbi alimentari che vada oltre il mero quadro sintomatologico e la relativa classificazione nosografica, per integrare anche una valutazione del funzionamento peculiare del singolo soggetto relativamente alle specifiche strategie di regolazione affettiva e alle dinamiche socio-relazionali, consenta di orientare in maniera più efficace il trattamento con interventi mirati alle sottese dimensioni disfunzionali di base (Illing et al., 2010).

A livello macrosistemico possiamo osservare, pertanto, come la mancata adozione di una logica sistemica ed intersezionale non solo limita la ricerca e di conseguenza la possibilità di disporre di dati sperimentali fondamentali per informare il lavoro clinico ed

orientare il trattamento, ma può anche ostacolare l'accesso ai servizi di salute mentale da parte di persone TGNC e/o LGBQIA+ per il timore di incorrere in ulteriori esperienze di discriminazione e di disconoscimento identitario. Ciò ha importanti implicazioni cliniche per la prevenzione e la presa in carico della psicopatologia alimentare, segnalando la necessità di terapeutɜ adeguatamente formatɜ ed attentɜ alle diverse soggettività in cui le persone in cerca di un trattamento possono riconoscersi ed identificarsi, aiutando così quest' ultime a riconoscere la specifica funzione che il sintomo alimentare ricopre nel quadro clinico individuale.

1.4.1 Da un trattamento basato sulla famiglia a un trattamento basato sulle comunità

Il Trattamento Basato sulla Famiglia (*Family Based Treatment*, FBT), è considerato il *gold-standard* per la cura dei disturbi alimentari. Secondo tale modello di intervento, il sistema familiare e il conseguente coinvolgimento dei suoi membri all'interno dei percorsi di cura rappresenta, infatti, un fattore determinante per la *recovery*, soprattutto nel caso di bambinɜ e giovani adultɜ.

Diversi studi hanno però messo in luce come gli effetti positivi correlati al coinvolgimento familiare nei percorsi di cura dovrebbero essere accuratamente valutati, al di fuori di una cornice ciseteronormativa, alla luce della variabilità dei significati soggettivi attribuiti alla rete sociale di supporto della singola persona (Baker et al., 2024), andando oltre e, quindi, destrutturando la visione familistica che ancora permea la società e i servizi sanitari.

Sebbene, infatti, la FBT si sia dimostrata particolarmente efficace rispetto ad altri approcci in giovani con Anoressia Nervosa (Agras et al., 2014; Lock et al., 2010), Bulimia

Nervosa (Le Grange et al., 2007; Le Grange, Lock, Agras et al., 2015) e Disturbo Evitante Restrittivo nell'Assunzione di Cibo (ARFID) (Lock et al., 2019) attraverso il coinvolgimento del sistema familiare, la quasi totalità degli studi ha incluso esclusivamente donne cisgender (Gorrell et al., 2022).

Non sempre, ad esempio, le persone trans* possono beneficiare della vicinanza e del sostegno delle famiglie durante il percorso di *recovery* dal proprio disturbo alimentare a causa del clima non supportivo, di non piena accettazione o addirittura apertamente ostile nei confronti della loro identità di genere (Baker et al., 2024), un aspetto prevedibilmente riscontrabile anche per altre soggettività non ciseteronormate. Questo rappresenta un aspetto particolarmente rilevante dal momento che la possibilità di avere una famiglia supportiva è stato individuato come il più importante fattore protettivo per la salute mentale delle persone trans* più giovani (Puckett et al., 2021), traducendosi anche in un minor rischio di insorgenza di disturbi alimentari (Katz-Wise et al., 2016).

Sebbene, inoltre, l'approccio affermativo delə terapeuta sia stato ampiamente riconosciuto come più efficace nell'interazione con persone LGBTQIA+ (Romito et al., 2021; Sevelius, 2013; White Hughto & Reisner, 2016), spesso le figure genitoriali si mostrano ambivalenti, resistenti o apertamente ostili nei confronti di tale approccio terapeutico, contrastando in vari modi quest'ultimo a partire da un desiderio più o meno inconscio di collusione da parte delə terapeuta con il loro stato di negazione/svalutazione dell'identità sessuale deɜ figlɜ. Tali dinamiche di triangolazione sollevano la presenza di un conflitto tra quelle che sono le pratiche terapeutiche più efficaci, ovvero quelle affermative (Romito et al., 2021; Sevelius, 2013; White Hughto & Reisner, 2016), e la maggiore erogazione di trattamenti "tradizionali", non specifici e dunque non adatti alla peculiarità dei vissuti e delle esperienze della popolazione LGBTQIA+, in cui l'identità

sessuale delə paziente tende ad essere ignorata, negata o esclusa dal setting terapeutico (Cusack et al., 2022; Duffy et al., 2016; Thapliyal et al., 2023) e che i caregivers resistenti o rifiutanti potrebbero tendere a prediligere, mantenendo lɜ proprɜ figlɜ all'interno del disturbo.

A ciò si aggiunge la difficoltà ulteriore di condurre un percorso di cura insieme alle famiglie, qualora lə paziente, la cui sintomatologia DA risulti essere fortemente correlata ai vissuti relativi alla propria identità sessuale, non abbia ancora effettuato il coming out con i caregivers, inducendo un evitamento di tale importante elemento identitario all'interno del trattamento e depotenziando significativamente l'efficacia dello stesso (Duffy et al., 2016; Smalley et al., 2016). Emerge dunque la necessità di valutare attentamente l'impatto di un approccio basato sulla famiglia, che continua ad essere indiscriminatamente utilizzato per pazienti con Disturbi dell'Alimentazione, qualora siano presenti tali situazioni in persone LGBTQIA+ talvolta senza che la stessa figura terapeutica sia, o venga mai, a conoscenza della loro identità sessuale se questa non viene apertamente affrontata. Ciò suggerisce ancora una volta l'importanza di creare a priori all'interno del setting un ambiente *safe* ed affermativo pronto ad accogliere fin da subito le diverse soggettività in cerca di cure, destrutturando quelle *espressioni di bias ciseteronormativi* (Shelton & Delgado-Romero, 2011) che permeano ancora la pratica clinica.

Un recentissimo studio di Baker et al. (2024), ha infatti testato l'efficacia di una specifica forma potenziata di Trattamento basato sulla Famiglia (FBT+) (Steinberg et al., 2023), sviluppata da *Equip Health* ed erogata virtualmente, estendendola, con peculiari adattamenti, anche a bambinɜ/giovani uomini cisgender e bambinɜ/giovani TGD.

A differenza della FBT tradizionale, la quale prevede che i caregivers guidino le prime fasi del trattamento insieme all'equipe terapeutica multidisciplinare, restituendo gradualmente a chi riceve le cure una sempre maggiore indipendenza e responsabilità all'interno del percorso di guarigione (Lock & Le Grange, 2015; Baker et al., 2024), la FBT+ prevede invece che il recupero passi attraverso il confronto con l'esperienza diretta di unə mentore alla pari, che ha vissuto in prima persona un disturbo alimentare, e quella di unə mentore familiare, ovvero un caregiver che supporta altre figure familiari che, come nel suo caso, si trovano a dover accompagnare una persona cara lungo questo percorso di guarigione. Inoltre, il Trattamento basato sulla Famiglia potenziato (FBT+) ha sviluppato specifiche procedure e strumenti affermativi e rispettosi delle diverse soggettività individuali, utilizzando un linguaggio *gender neutral* e fornendo una formazione adeguata al personale sanitario sui temi fondamentali per poter lavorare con pazienti e familiari di giovani pazienti transgender e *gender expansive* (TGE) (Baker et al., 2024). Lo studio di Baker ha quindi fatto emergere importanti evidenze sull'efficacia di una FBT inclusiva e specificamente adattata alle diverse identità sessuali deɜ pazienti a cui è indirizzata, che potrebbero avere specifiche presentazioni cliniche e bisogni socio-relazionali peculiari (Austin et al., 2013; Durwood et al., 2021; Nagata, Ganson & Austin, 2020; Nagata, Ganson & Murray, 2020; Roach, 2018), producendo miglioramenti significativi sia nella sintomatologia alimentare, che a quella ascrivibile a quadri ansiosi e depressivi, con outcome simili indipendentemente dall'identità sessuale di chi riceve il trattamento (Baker et al., 2024).

Tale studio, confermando l'utilità della FBT basata sulla telemedicina (Steinberg et al., 2023), evidenzia anche come un'attenzione specifica alla componente di genere e identitaria deɜ pazienti e un conseguente adattamento delle pratiche e degli strumenti

clinici, possa ridurre quella discriminazione sanitaria e sistemica che conduce spesso le persone LGBTQIA+, ma anche gli uomini cisgender, a non richiedere un aiuto psicologico per la propria sintomatologia alimentare o, quando lo fanno, a non vedersi pienamente riconosciuti nei propri bisogni, rendendo il trattamento depotenziato nei suoi effetti, inefficace o addirittura dannoso contribuendo così alle disparità sanitarie (Duffy et al., 2016; Smalley et al., 2016).

Studi precedenti hanno, infatti, evidenziato un significativo miglioramento degli outcome negli uomini cisgender, qualora il trattamento fornito prevedesse specifici adattamenti a fine di poter affrontare temi e significati tipicamente legati al loro genere (Weltzin et al., 2012). Tuttavia, ad oggi non ci sono trattamenti empiricamente supportati per i disturbi alimentari ideati specificamente per gli uomini, sebbene la ricerca suggerisca la necessità di incorporare al loro interno temi che considerino le specifiche norme di genere legate alla maschilità, il modo in cui queste aumentano lo stigma relativo alla salute mentale ed in particolare ad un disturbo considerato tipicamente femminile, l'insoddisfazione dovuta ad un ideale corporeo asciutto e muscoloso e non solo legato alla magrezza, lo specifico orientamento sessuale e una terapia di gruppo separata per genere, quando possibile (Bunnell, 2021; Fernández-Aranda et al., 2009; Weltzin et al., 2012). Analogamente, includere un approccio femminista in grado di affrontare temi fondamentali quali la costruzione sociale di una femminilità normativa e il modo in cui le aspettative e le pressioni che ne conseguono influenzano il rapporto con la propria corporeità nelle persone socializzate come donne, consentirebbe di riconoscere tali aspetti come parte di una questione più ampia di natura collettiva e sistemica (Holmes, 2016), con effetti positivi sui vissuti di oggettivazione e insoddisfazione corporea (Murnen & Smolak, 2009; Rubin et al., 2004).

Inoltre, studi più recenti mostrano anche come non avere un partner sentimentale peggiori la salute mentale e i sintomi di un Disturbo Alimentare nelle persone LGBTQIA+, sebbene vi sia una scarsa letteratura relativa al ruolo delle relazioni sentimentali in tale popolazione (Brown & Keel 2012, 2013, 2015). Ciò segnala l'esigenza di esplorare se e come l'assenza di relazioni familiari positive e supportive, osservata frequentemente in questa popolazione, aumenti la significatività di quelle sentimentali divenendo quest'ultime figure di attaccamento sostitutive e auspicabilmente riparative rispetto a quelle primarie infantili. Ciò suggerirebbe la possibilità che il coinvolgimento delɜ partner o di altre figure significative per il soggetto nei percorsi di cura, piuttosto che necessariamente i caregivers, possa rendere in alcuni casi il trattamento più efficace per le persone LGBTQIA+ (Rosenbaum et al., 2023), alla luce dell'importanza rivestita dalla cosiddetta "*family of choice*" in tali soggettività, ovvero quella famiglia scelta come fonte di supporto in grado di sopperire alle mancanze affettivo-relazionali derivanti dai legami di sangue (Scandurra & Bochicchio, 2024).

Uno dei modelli teorici maggiormente utilizzati per indagare i fattori di influenza anche relazionali sull'immagine corporea e sul comportamento alimentare è il Modello dell'Influenza Tripartita dell'Insoddisfazione Corporea (Thompson et al., 1999) che individua in particolare le figure genitoriali, i pari e i media come potenziali fonti in grado di influenzare i vissuti corporei e l'alimentazione, attraverso l'interiorizzazione dell'ideale corporeo di magrezza e i costanti confronti con i corpi altrui, che in ultimo porta a vissuti di insoddisfazione corporea e a conseguenti comportamenti di restrizione alimentare (Thompson & Stice, 2001) nel tentativo di raggiungere lo standard corporeo socio-culturamente apprezzato.

Recentemente tale modello teorico è stato ampliato per includere anche altri significativi, in particolar modo lɜ partner romanticɜ (Huxley et al., 2014; Tylka, 2011) quali fonti peculiari di pressioni interpersonali verso l'apparenza (Halliwell & Dittmar, 2006) che, per le peculiarità insite generalmente nella configurazione stessa della vita sentimentale, divengono spesso figure di riferimento privilegiate e prioritarie da cui trarre informazioni relative al Sé, soprattutto al Sé corporeo e alle sue qualità attrattive, oltre che basi più o meno sicure in grado di influenzare le proprie capacità di regolazione emotiva. Studi precedenti hanno infatti applicato tale modello per supportare il ruolo dei fattori sociali nell'insorgenza dei disturbi alimentari, non solo nelle donne eterosessuali (Keery et al., 2004; van den Berg et al., 2002; Yamamiya et al., 2008), ma anche nelle minoranze sessuali, come gli uomini gay (Tylka & Andorka, 2012), donne bisessuali e lesbiche (Hazzard et al., 2019).

Un recente studio condotto da Rosenbaum e colleghi (Rosenbaum et al., 2023) ha, ad esempio, messo in luce come tra uomini appartenenti a minoranze sessuali, la presenza di una relazione sentimentale positiva fosse correlata a minori tassi di discontrollo alimentare, laddove invece studi precedenti hanno riscontrato una maggiore insoddisfazione corporea, sintomi alimentari e ansia per l'apparenza nelle donne SM che non percepivano un supporto da parte del partner o che erano insoddisfatte della relazione (Blais et al., 2019; Friedman et al., 1999; Weller & Dziegielewski, 2004), e sintomi più gravi di DA e orientamento alla magrezza negli uomini gay e bisessuali in una relazione non soddisfacente (Brown & Keel, 2015). In particolare, uno studio condotto su uomini gay e bisessuali, ha messo in luce come l'insoddisfazione per la propria relazione sentimentale fosse correlata a maggiori sintomi bulimici (Brown & Keel, 2012), mentre altri studi hanno riportato maggiori sintomi restrittivi (Brown & Keel, 2012, 2015),

maggiore insoddisfazione corporea (Flave-Novak & Coleman 2019) e maggiore orientamento alla magrezza (Brown & Keel, 2013) negli uomini gay e bisessuali non impegnati in una relazione sentimentale.

Anche in questo caso, tuttavia, i dati relativi alle donne lesbiche sono molto meno numerosi e meno coerenti rispetto alla popolazione maschile, sebbene studi correlati indichino una peggiore salute mentale generale nelle donne con tale orientamento sessuale quando non in relazione con una partner sentimentale (Hanley & McLaren, 2015; Whitton et al., 2020), rispetto alle donne impegnate in una relazione, in particolare quando tale relazione era vissuta come soddisfacente (Oetjen et al., 2000), dati che potrebbero generalizzarsi anche alla sintomatologia alimentare.

Lo studio di Rosenbaum (2023) ha rilevato anche importanti differenze di genere. In particolare, i risultati hanno mostrato tra i partecipanti uomini, che al momento dello studio avevano una relazione con un altro uomo, una maggiore interiorizzazione degli atteggiamenti socioculturali verso l'apparenza (ISA) e un maggiore discontrollo alimentare rispetto alle donne che avevano una relazione con un'altra donna, evidenziando inoltre una correlazione significativa tra queste due variabili: all'aumentare dei livelli di interiorizzazione corrisponde un aumento anche dei livelli di alimentazione disordinata riportati (quest'ultima correlazione evidente anche nelle partecipanti donne). Inoltre, se negli uomini la presenza di una relazione sentimentale soddisfacente fungeva da fattore protettivo rispetto agli ISA, con una diminuzione del discontrollo alimentare all'aumentare della qualità della relazione esperita, tale correlazione non è stata riscontrata nelle partecipanti che avevano una relazione con altre donne.

I risultati di tale studio confermano potenzialmente gli studi precedenti che hanno suggerito una maggiore sensibilità degli uomini appartenenti a una minoranza sessuale ai

messaggi socioculturali, e conseguentemente una maggiore vulnerabilità a disordini alimentari, rispetto alle donne SM (Yelland & Tiggemann, 2003; Jankowski et al., 2014), ma anche rispetto agli uomini eterosessuali (Carper et al., 2010; Gigi et al., 2016). Infatti, gli uomini gay tendono ad utilizzare un iperinvestimento sul corpo e sull'aspetto esteriore, quali uniche componenti apparentemente sotto il proprio controllo, come strategia di coping volta a gestire il Minority Stress esperito (Pachankis, Clark et al., 2020; Pachankis & Hatzenbuehler, 2013). Inoltre, ai fattori di stress derivanti dall'appartenere ad un gruppo sociale stigmatizzato, si aggiunge lo stress ulteriore e specifico, definito *intraminority stress*, esperito all'interno della stessa comunità gay che tende ad essere caratterizzata da uno sguardo particolarmente oggettivante che pone maggiori pressioni sull'aspetto estetico (Martins et al., 2007; Morrison et. al., 2004; Siever, 1994), mostrando una significativa correlazione con l'insoddisfazione corporea esperita in tali soggettività (Soulliard et al., 2023). L'ideale corporeo snello e muscoloso sub-culturalmente veicolato può anche aumentare la percezione di una maggiore competitività intrasessuale all'interno della comunità maschile omosessuale (Pachankis et al., 2020), che si traduce in un maggior rischio di comportamenti alimentari disordinati (Arcelus et al., 2018) per ridurre la distanza percepita tra l'immagine corporea reale e quella ideale (Tylka & Andorka, 2012). Coerentemente con questi risultati, anche altre ricerche che hanno indagato il modello tripartito dell'influenza in campioni di donne appartenenti a minoranze sessuali hanno rilevato una minore interiorizzazione dell'ideale di magrezza, sebbene si riscontrassero livelli comparabili di pressioni derivanti dalla famiglia, dai media e dai pari verso l'apparenza, rispetto alle donne eterosessuali (Huxley et al., 2015; Yean et al., 2013).

Anche in questo caso, tuttavia, lo studio di Rosenbaum (2023) ha utilizzato una categorizzazione binaria, indagando le differenze tra gli uomini in relazione con altri uomini, rispetto alle donne in relazione con altre donne, non consentendo di rilevare potenziali differenze intragruppo correlate ad esempio all'orientamento sessuale, all'identità di genere o all'espressione di genere dei e delle partecipanti.

Ad esempio, diversi studi hanno riportato una maggiore vulnerabilità delle donne bisessuali alle pressioni verso l'apparenza rispetto alle donne lesbiche (Hazzard et al., 2019; Huxley et al., 2014, 2011) con significative differenze rilevabili sulla base del genere deɜ partner che mostrano una maggiore pressione a conformarsi all'ideale eteronormativo quando erano in relazione con un uomo (Huxley et al., 2011; Pennington, 2009; Taub, 1999), una maggiore soddisfazione corporea quando si trovano all'interno di una relazione con una donna (Smith et al., 2017) ed una maggiore prevalenza di DA nelle donne che provavano attrazione verso più di un genere rispetto a quelle attratte da un solo genere (Shearer et al., 2015).

L'importanza del genere deɜ partner, ed in particolare il peggior impatto sull'immagine corporea esercitata da partner maschili, potrebbe essere supportata da studi che hanno riscontrato tassi più elevati di anoressia nervosa e bulimia nervosa negli uomini gay e nelle donne bisessuali rispetto non solo ai pari eterosessuali, ma anche rispetto ad altre soggettività sessualmente minoritarie (Cao et al., 2023; Simone et al., 2020).

Analogamente, il maggior rischio e i tassi sproporzionalmente più elevati di DA e comportamenti alimentari disordinati riscontrati nelle persone transgender rispetto a quelle cisgender (Brown & Jones, 2016; Diemer et al., 2015; Duffy et al., 2019; Ferrucci et al., 2022; Guss et al., 2017; McClain & Peebles, 2016; Nagata et al., 2020; Roberts et al., 2021; Simone et al., 2022), potrebbe suggerire la presenza di variabili in grado di

influenzare in maniera unica e peculiare la loro vulnerabilità alle pressioni socioculturali sull'apparenza, così come il ruolo di una relazione sentimentale sui loro comportamenti alimentari. Uno studio recente di King et al. (2019) ha evidenziato, ad esempio, come gli uomini e le donne trans sperimentino in misura maggiore esperienze di violenza tra partner intimi (IPV), sia di tipo psicologico che fisico, rispetto alle persone non binarie AMAB (a cui è stato assegnato il sesso maschile alla nascita).

Alla luce della maggiore prevalenza di IPV nelle persone TNB (Peitzmeier et al., 2020; Perez & Pepping, 2024; Reuter & Whitton, 2018), ciò potrebbe suggerire un ulteriore fattore in grado di spiegare la maggiore prevalenza di DA nelle soggettività trans*, che si aggiunge al Minority Stress e ai vissuti disforici maggiormente indagati in questa popolazione, che potrebbe supportare le evidenze sull'impatto della qualità del rapporto tra partner, fino a giungere alla violenza e al trauma relazionale, influenzando il rapporto con il cibo e con il corpo con esiti che si differenziano sulla base dell'eterogeneità delle trans-identità che richiedono dunque un'analisi dei dati disaggregati per poter essere colti nella loro specificità (Restar et al., 2021).

Lo studio di Rosenbaum (2023) si è focalizzato tuttavia unicamente sull'influenza delle relazioni sentimentali come potenziali fattori protettivi rispetto all'interiorizzazione di messaggi socioculturali negativi sulla forma e il peso corporeo, soffermandosi quindi prevalentemente sul rischio di DA associato alla presenza di pressioni esterne che determinano la strutturazione di un'immagine corporea idealizzata a cui conformarsi. Tuttavia, tali risultati hanno offerto un'importante conferma del ruolo positivo che potrebbe essere svolto dall'inclusione di partner sentimentali nel trattamento e negli interventi di prevenzione dei Disturbi dell'Alimentazione per le persone LGBTQIA+, come suggerito dagli stessi autori, alla luce anche di studi precedenti che hanno

individuato la presenza di relazioni supportive come uno dei principali fattori in grado di influenzare positivamente il processo di *recovery* da un DA (Bohrer et al., 2020; Wetzler et al., 2020).

In un recente studio di Siegel (2024), che include un campione diversificato in termini di genere, orientamento sessuale e configurazione relazionale, viene messo in evidenza come sebbene ci siano diverse ricerche che hanno dimostrato l'efficacia della terapia di coppia per i Disturbi dell'Alimentazione (Bulik et al., 2011; Fischer et al., 2016; Ramirez et al., 2012; Runfola et al., 2018), nessunə partecipante ne aveva usufruito, se non per affrontare altre problematiche secondarie alla sintomatologia alimentare, come il calo del desiderio sessuale, che avevano impattato sulla relazione. Ciò suggerisce l'importanza di proporre una terapia di coppia o l'integrazione delə partner sentimentale nel processo di *recovery* soprattutto con pazienti, come le persone LGBTQIA+, per le quali le relazioni sentimentali possono implicare significati e dinamiche peculiari (Siegel, 2024) assumendo una rilevanza significativa, in particolar modo in presenza di rapporti conflittuali o disfunzionali con la famiglia d'origine. Per le persone trans*, ad esempio, le relazioni sentimentali possono rappresentare uno, talvolta l'unico, spazio sicuro in cui poter esplorare serenamente la propria identità di genere (Budge et al., 2017; Gunby & Butler, 2023; Lewis et al., 2021) e ricevere microaffermazioni fondamentali (Pulice-Farrow et al., 2019) che si contrappongono alle microaggressioni incontrate negli altri contesti interpersonali. Infatti, come riportato da Siegel (2024) sono stati spesso lз pazienti stessз a riconoscere il supporto deз partner come fondamentale nel corso del trattamento de proprio disturbo alimentare (Tozzi et al., 2003; Venturo-Conerly et al., 2020).

Dal momento, tuttavia, che il Modello dell'Influenza Tripartita dell'Insoddisfazione Corporea evidenzia come le tre principali fonti di trasmissione degli atteggiamenti rispetto al peso e al corpo dovrebbero essere valutate con riferimento all'importanza che queste differentemente rivestono nel corso delle varie fasi di vita del soggetto, mettendo in luce, ad esempio, come le figure genitoriali siano maggiormente influenti nel corso dell'infanzia mentre i pari lo siano perlopiù nel corso dell'adolescenza e divengano meno influenti per le persone partecipanti più adulte (Huxley et al., 2014), si potrebbe suggerire anche l'utilità di valutare il loro diverso impatto in base alle peculiarità del soggetto stesso con riferimento, in particolare, alla sua appartenenza a specifici gruppi sociali marginalizzati.

Uno studio di Hazzard et al. (2019) ha proposto un'importante variazione del Modello dell'Influenza Tripartita introducendo accanto alla variabile dell'interiorizzazione dell'ideale di magrezza, anche quella relativa all'interiorizzazione dell'ideale di muscolosità. Tale novità rappresenta un'integrazione fondamentale dal momento che le rappresentazioni corporee idealizzate possono variare sensibilmente da un individuo all'altro sulla base di una molteplicità di fattori, tra cui anche le diverse componenti dell'identità sessuale, quali il genere, l'orientamento sessuale o l'espressione di genere, le quali risentono fortemente delle norme estetiche prevalenti nelle macro- e micro- culture di appartenenza. La letteratura evidenzia, ad esempio, un maggiore orientamento alla magrezza negli uomini SM e nelle donne etero-cis, rispetto alle donne SM e agli uomini etero-cis (Burnette et al., 2019; Conner et al., 2004; Davids & Green, 2011; Foster-Gimbel & Engeln, 2016; Griffiths et al., 2018; Nagata et al., 2021; Noffsinger-Frazier, 2004; Share & Mintz, 2002; Wiseman & Moradi, 2010).

In maniera contrastante, tuttavia, altri studi hanno rilevato un maggiore orientamento sia alla muscolosità che alla magrezza negli uomini SM rispetto agli uomini eterosessuali (Levesque & Vichesky, 2006; Tiggemann et al., 2007; Yelland & Tiggemann, 2003) che potrebbe essere legato alla maggiore necessità di contrapporsi, e di contribuire a destrutturare, la rappresentazione omofoba e sessista che associa l'orientamento gay alla femminilità, evidenziando un complesso intreccio di stereotipi e pregiudizi in cui l'omosessualità diviene sinonimo di fragilità, effeminatezza, debolezza e, in ultimo, di inferiorità rispetto all'apice della gerarchia sociale rappresentata dall'uomo cis-eterosessuale (Badenes-Ribera et al., 2018; Frederick & Essayli, 2016; Lanzieri & Hildebrandt, 2016; Strübel & Petrie, 2020). Tale ideale corporeo, pertanto, può svincolarsi da un mero desiderio di aumentare la propria attrattività estetica o competitività sessuale, per legarsi a specifiche pratiche discorsive e simboliche associate ai ruoli di genere tradizionali, e ad una specifica rappresentazione di mascolinità stereotipica in cui la dimostrazione di forza, potenza e virilità si esprime anche e soprattutto attraverso la corporeità e l'aspetto esteriore (Kimmel & Mahalik, 2004; Powlishta et al., 2008; Wienke, 1998). Inoltre, il desiderio di aumentare la massa muscolare quale dimostrazione di forza e dominanza, negli uomini appartenenti a gruppi marginalizzati come gli uomini SM, può essere alimentata dall'esigenza percepita di difendersi e allo stesso tempo scoraggiare le esperienze di discriminazione, oppressione e violenza a cui possono più frequentemente essere esposti in una società ciseterosessista come quella in cui viviamo (Brennan et al., 2012; Tskhay & Rule, 2017), la quale si nutre di tali elementi stereotipici per produrre e riprodurre dinamiche di dominio e sottomissione all'interno della gerarchia sociale, naturalizzando i ruoli di genere. Le ricerche evidenziano, infatti, come subire maggiori esperienze di abusi, maltrattamenti e

vittimizzazione, come ad esempio il bullismo, sia associato a tassi più elevati di preoccupazione per la dimensione dei propri muscoli come strumento di regolazione della conseguente affettività negativa, funzionale a ridurre il senso di pericolo, minaccia ed insicurezza, oltre che come un mezzo per compensare il senso di inferiorità e di impotenza associato al ruolo sociale di "vittima" imposto da una società fortemente oppressiva e discriminante (Badenes-Ribera et al., 2018; Boyda & Shelvin, 2011; Cunningham et al., 2010; Williamson, 1999; Wolke & Sapouna, 2008). L'insieme di tali influenze socioculturali e interpersonali, che combinano la pressione ad essere fisicamente attraenti secondo l'ideale corporeo prevalente, con la necessità di resistere alle oppressioni sistemiche cercando di sfruttare a proprio vantaggio i ruoli di genere tradizionali e i sistemi simbolici ad essi associati, può portare a una duplice pressione a conformarsi a un ideale corporeo allo stesso tempo snello e muscoloso (Talbot et al., 2019). Tale immagine corporea idealizzata perlopiù dalle soggettività maschili, può essere tuttavia estremamente più complessa da raggiungere e mantenere, rispetto alla pressione solo verso la magrezza sperimentata prevalentemente dalla popolazione femminile (Bergeron & Tylka, 2007; Cafri & Thompson, 2004; Engeln et al., 2013; McCreary & Sasse, 2000; Kaminski et al., 2005; Ridgeway & Tylka, 2005; Strübel & Petrie, 2020; Tiggemann et al., 2008; Yelland & Tiggemann, 2003), poiché risulta intrinsecamente ambivalente e richiede comportamenti di manipolazione del cibo e della forma del corpo che possono più facilmente innescare vissuti di frustrazione e perdita di controllo, configurandosi come importanti fattori di rischio o prodromi di un disturbo alimentare (Dakanalis et al., 2015; Parent & Bradstreet, 2017; Sweeting et al., 2015).

Inoltre, sebbene non ancora riconosciuti come veri e propri disturbi dell'Alimentazione dal DSM-5, si assiste sempre più spesso a specifici quadri

sintomatologici legati al controllo del cibo e del corpo come l'Ortoressia Nervosa (ON) e la Dismorfia Muscolare (DM) o Vigoressia Nervosa (VN), che potrebbero descrivere in maniera più accurata alcuni dei vissuti e dei comportamenti non ascrivibili ai criteri nosografici esistenti. L'Ortoressia Nervosa fa riferimento ad un'ossessione patologica per un'alimentazione considerata sana e per la qualità dei prodotti alimentari che si consumano che, in maniera paradossale, conduce a stati di sottonutrizione o malnutrizione, oltre che compromettere il funzionamento psicosociale (Bratman & Knight, 2001). La Dismorfia Muscolare, considerata attualmente dal DSM-5 uno specificatore nello spettro dei disturbi ossessivi, è caratterizzata invece da ad un'eccessiva preoccupazione per i muscoli e dal desiderio di aumentare la massa muscolare che può includere esercizio fisico compulsivo, controllo dell'alimentazione e utilizzo di steroidi o altre sostanze al fine di raggiungere e mantenere l'ideale corporeo (Cafri et al., 2008; Pope et al., 1997, 2005), riscontrabile soprattutto nelle soggettività maschili (Griffiths et al., 2015; Davey & Bishop, 2006; Pope et al., 1997, 2005). Tuttavia, sebbene indagato in misura minore, l'orientamento alla muscolosità non è esclusivo degli uomini e delle persone socializzate come tali, ma ispira spesso anche l'ideale corporeo di molte soggettività femminili che tentano di raggiungere un corpo non solo magro, ma anche scolpito da un'attività fisica spesso eccessiva o vissuta in modo ossessivo (Holland & Tiggemann, 2017).

L'associazione univoca e automatica tra l'insoddisfazione corporea, con il conseguente potenziale disordine alimentare, e la magrezza rappresenta infatti una visione estremamente riduttiva e semplicistica del rapporto di gran lunga più complesso e variegato tra pressioni socioculturali e rappresentazioni corporee, con il rischio di trascurare un'ampia fetta di popolazione, come gran parte della popolazione maschile,

ma non solo, i cui sintomi alimentari siano da ricondurre ad un orientamento alla muscolosità che restano spesso non adeguatamente compresi ed accolti (Calzo et al., 2015, 2016; Convertino et al., 2022; Field et al., 2014; Nagata, Ganson & Murray, 2020; Raevuori et al., 2014) oltre a non essere spesso adeguatamente rilevati dai principali strumenti per la diagnosi di DA (Brown & Keel, 2023; Lavender, 2021; Murray et al., 2017; Nagata, Ganson & Murray, 2020; Smith et al., 2017).

Tuttavia, differentemente da alcuni studi precedenti (Meneguzzo et al., 2018; Polimeni et al., 2009), lo studio di Hazzard et al. (2019) non ha rilevato differenze tra donne lesbiche, bisessuali ed eterosessuali nei livelli di restrizione alimentare, sopravvalutazione della forma/peso e insoddisfazione corporea, suggerendo un rischio similare di incorrere in disturbi alimentari indipendentemente dall'orientamento sessuale. Inoltre, non sono stati riscontrati minori fattori di rischio tra le donne appartenenti a minoranze sessuali, come suggerito da altri studi (Meneguzzo et al., 2018; Brown, 1987), poiché le partecipanti hanno riportato livelli comparabili di pressioni sull'aspetto da parte sia della famiglia che dei media, oltre che di interiorizzazione dell'ideale sia magro che muscoloso, sebbene le donne lesbiche mostrassero livelli più bassi di pressioni sull'aspetto da parte dei pari rispetto alle donne bisessuali ed eterosessuali. Quest'ultimo dato potrebbe riflettere l'influenza dei pari appartenenti ad una specifica subcultura quale unica fonte di influenza "scelta" che, diversamente dalla cultura eteropatriarcale dominante, risulta essere maggiormente orientata alla valorizzazione della *body diversity* e che nel caso delle donne lesbiche potrebbe convergere con la comunità LGBTQIA+, solitamente meno frequentata da parte delle soggettività bisessuali (Taylor, 2017). Quest'ultime, infatti, tendono a subire maggiormente le pressioni della cultura egemonica per il raggiungimento di un'immagine corpora ideale, come evidenziato da altre ricerche

(Moreno-Domínguez et al., 2019). Anche tale studio, quindi, confermerebbe in parte un fattore protettivo rispetto all'insorgere di disturbi alimentari per le donne lesbiche, differentemente dalle donne bisessuali ed eterosessuali, legato al coinvolgimento e al senso di appartenenza alla comunità LGBTQIA+ (Hanley & McLaren, 2015).

Anche in questo caso, tuttavia, la metodologia dello studio prevedeva il rilevamento solo dell'orientamento sessuale delle partecipanti, che potevano scegliere di auto-categorizzarsi esclusivamente come lesbiche, bisessuali o eterosessuali (Hazzard et al., 2019). Tale procedura non consente tuttavia di cogliere molte altre componenti dell'identità sessuale che possono essere fondamentali nel determinare un maggiore o minore orientamento alla magrezza o alla muscolosità, così come il diverso livello di influenza socioculturale e relazionale, quale l'identità di genere o l'espressione di genere. Studi precedenti hanno ad esempio evidenziato una maggiore interiorizzazione dell'ideale magro nelle donne SM "*femme*", che esprimono, cioè, il loro genere in modo più consono alle norme socioculturali vigenti sulla femminilità, rispetto a chi esprime il proprio genere in modo più stereotipicamente maschile come le donne "*butch*", le quali possono conseguentemente essere più protette dal rischio di sviluppare un disturbo alimentare (Crawley, 2002; Henrichs-Beck & Szymanski, 2017; Meyer et al., 2001; Nguyen, 2008; Smith et al., 2017), sebbene l'identificazione con tali subculture sia oggi molto meno frequente che in passato, perdendo la sua rilevanza nelle più giovani generazioni LGBTQIA+ (Smith et al., 2017), maggiormente protese al superamento di etichette e categorie identitarie.

I contributi derivanti da questi studi e modelli concettuali possono rappresentare un cambiamento importantissimo nell'ambito dei programmi di prevenzione dei disturbi alimentari, la maggior parte dei quali attualmente si focalizza soprattutto sul

miglioramento delle relazioni sociali nel qui ed ora della vita del soggetto (Alleva, 2023) che, sebbene utile, può non essere sufficiente, soprattutto per persone LGBTQIA+ la cui immagine corporea negativa può derivare dall'assenza di figure di riferimento in cui rispecchiarsi per comprendere, accogliere ed integrare la propria identità sessuale.

In questo senso, un contribuito particolarmente prezioso per le soggettività minoritarie messo in luce da una ricerca di Holmqvist Gattario e Frisén (2019), è la scoperta che uno dei fattori più importanti nel processo di modificazione di un'immagine corporea negativa in una positiva è l'inserimento in un nuovo contesto sociale. Tale consapevolezza pare essere coerente con i numerosi studi che hanno individuato l'appartenenza e la partecipazione alla comunità LGBTQIA+ come uno dei principali fattori protettivi per la salute ed il benessere psico-fisico di tali soggettività, oltre che uno dei passaggi evolutivi del processo di sviluppo del Sé nelle persone non-ciseterosessuali (Burnette et al., 2019; Cass, 1979; Crocker & Major, 1989; Fingerhut et al., 2005, 2010; Frable et al., 1997; Frost, 2016; Joshua, 2002; Lewis et al., 2006; Mason & Lewis, 2016; Meyer, 2003; Nascimento & Scorsolini-Comin, 2018; Rosario et al., 2001; Shearer et al., 2015; Smith & Ingram, 2004).

L'importanza delle relazioni interpersonali e della possibilità di altri significativi in grado di restituire uno sguardo amorevole, rispecchiante e non giudicante è evidenziato ulteriormente anche dallo studio di Alleva (2023), in cui la presenza di partner in grado di trasmettere un amore incondizionato da cui derivi, e non che dipenda da, l'apprezzamento per l'aspetto estetico delle partecipanti, viene individuato come uno dei fattori più importanti per il passaggio da un'immagine negativa ad una positiva di sé. Ciò suggerisce il contributo significativo che potrebbe apportare un'attenzione peculiare all'ampliamento di una nuova rete sociale di supporto nei protocolli di intervento per la

prevenzione e la cura dei disturbi alimentari, in particolare nelle soggettività minoritarie, che dovrebbero prevedere non solo un lavoro sull'accettazione della propria immagine corporea, ma soprattutto un lavoro sul senso di Sé del soggetto che passa inevitabilmente dall'individuazione, e successivo coinvolgimento, di una rete sociale supportiva e affermativa di riferimento. Lo studio di Alleva (2023), conferma anche in maniera specifica l'importante funzione svolta dalle comunità minoritarie, non solo per il supporto relazionale ricevuto al suo interno, ma anche per la loro capacità di far scoprire ed interiorizzare saperi alternativi e resistenti, una nuova prospettiva da cui guardare il mondo e sé stessɜ, sviluppando una riflessività e consapevolezza critica rispetto alle norme e al sistema di credenze dominanti, come evidenziato anche da studi precedenti (Gordon et al., 2016; McGuire et al., 2016).

La possibilità di assumere una posizione di resistenza nei confronti delle norme di genere e delle pratiche di controllo sui corpi imposte dalla società, emerge infatti nello studio come un elemento fondamentale nel passaggio ad un'immagine corporea positiva, confermando precedenti studi sulla minore tendenza a perseguire un ideale di magrezza nelle donne che, ad esempio, si identificavano come femministe (Faderman, 1984; McCarn & Fassinger, 1996; Hurt et al., 2007; Szymanski & Chung, 2003; Szymanski, 2004) o che facevano parte di comunità LGBTQIA+ in cui il gruppo dei pari diviene fonte di incoraggiamento per l'accettazione e valorizzazione dell'intrinseca pluralità dei corpi, diversamente dai pari eterosessuali che tendono ad esercitare una maggiore pressione verso l'ideale corporeo *mainstream* (Brown, 1987; Huxley, 2014). In qualche modo, gli studi suggeriscono come la possibilità di sviluppare una riflessione critica sui propri ideali di immagine corporea possa aiutare significativamente a ridurre l'interiorizzazione di tali norme socio-culturali, scindendole dal proprio vero sistema di credenze e di valori, ri-

esternalizzando quello sguardo sul proprio corpo, interiorizzato a partire dal contesto sociale, che da oggettivante diviene, invece, autocritico e consapevole, così da interrompere quel dialogo interno negativo che dall'immagine corporea spesso poi si estende anche alla svalutazione del Sé nel suo complesso.

Gli effetti benefici sull'immagine corporea di ambienti sociali supportivi, portatori di norme, valori e atteggiamenti subculturali resistenti rispetto alle pressioni sull'apparenza di quelli egemonici è, infatti, parte integrante della teoria dello sviluppo dell'embodiment (Piran, 2016, 2017; Piran & Teall, 2012), che vede l'embodiment positivo caratterizzato dall'assunzione di una posizione resistente in grado di avviare un processo di risignificazione dei corpi. Secondo tale modello, infatti, le donne e le ragazze possono instaurare un rapporto positivo con il proprio corpo e con la propria immagine all'interno di ambienti in cui viga un senso comunitario di equità ed accettazione delle peculiarità individuali, piuttosto che spingere verso l'omologazione come avviene nel sistema sociale più ampio, in cui il valore sociale di ognuno tende ad essere attribuito in base a quanto il proprio aspetto estetico aderisce ad un prototipo ideale socioculturalmente imposto (Alleva, 2023).

Lo studio di Alleva (2023), mette in luce anche l'ambivalenza dell'attività sportiva la quale, sebbene possa generalmente sviluppare e soddisfare molte delle componenti individuate da Piran (2016) per l'embodiment positivo, come il senso di *agency* e l'apprezzamento per la funzionalità del proprio corpo, può rappresentare anche un significativo fattore di rischio. Non solo, infatti, alcuni contesti sportivi tendono ad enfatizzare un'immagine corporea ideale (come un corpo magro per la danza o un corpo muscoloso per la ginnastica), ma le partecipanti allo studio hanno anche sottolineato come la pratica sportiva, soprattutto in contesti competitivi, possa compromettere la capacità di

percepire il corpo come “proprio”, divenendo un mero strumento, spesso gestito e guidato da altri, come l’allenatore, per il raggiungimento di obiettivi agonistici. Inoltre, l’ideale corporeo *funzionale* allo sport praticato può talvolta entrare in conflitto con l’ideale estetico enfatizzato nel contesto socioculturale più ampio, rendendo ancora più complesso il tentativo di mantenere un equilibrio in grado di soddisfare le molteplici richieste di una società che ci vuole costantemente e simultaneamente attraenti e performativ3 (Alleva, 2023). Inoltre, l’universo sportivo può portare con sé ulteriori fattori di rischio soprattutto per le soggettività LGBTQIA+ poiché caratterizzato da ambienti e pratiche spesso escludenti e discriminatorie verso le identità non-ciseteronormate (Brackenridge et al., 2008; Connell, 1990; Pistella et al. 2020; Shang, Liao & Gill, 2012; Krane, 2001), che possono soverchiare o neutralizzare i noti benefici dell’attività fisica sulla salute fisica e mentale delle persone che la praticano (Pistella et al., 2020). La strutturazione all’interno degli spazi sportivi di categorie dicotomiche basate sulla distinzione binaria dei sessi si fonda sull’assunto di una presunta superiorità maschile di tipo essenzialista (Kamasz, 2018) con cui le donne non potrebbero competere, riproducendo un’idea di “mascolinità egemonica” (Connell, 1990; 1995), incarnata dal maschio ciseterosessuale, con la quale si continua a riprodurre pratiche di esclusione o invisibilizzazione dei corpi e delle identità queer (Hekma, 1998; Pistella & Tuselli, 2024). Un recente studio di Baiocco e collaboratori (Baiocco et al., 2020) ha messo in luce tre diverse dimensioni del pregiudizio sessuale nei confronti delle soggettività LGBTQIA+ nei contesti sportivi: il rifiuto aperto, la negazione della visibilità e la performance genderizzata. Il *rifiuto aperto* può essere incluso tra le forme più tradizionali di pregiudizio (Pettigrew & Meertens, 1995), ovvero quelle discriminazioni esplicite e dirette che conducono a vere e proprie pratiche di esclusione, umiliazione e violenza motivate dal pregiudizio

omolesbobitransfobico. La *negazione della visibilità* rappresenta invece una forma di discriminazione più subdola, legata all'idea che l'area della sessualità, ma solo quella non conforme alle norme ciseterosessiste, debba essere mantenuta nascosta attraverso la pretesa di una rigida distinzione tra vita pubblica e vita privata non realizzabile, e infatti non realizzata dalle stesse persone cis-etero, nella concretezza della vita quotidiana, poiché parte integrante della più ampia struttura identitaria di ogni persona. Infine, la *performance genderizzata* è più strettamente correlata ai ruoli di genere e alle conseguenti aspettative socio-culturali relativamente alla qualità delle performance sportive, che vengono naturalizzate ed essenzializzate, descrivendo ad esempio le donne lesbiche come meno competitive negli sport ritenuti più "femminili" e gli uomini gay, a loro volta associati alla femminilità, meno performanti negli sport legati alla forza e alla virilità (Bush et al., 2012; Hargreaves & Anderson, 2014; Hekma, 1994; Wolf, Wendel et al., 2001), assumendo una loro intrinseca inferiorità rispetto all'orientamento eterosessuale (Baiocco et al., 2020). I pregiudizi sessuali nei contesti sportivi hanno ricadute anche più significative sulle persone trans*, non binary o intersex i cui corpi ed esistenze segnalano ancora più potentemente la profonda inadeguatezza del sistema di categorizzazione per genere binariamente inteso all'interno dello sport. Tali soggettività, infatti, si ritrovano spesso e pervasivamente a scontrarsi con la difficoltà di trovare "il proprio posto" all'interno degli ambienti sportivi, che si manifesta dall'accesso agli spazi fisici come bagni e spogliatoi, fino alle categorie in cui competere, che a livello agonistico sono vincolate a policy e regolamenti che limitano l'accessibilità in nome di una precisa e pregiudiziale idea di *fair play* (Reale & Tuselli, 2022).

lo studio di Alleva (2023) mostra, inoltre, come agire sul proprio corpo, attuando modificazioni del proprio aspetto, possa avere un impatto significativo sul benessere delle

persone, non solo quando si parla di varianza di genere e di identità trans*. In particolare, la ricerca evidenzia il ruolo fondamentale dei cambiamenti della propria immagine corporea nell'esperienza di donne cisessuali come un mezzo per aumentare le emozioni positive verso il proprio corpo, sentirsi maggiormente a proprio agio con la propria corporeità e come espressione della propria identità più profonda. La possibilità di disporre del proprio corpo e di renderlo "proprio", modificando alcune parti di esso come un mezzo per comunicare e riflettere i propri vissuti e il proprio Sé interiori, può rappresentare pertanto un fattore importante per migliorare la propria immagine corporea (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). Tale processo, che Holmqvist Gattario e Lunde (2018) chiamano di "significazione", può rappresentare un mezzo di espressione, costruzione e risignificazione identitaria volto a marcare la propria identificazione con un gruppo sociale o il proprio Sé più intimo e profondo, che si contrappone al mero "abbellimento" del proprio aspetto per motivi puramente estetici, il quale può al contrario allontanare da un'immagine corporea positiva poiché chiamata ad aderire a degli standard socioculturalmente imposti, col rischio di intraprendere un processo di costruzione di un falso Sé (Alleva, 2023).

Nella società odierna è ampiamente diffusa ed accettata la pratica di manipolare e trasformare il proprio corpo e la propria immagine esteriore in modo più o meno reversibile (ad esempio attraverso piercing, tatuaggi, taglio e colore dei capelli, ma anche attraverso la depilazione, i cosmetici e l'attività fisica), mostrando come quest'attenzione all'*habitus* che abitualmente mostriamo agli altri per comunicare il nostro sentire e il nostro modo soggettivato ed incarnato di essere-nel-mondo costituisca un'esperienza comune a tutte le persone e un tratto distintivo delle culture umane (Stryker, 2023). Sebbene tale utilizzo espressivo e performativo del corpo socio-culturalmente informato

ed appreso, e dunque ben lontano da quella "naturalità" del corpo che ci è affidata alla nascita, presenti molti più punti in comune che di distanza dalle esperienze trans*, fatica ad essere percepito e compreso come un'esperienza comune e condivisa in grado di stimolare vissuti di vicinanza, solidarietà ed empatia, quella che l'autore definisce nello studio "*common humanity*" (Alleva, 2023). Ancora una volta, è il suo collocarsi nell'ambito della sessualità e il fatto di connotarsi come esperienza dirompente nell'ordine di genere, ad inibire le capacità empatiche favorendo al contrario una distanza difensiva dall'esperienza trans* percepita come lontana, sovversiva e non intelligibile. Lo studio infatti traccia una traiettoria del viaggio da un'immagine corporea negativa verso un'immagine corporea positiva, che si delinea proprio dall'allontanamento da una prospettiva individualista, isolata, alienata basata su continui confronti sociali e marcata dal giudizio altrui, per andare verso un nuovo modo di concepire se stessɜ e il mondo circostante caratterizzato dalla consapevolezza non solo che siamo più del nostro corpo e del modo in cui esso appare, ma che siamo anche più del mero Sé individuale: siamo soggetti in relazione, parte di una comunità più ampia che è a sua volta parte della natura e dell'universo. Come messo in luce dalle partecipanti allo studio, spesso un ruolo importante per questo cambio di prospettiva è svolto dalla religione, altre forme di spiritualità e dal contatto con la natura che favoriscono similmente una riduzione del senso di oggettivazione del proprio corpo come oggetto frammentato e sessualizzato, per riconoscerlo come parte di qualcosa di più grande, il cui valore non è dato dalla sua apprezzabilità estetica, ma per il contributo che esso può dare nel vivere ed agire in questo mondo, in relazione con altri corpi ed altre esistenze, e per questo intrinsecamente degno di amore e di cura (Alleva, 2023; Swami et al., 2016). Da questo punto di vista, il senso di unione, compartecipazione, solidarietà e supporto reciproco è spesso un passaggio

fondamentale nel viaggio verso un'immagine corporea positiva, in cui la nostra esistenza incarnata può davvero fare la differenza nell'esistenza altrui.

1.4.2 Oltre lo specchio: per una terapia del rispecchiamento

Un altro fattore, sottolineato da Chang et al. (2018), in grado di ostacolare un adeguato trattamento delle persone LGBTQIA+ con Disturbi Alimentari e ancora fortemente presente nei percorsi di cura tradizionali, è rappresentato dalla persistenza e pervasività di pratiche centrate sull'aspetto corporeo, come l'ampiamente utilizzata Terapia dello Specchio, orientate all'accettazione del corpo da parte delɜ pazienti così da condurre ad una maggiore integrazione tra la propria immagine corporea ideale e quella reale. Tali interventi terapeutici, tuttavia, potrebbero essere non adatti per il trattamento delle persone LGBTQIA+ alla luce dei peculiari significati che il Disturbo Alimentare può assumere in tale popolazione. In particolare, nelle persone trans* l'esposizione a quella che viene definita la propria immagine corporea "reale" e la conseguente richiesta di accettazione della stessa, che risulta essere tuttavia incongruente con la propria altrettanto reale identità di genere, rischia di esacerbare i vissuti di disforia aggravando la sintomatologia alimentare. Per molte persone trans*, imparare ad accettare ed amare il proprio corpo biologico semplicemente non è una strada perseguibile (Duffy et al., 2016; Hartman-Munick et al., 2021; Joy et al, 2023, 2022). Infatti, spesso i commenti che sostengono la positività del corpo possono essere inutili per coloro che fanno parte della comunità LGBTQIA+, soprattutto per coloro che esperiscono vissuti di disforia di genere verso i quali tali tipi di interventi possono assumere una connotazione traumatica ed invalidante (Cusack et al., 2023; Gordon, 2024; Hunter & Lacroix, 2024; McGregor et al., 2023). Spesso, infatti, i principi veicolati durante un percorso di affermazione di

genere risultano essere incoerenti e contraddittori rispetto a quelli che sono alla base dei più comuni trattamenti per un disturbo dell'alimentazione, creando un ulteriore stato di incongruenza e perturbando il senso di continuità del percorso verso il benessere psicofisico del soggetto. Così, se da un lato si accompagna la persona nel suo cammino di auto-determinazione ed auto-affermazione, il quale spesso implica una serie di cambiamenti fisici utili ad integrare il Sé psicologico con il Sé corporeo, dall'altra la presenza di un disturbo alimentare spesso espone ad una tipologia di trattamento che prescrive l'accettazione incondizionata del proprio corpo senza desiderare e tentare di modificarlo. In questo gap, ciò che resta fuori è il significato peculiare di questo desiderio di cambiamento che risponde ad una necessità di origine interna di natura identitaria, piuttosto che meramente estetica (Duffy et al., 2016; Gordon, 2024; Harrop et al., 2023; in Mittertreiner et al., 2024). Come si legge in un lavoro di Malina del 2021, riportando le parole di Koscieweicz et al. (2020):

> Possiamo sfidare il modello di trattamento normativo che chiede ai clienti di imparare ad amare il proprio corpo, liquidando l'insoddisfazione corporea come una distorsione puramente cognitiva. Per tutti i nostri clienti (soprattutto per le persone trans e GNC di colore) il corpo esiste in un contesto sociale, politico e storico che è stato luogo di potere e di violenza. (p. 79)

Come sottolineato, infatti, anche da un recente studio di Smith e Harrop (2024), tra pazienti trans* alle prese con un disturbo alimentare risulta spesso vitale il riconoscimento da parte delle figure terapeutiche della stretta interconnessione tra la disforia sperimentata a causa dell'incongruenza di genere e l'utilizzo del sintomo alimentare come strumento per modificare il proprio corpo (Cusack et al., 2023; Duffy et

al., 2016), il più delle volte, soprattutto nella pubertà o in adolescenza, in direzione della neutralizzazione di un corpo sessualmente connotato per impedire che possa esprimere un genere che non corrisponde alla propria identità psicologica (Coelho et al., 2019; Pham et al., 2023; Roberts et al., 2021; Romito et al., 2021). Qualora, infatti, tali desideri di cambiamento vengano accolti e parzialmente affidati alle cure di professionistɜ, per essere accompagnati in un percorso affermativo più o meno medicalizzato, la funzione di controllo e modificazione corporea fino a quel momento svolta in modo disfunzionale dal sintomo alimentare può essere accolta e compresa nel suo reale significato per essere attuata in modo funzionale dalle procedure di affermazione di genere. Si passa così dal tentativo disperato di contrastare fino ad annientare un corpo odiato e disconosciuto per mezzo del sintomo alimentare, che porta con sé il totale rifiuto, la negazione e finanche la dissociazione dai propri bisogni, per giungere ad una modificazione corporea monitorata nei suoi possibili impatti sulla salute fisica oltre che riconosciuta nella sua vitale importanza per la salute psicologica, che assume un nuovo significato di cura e amore di sé grazie ad una ri-sintonizzazione con il proprio corpo e alla possibilità di ascoltare, accogliere e seguire i bisogni del proprio Sé incarnato. In un certo senso, la validazione non solo della propria identità di genere, ma anche di come un disturbo alimentare possa essere innescato e mantenuto da un vissuto di disforia legato ad essa, consente di intercettare i reali bisogni a cui il sintomo sta cercando di rispondere portando per mano la persona in un luogo sicuro all'interno del quale poter affrontare il disturbo alimentare senza la sensazione che il proprio corpo, lasciato solo e in maniera incontrollata alle prese con i cambiamenti della pubertà, possa intrappolare il Sé in un tunnel senza uscita dal momento che non si scorge dal lato opposto la possibilità di giungere a un corpo che rispecchi la propria vera identità.

Spesso, quindi, l'atteggiamento del personale clinico e l'impostazione dell'intero trattamento per DA può riprodurre e riattualizzare i vissuti di esclusione e invalidazione, confermando e amplificando la convinzione della persona di essere diversa, sbagliata, intrinsecamente difettosa poiché la sua sofferenza, così apparentemente simile a quella di altre persone con disturbi alimentari, deriva invece da esperienze di non riconoscimento, discriminazione e da traumi legati al genere, temi che restato spesso largamente inesplorati e dunque non riconosciuti, né daɜ professionistɜ che daɜ pazienti stessɜ (Hartman-Munick et al., 2021; Joy et al, 2022, 2023).

Come messo in luce da uno studio di Ferrucci (2023), gran parte delle figure terapeutiche intervistate hanno riportato di sentirsi in difficoltà nel lavorare con pazienti appartenenti a minoranze sessuali a causa della carenza di una formazione specifica, con la conseguenza di non riuscire ad identificare trattamenti adeguati per i loro disturbi alimentari tali da non risultare in qualche modo triggeranti. Infatti, la consapevolezza da parte del personale clinico che lavora con tali patologie di non avere un'adeguata conoscenza e competenza, in particolare nel trattamento delle minoranze di genere, può portarlo ad evitare del tutto la presa in carico di questɜ pazienti o ad assumere un atteggiamento insicuro o ambivalente (Joy et al., 2023; Poteat et al., 2013) che può condurre ad esperienze di disagio o addirittura traumatiche per lɜ pazienti stessɜ, soprattutto se con identità non binaria (Kattari et al., 2020; Paine, 2018).

Tuttavia, come evidenziato da Kramer et al. (2024) sebbene la letteratura evidenzi che le persone adulte Transgender e *Gender Diverse* che ricevono un trattamento di affermazione di genere riportino una minore sintomatologia DA rispetto a chi non ha ancora ricevuto cure affermative (Bandini et al., 2013; Jones et al., 2018; Murad et al., 2010), nelle persone TGD più giovani ci sono risultati contrastanti rispetto alla relazione

tra trattamenti affermativi e sintomi DA (Avila et al., 2019; de Vries et al., 2014). Oltre alla scarsità di ricerche attualmente esistenti in questa area e alla possibilità che la fase evolutiva e la quantità di tempo di assunzione dei diversi interventi di affermazione di genere impattino differentemente sul comportamento alimentare (Kramer et al., 2024), tali risultati ci ricordano anche dell'importanza di considerare i diversi percorsi individuali che possono condurre all'insorgenza di un disturbo alimentare, alle funzioni peculiari che il sintomo può assumere e di conseguenza anche alla necessità di un trattamento personalizzato che consideri la specifica influenza del genere, dell'orientamento sessuale e della loro intersezione (Knight & Preston, 2023; Mensinger et al., 2020; Nagata, Stuart, Hur et al., 2024). Infatti, sebbene i vissuti legati al genere e all'identità sessuale siano il più delle volte preminenti tra le persone LGBTQIA+ con disturbi alimentari e dovrebbero quindi essere sempre esplorati all'interno del percorso di *recovery*, occorre tenere sempre ben presente che si tratta di una correlazione e non di un rapporto lineare di causa-effetto. Se da un lato i percorsi di vita delle persone appartenenti a minoranze sessuali passano attraverso una serie di fasi e compiti evolutivi spesso specifici e peculiari, a causa del contesto fortemente ciseteronormativo in cui siamo immersi, è importante anche evitare di ricondurre il disturbo alimentare, come qualsiasi altra difficoltà psicologica, unicamente e inevitabilmente a questioni di genere o viceversa (Duffy et al., 2016), con il rischio di metacomunicare una patologizzazione identitaria invece che un riconoscimento della matrice sistemica della sofferenza (Spengler et al., 2016). Qualsiasi trattamento dovrebbe essere sempre personalizzato, adattato su misura a seconda della specificità dei vissuti e delle esigenze delə paziente, e dei significati e delle funzioni che il sintomo assume nel singolo caso.

Le persone partecipanti allo studio di Smith e Harrop (2024) sottolineano, infatti, come le figure terapeutiche affermative, se da un lato debbano riconoscere l'interrelazione del disturbo con aspetti legati alla propria trans-identità, non debbano però assumere di conseguenza un approccio semplicistico e riduzionista, dando per scontato ad esempio che il percorso di affermazione di genere possa essere da solo la soluzione al disturbo dell'alimentazione o che il fatto di desiderare di intraprendere tale percorso lo renda necessariamente semplice e privo di difficoltà per chi esperisce una sintomatologia alimentare. È indispensabile, infatti considerare le due condizioni come indipendenti, sebbene talvolta strettamente correlate, che in alcuni casi possono rappresentare un'unica entità in cui diverse componenti si sovrappongono e si intersecano le une con le altre: in un'ottica bio-psico-sociale, non si può pensare di affrontare adeguatamente un aspetto senza tenere in debita considerazione tutti gli altri. Risulta quindi indispensabile accompagnare la persona lungo il percorso di affermazione di genere con la consapevolezza che un disturbo alimentare possa, nel corso delle varie fasi, far sperimentare un senso di disorientamento, perdita di controllo o insicurezza di fronte ad esempio alle fantasie e ai timori legati all'assunzione della terapia ormonale e ai suoi potenziali effetti collaterali, o di fronte alla necessità di elaborazione di un corpo che cambia forma ed aspetto, ma al contempo mantenendo un focus sulla gestione del sintomo alimentare anche in relazione a situazioni e vissuti differenti da quelli correlati al percorso di affermazione di genere. In questo senso ci viene ancora una volta in soccorso la teoria dell'intersezionalità nell'aiutarci a tenere a mente come i diversi aspetti, e dunque anche le diverse condizioni di sofferenza, di una persona non si limitino a sommarsi, ma si intersechino influenzandosi reciprocamente. Tale interconnessione non consente pertanto di poterle affrontare efficacemente in maniera separata e indipendente, ad esempio l'una

per volta (Giordano, 2023) o ognuna da professionisti separati, ma richiede un approccio inter- e multi- disciplinare che implica competenze altrettanto variegate, complesse ed integrate (Geilhufe et al., 2021; Hunter & Lacroix, 2024).

Una recente review qualitativa (Mittertreiner et al., 2024) ha messo in luce importanti raccomandazioni in merito anche al trattamento nutrizionale, componente fondamentale della cura multidisciplinare dei DA anche quando questo è rivolta a persone transgender e *gender diverse*. La relazione con il cibo può infatti assumere significati peculiari nelle persone TGD che devono essere tenuti in debita considerazione per evitare di depotenziare gli effetti del trattamento o che questo possa addirittura causare effetti iatrogeni amplificando il senso di invalidazione, qualora ad esempio l'identità di genere venisse in qualche modo scotomizzata dalla mente del personale sanitario che dovrebbe erogare un trattamento *tailored* (Cusack et al., 2022; Duffy et al., 2016; Joy et al., 2022; Thapliyal et al., 2023).

Alcuni studi suggeriscono, ad esempio, l'importanza fondamentale di un attento monitoraggio anche del fabbisogno calorico delle persone trans* sottoposte a terapia ormonale, soprattutto se caratterizzate da un passato o presente rapporto conflittuale con il cibo, poiché esso può subire cambiamenti nel corso del tempo anche a causa dell'influenza degli ormoni sui segnali di fame e sazietà che possono aumentare il rischio di insorgenza di disturbi alimentari o ostacolare il processo di *recovery* in un disturbo già diagnosticato (Hartman-Munick et al., 2021; Mittertreiner et al., 2024; Rahman & Linsenmeyer, 2019). Un recente studio di Kramer et al. (2024) ha riscontrato che circa il 50% delle donne transgender che stavano assumendo ormoni di affermazione del genere hanno riportato almeno un episodio di abbuffata obiettiva negli ultimi 28 giorni, rispetto a solo il 17,1% delle donne transgender che non stavano assumendo terapia ormonale,

suggerendo come tale correlazione potrebbe essere spiegata dall'azione degli estrogeni (ormoni assunti per la terapia affermativa femminilizzante) sull'aumento dei livelli di leptina (Resmini et al., 2008), ovvero una molecola con un ruolo centrale nella regolazione del metabolismo lipidico e del consumo energetico e che è stata associata ad abbuffate (Miller et al., 2014) e regolazione dell'appetito (McDuffie et al., 2004).

E' presumibile, inoltre, che la necessità di accedere al trattamento ormonale per ridurre i livelli di disforia di genere, possa in qualche modo scontrarsi in utenti a rischio con l'elevata paura di ingrassare o di perdere il proprio equilibrio (raggiunto o già instabile) con il cibo e con il peso a causa di eventuali effetti indotti dagli ormoni, provocando o esacerbando una disregolazione emotiva che può a sua volta aumentare il rischio di comportamenti alimentari disordinati come meccanismo di coping o strategia di gestione del peso corporeo.

In molti casi, tuttavia, la letteratura ha messo in luce come le preoccupazioni per il cibo e per il corpo si riducano enormemente con l'inizio di una terapia affermativa (ormonale e/o chirurgica), influendo in maniera significativamente positiva sulla recovery dal disturbo alimentare riducendone la sintomatologia (Goetz & Arcomano, 2023; Nowaskie et al., 2021; Pham et al., 2023; Testa et al., 2017), mostrando come anche l'eventuale aumento di peso cominci ad assumere significati nettamente diversi e peculiari quando associati ai cambiamenti attesi delle caratteristiche sessuali in linea con la propria identità di genere (Ålgars, 2012; Cusack et al, 2022; Pham et al., 2023; Romito et al., 2021; in Mittertreiner et al., 2024). Dal momento, infatti, che nella popolazione trans* la manipolazione del peso e delle forme corporee non risponde primariamente al desiderio di avere un corpo magro quale parametro di bellezza socio-culturalmente imposto, quanto piuttosto al desiderio di sopprimere le caratteristiche corporee

sessualmente connotate rispetto al genere (Avila et al., 2019; Farber 2017), nel momento in cui tale funzione viene svolta da un dispositivo medico in grado non solo di neutralizzare le caratteristiche sessuali secondarie indesiderate, ma anche di far comparire e sviluppare quelle ambite, il cibo e il grasso corporeo perdono il loro valore disforico per tornare ad assumere la loro funzione originaria: da un rifiuto e rinnegamento del Sé e del proprio corpo, ad un ritrovato amore e cura del Sé, finalmente, incarnato. La ricerca mostra, inoltre, come anche nei casi in cui l'inizio della terapia ormonale affermativa non si accompagni ad una risoluzione dei sintomi legati all'alimentazione, questa contribuisce comunque ad un miglioramento generale della salute mentale e della qualità della vita (Gorin-Lazard et al., 2012; Newfield et al., 2006), configurandosi pertanto come un valido alleato nel percorso di recovery.

È anche interessante notare che, sebbene la letteratura metta in luce come nella popolazione trans* l'insoddisfazione corporea sia primariamente motivata dalla disforia corporea e pertanto l'alimentazione venga utilizzata come un mezzo di manipolazione delle proprie caratteristiche sessuali secondarie (Avila et al., 2019; Coelho et al., 2019; Feusner et al. 2017; Pham et al., 2020, 2023), è raro che le donne trans* cerchino di aumentare l'apporto calorico per enfatizzare le proprie curve o che gli uomini trans* lo facciano per aumentare la massa muscolare. Al contrario, indipendentemente dal genere, la strategia prevalentemente utilizzata è la restrizione alimentare al fine di sopprimere i caratteri sessuali secondari indesiderati, come appiattire il torace o indurre l'amenorrea negli uomini trans*, o ottenere un corpo in generale più esile e minuto, poiché culturalmente associato alla femminilità, nelle donne trans* (Ålgars et al., 2012; Jacobson et al., 2020; Malina, 2021; Mittertreiner et al., 2024; Testa et al., 2017). La magrezza sembra pertanto rappresentare lo strumento più funzionale per diminuire la disforia

corporea, probabilmente perché la necessità di gestire la sofferenza acuta associata al proprio corpo in termini identitari risulta essere preminente rispetto alla necessità di raggiungere l'ideale corporeo in termini puramente estetici. Ciò è probabilmente sottolineato dalla ricerca della magrezza anche da parte delle persone non binary per poter essere riconosciute come tali, poiché questa consente di ottenere un aspetto cosiddetto androgino e meno connotato rispetto al genere (Cusack et al., 2022; Galupo et al., 2021). E' possibile, pertanto, che il raggiungimento di una neutralizzazione del corpo sessuato in termini di genere percepito, possa rappresentare un bisogno prioritario nei percorsi di affermazione di sé, che può costituire uno stadio intermedio per le persone trans binarie prima di poter "ri-sessualizzare" il proprio corpo in direzione del genere elettivo, e un possibile punto di arrivo per le persone trans non binarie al fine di contrastare l'attribuzione di genere automatica da parte della società sulla base dell'apparenza corporea. Ciò apre un importante riflessione sull'uso dei cosiddetti bloccanti, o per meglio dire sospensori, della pubertà che consentono letteralmente di mettere in pausa lo sviluppo puberale mantenendo un aspetto corporeo non sessualmente connotato, limitando il rischio di sviluppare un DA come strategia disfunzionale in grado di sopprimere l'evoluzione di caratteristiche sessuali indesiderate, fonti di intollerabile sofferenza nelle persone trans* più giovani. Tale tipologia di trattamento, preventiva e totalmente reversibile, focalizzata sulla questione di genere può quindi essere estremamente più efficace nel contrasto e nella cura dei disturbi alimentari in tale popolazione, rispetto ai trattamenti più tradizionali legati al tema degli ideali socioculturali di bellezza.

Come evidenziato da una recente review di McGregor et al. (2023) il significativo vantaggio secondario che la magrezza può assumere nella popolazione trans*, emerge

anche da alcuni studi che hanno mostrato come il percorso di *recovery* da un DA possa essere vissuto in modo conflittuale ed ambivalente, ad esempio esacerbando la disforia di genere (Cusack et al., 2022; Ewan et al., 2014) e l'insoddisfazione corporea (Jones et al., 2016), a causa della ricomparsa di alcune caratteristiche sessualmente connotate e socio-culturalmente riconducibili al genere opposto che il sintomo alimentare, e in particolare la restrizione, era funzionale a contenere (Nagata et al., 2021; Roberts et al., 2021). Il sintomo alimentare in questo caso collude con la necessità del soggetto di gestire e modificare caratteristiche corporee anche influenzandone alcune funzioni fisiologiche, migliorando quello che viene vissuto e percepito come un miglior *passing* nel proprio genere elettivo e diminuendo di conseguenza i vissuti disforici (Aardoom et al., 2012; Bockting et al. 2020; Dias et al., 2021; Jacobson et al., 2020; Malina, 2021; Testa et al., 2017).

Witcomb et al. (2015) hanno evidenziato, ad esempio, come per le persone TGD l'adozione di comportamenti DA rispondano ad esigenze differenti e siano guidate da preoccupazioni peculiari relative all'immagine corporea, rispetto alle motivazioni in grado di spiegare la sintomatologia alimentare nei coetanei cisgender. Come evidenziato da McGregor et al. (2023), il sintomo alimentare può essere utilizzato come la migliore soluzione possibile per tentare di gestire il proprio corpo e le emozioni negative associate ad esso, alla luce anche delle difficoltà esistenti nell'accesso a trattamenti medici affermativi più appropriati (Jacobson et al., 2020), non solo per le numerose esperienze di discriminazione ed invalidazione subite all'interno dei contesti sanitari in generale (Ayhan et al., 2020; Bradford et al., 2013; Duffy et al., 2016; Gehi et al., 2007; James et al., 2016; Kenagy, 2005; Wall et al., 2023), ma anche per le barriere strutturali, sistemiche

e sempre di più politiche ed ideologiche che ostacolano l'accesso ai percorsi di affermazione di genere (Puckett et al., 2018; Loo et al., 2021).

In quest'ottica, come proposto da Malina (2021), il disturbo alimentare può essere letto come strumento di *empowerment* ed autodeterminazione utilizzato dalle persone TGD per aggirare le barriere che impediscono di accedere alle necessarie cure mediche, richiamando l'analoga lettura femminista utilizzata per spiegare la prevalenza dei disturbi alimentari nella popolazione femminile, che descrive la costruzione di un corpo anoressico quale espressione di rifiuto e ribellione nei confronti delle richieste ed aspettative del sistema etero-patriarcale (Bordo, 1993; MacSween, 1989; Malson, 2009; Saukko, 2008), rendendo le varie manifestazioni alimentari patologiche "paradossali strumenti di self-empowerment" (Calamita, 2015).

Un recente studio di Smith e Harrop (2024) ha consentito, attraverso interviste condotte con adulti trans* con un DA attuale o passato, di fare emergere vissuti esperiti nei contesti di cure primarie e i relativi bisogni non adeguatamente soddisfatti, tra cui emerge un'interessante distinzione tra personale "affermativo" ("in qualche modo") e personale "trans-competente". Sebbene la prima tipologia, che rappresenta attualmente la maggioranza del personale sanitario, mostri un atteggiamento aperto, empatico e rispettoso, manca tuttavia di una specifica formazione sulle questioni di genere e sulle esperienze trans* in particolare, ovvero di conoscenze e competenze indispensabili per poter rispondere con prestazioni adeguate ai bisogni di salute peculiari di tale popolazione. Tale richiesta risponde pertanto non solo al mero principio di "non discriminazione" ma alla necessità di servizi di "alta specializzazione" naturalmente riconosciuti ad altri ambiti della psicologia clinica e della medicina. Per operare come professionistɜ in tali ambiti, infatti, non può essere sufficiente la mera capacità di

empatizzare con la sofferenza delə paziente, ma diviene essenziale conoscere la peculiarità dei vissuti della popolazione target, la specificità delle esigenze mediche spesso associate alla loro condizione, la gestione degli effetti avversi delle terapie o dei farmaci assunti e così via, che richiedono un'adeguata specializzazione. Spesso, infatti anche lɜ professionistɜ autenticamente ben dispostɜ e ben intenzionatɜ possono avanzare commenti apparentemente positivi che tradiscono tuttavia *bias* e pregiudizi che emergono da un'impalcatura cognitiva basata sul cis-sessismo e sul binarismo di genere.

Nello stesso studio le persone partecipanti mettono in evidenza anche i propri vissuti di ambivalenza rispetto alla *disclosure* del proprio disturbo alimentare, legati spesso al desiderio di ricevere aiuto e supporto per questa dimensione della propria vita e al timore che tale rivelazione possa in qualche modo compromettere o invalidare il proprio percorso di affermazione di genere o il proprio stesso vissuto identitario. Un timore questo purtroppo fondato, dal momento che diverse sono le testimonianze di chi si è visto ritardare l'inizio del proprio percorso affermativo subordinandolo alla guarigione dal disturbo alimentare (Giordano, 2023), sebbene quest'ultimo non possa essere nettamente separato dalla questione identitaria ed anzi trarrebbe giovamento dall'inizio degli interventi affermativi consentendo questi ultimi migliorare l'immagine corporea e ridurne i vissuti disforici (Jones et al., 2018; Kenagy, 2005; Roberts et al., 2021; Testa et al., 2017), sostituendo il ruolo disfunzionale assunto del sintomo alimentare, come abbiamo visto in precedenza.

Nelle parole di un partecipante allo studio di Smith e Harrop (2024):

> [*Per quanto riguarda*] il DA e le persone trans, nessuna delle due popolazioni è monolitica. Esistiamo in uno spettro... non esistiamo come nei libri di testo. Bisogna andare nel mondo e vedere le persone per quello che sono... So che è difficile... perché

siete così impegnati... Ma se volete davvero aiutare qualcuno... capite che è davvero l'esperto di sé stesso... Voi siete i maestri della medicina, ma noi siamo quelli che hanno vissuto nel nostro corpo per tutta la vita... A volte non si sa, e l'unico modo per farlo... è ascoltare. (p.6)

Facilitare l'accesso ai percorsi di affermazione di genere, con un approccio trans-competente, autenticamente affermativo ed integrato, può rappresentare quindi un primo fondamentare fattore di prevenzione dei DA nella popolazione trans* (Coelho et al., 2019; Goldhammer et al., 2019; Gordon et al., 2024; Jones et al., 2018; Nowaskie et al., 2021; Testa et al., 2017). A questo proposito appare preoccupante, alla luce degli elevati tassi di disturbi alimentari in questa popolazione e di studi che evidenziano la presenza di un disturbo alimentare nel 3,9%–5,6% di coloro che si rivolgono alle cliniche specializzate per l'affermazione di genere (Feder et al., 2017; Ferrucci et al., 2022), come pochissime persone partecipanti allo studio siano state sottoposte a screening per questo disturbo, laddove molte di loro abbiano invece affermato che avrebbero volentieri rivelato la loro sofferenza rispetto al cibo e al corpo se qualcuno glielo avesse chiesto (Smith & Harrop, 2024). Ciò sottolinea ancora una volta l'importanza di personale sanitario informato e aggiornato sulle tematiche trans*, compresi i disturbi che possono essere maggiormente correlati alla peculiarità dei loro vissuti esperienziali nell'interazione con il contesto transfobico in cui siamo immersi, affinché possano adeguatamente sollevarli dal peso e dalla responsabilità di un duplice coming out: quello relativo alla propria identità sessuale all'interno dei percorsi di cura per DA, ma anche quello relativo ai sintomi alimentari all'interno dei percorsi di affermazione di genere. In entrambi i casi, infatti, tali disclosure, già di per sé generalmente associate a stati d'ansia o di tensione per il legame con dimensioni molto intime del Sé oltre che per l'imprevedibilità delle conseguenze e

reazioni altrui, portano con sé il rischio di non vedersi riconosciuto il proprio diritto alle cure e alla salute a causa del rischio realistico di atteggiamenti più o meno apertamente transfobici, dovuti da un lato agli stereotipi associati ai Disturbi dell'Alimentazione come patologie prevalentemente femminili e legati alla *diet culture*, e dall'altro al rafforzamento di una visione patologizzante della disforia di genere, soprattutto quando questa presenta uno o più disturbi psicopatologici in comorbidità. Come emerso, infatti, da uno studio di Duffy et al. (2016), il 40% delle persone trans in trattamento per un disturbo alimentare ha deciso di non rivelare la propria identità di genere.

In aggiunta ai rischi concreti per lo stato psicofisico delle persone nel momento in cui importanti aspetti della loro salute non vengano presi in debita considerazione, emerge dalle interviste di Smith e Harrop (2024) anche il potenziale impatto di tale omissione sulla qualità della relazione terapeutica, in particolare sul senso di fiducia e di stima nei confronti delə professionista e conseguentemente sulla possibilità di potervisi davvero affidare. Scotomizzare infatti alcune dimensioni della vita delə paziente, che spesso quest'ultimə stessə riconosce come strettamente correlate, lasciandole al di fuori del percorso di cura, può essere spesso letto e interpretato dall'utenza come una "mancanza di conoscenza" da parte delə professionistə, oltre che come vere e proprie forme di microaggressioni (Cusack et al., 2022; Duffy et al., 2016; Ferrucci et al., 2023; Joy et al., 2023; Thapliyal et al., 2023) ascrivibili a quella che è stata definita *queer-blindness* (Smith & Shin, 2014) ovvero una cecità queer che invalida le esperienze allo stesso tempo soggettive, collettive e sistemiche delə paziente (McGeorge & Carlson, 2011; Spengler et al., 2016). La domanda che, come figure terapeutiche, dovremmo porci è pertanto, come affermato da Kosciewicz et al. (2020), come fare per riuscire a portare all'interno del trattamento il corpo trans* come corpo incarnato, e pertanto sessuato, evitando di

colludere con il bisogno di dissociazione dal corpo stesso vissuto come “non proprio” e inintelligibile.

Tale aspetto solleva tuttavia anche un interrogativo relativo ad una lettura contrapposta e speculare che potrebbe emergere da parte delз utenti, di fronte alla mole di test di screening e di domande da parte del personale sanitario su eventuali sintomi o disturbi psicopatologici, con il rischio di un approccio che potrebbe apparire eccessivamente patologizzante o medicalizzato, in particolare nei casi in cui la persona si rivolga ai centri per l’affermazione di genere con l’obiettivo unicamente di ottenere la rettifica anagrafica. Se da un lato utenti che portano con sé una sofferenza di altro tipo, quale un disturbo alimentare, potrebbero nutrire la speranza o il desiderio più o meno esplicito che tale sofferenza possa essere intercettata ed accolta, soprattutto da un primo contatto con professionistз trans-affermativз come quellз operanti nei centri di affermazione di genere che assumono talvolta, nei vissuti delз utenti, il ruolo di unica speranza e alternativa all’interno di un sistema sanitario per lo più discriminante, violento ed escludente, dall’altro la richiesta di approfondimenti medico-psicologici potrebbe essere vissuta come invadente, patologizzante ed altrettanto violenta per lз utenti con un legittimo desiderio di auto-determinazione. Quest’ultimз, ad esempio, potrebbero non essere prontз per affrontare aspetti legati ai propri vissuti più o meno psicopatologici in quel contesto e in quella fase della propria vita, soprattutto in un momento a lungo atteso, di gioia e autodeterminazione come quello in cui una persona decide di intraprendere un percorso di affermazione di genere. Il tema del timing dell’utenza, del rispetto dei suoi tempi e dei suoi spazi nell’affrontare dimensioni legate al suo benessere psicologico, resta un aspetto delicato e complicato che necessita di una discussione più ampia che coinvolga in prima persona le soggettività implicate per comprendere la peculiarità dei vissuti di chi

intraprende tali percorsi, con tutti i timori, i bisogni e le aspettative ad esso associate, sebbene questi possano essere estremamente diversi da una persona all'altra. Di fronte, infatti ad una realtà che vede sul territorio nazionale situazioni estremamente eterogenee e diversificate, in cui i centri si distribuiscono a macchia di leopardo e i pochi esistenti sono spesso a rischio poiché obiettivo di attacchi politici ed ideologici, appare estremamente difficile riuscire a garantire un'ottimale uniformità di buone pratiche, anche e soprattutto instaurando una buona comunicazione e attività sinergiche con altre strutture del sistema sanitario. Ciò implica talvolta una mancanza di integrazione dei servizi e di conseguenza il rischio di una mancanza di risposte alle domande di salute di cittadinɜ trans*, con un iper-investimento da parte delɜ utenti sulɜ singolɜ professionistɜ affermativɜ ed una iper-responsabilizzazione delɜ professionistɜ stessɜ dei centri per l'affermazione di genere, che si configurano come importanti punti di accesso sanitario per questa popolazione, che talvolta cercano di coprire tutte le richieste di salute intercettando i bisogni dell'utenza con la consapevolezza del bassissimo tasso con cui le persone appartenenti a minoranze di genere e sessuali (SGM) usufruiscono di servizi sanitari in generale (Lick et al., 2013; Meyer & Frost, 2012).

Pertanto, alla luce del maggior rischio di disturbi alimentari in tale popolazione e alla luce di dati allarmanti che mostrano come il 50%-70% dei pazienti LGBTQIA+ con DA che ricevono un trattamento *evidence-based* non raggiungano la remissione (Atwood & Friedman, 2020; Dalle Grave et al., 2016; Keel & Brown, 2010) con tassi di abbandono del 24%–39% (Keegan et al., 2022; Linardonetal, 2018), è quanto mai urgente interrogarsi sull'adeguatezza dei costrutti e dei significati sottesi a tali protocolli di intervento rispetto alla specificità dei percorsi eziopatologici e della funzione assunta dal sintomo alimentare in tali pazienti (Mensinger et al., 2020; Knight & Preston, 2023).

Infatti, gli attuali trattamenti basati sull'evidenza per DA non integrano al loro interno interventi volti ad affrontare fattori prossimali e distali del Minority Stress, i vissuti traumatici legati al genere e altri temi conflittuali che ruotano intorno alla propria identità sessuale (Calzo et al., 2020; Gordon et al., 2024; Malina, 2021; Nagata, Ganson & Murray, 2020), sebbene gli studi mostrino un significativo miglioramento della salute psicologica con trattamenti affermativi e informati sul trauma in adolescenti appartenenti a minoranze sessuali e di genere (Watson, Veale et al., 2017; White et al., 2023, 2024) che, sebbene efficaci, non sono tuttavia sufficienti.

Un primo programma di trattamento per Disturbi dell'Alimentazione specificamente indirizzato ad adulti appartenenti a minoranze sessuali è il "*Promoting Resilience to Improve Disordered Eating*" (PRIDE) proposto da Brown et al. (2024). Tale intervento, erogato online attraverso 14 sessioni di trattamento, integra la terapia cognitivo comportamentale potenziata (CBT-E; Atwood & Friedman, 2020; Fairburn, 2008), uno degli attuali trattamenti *evidence-based* per i disturbi alimentari, con i principi della CBT SM-affermativa (Pachankis et al., 2015; Pachankis, Clark et al., 2020; Pachankis, Harkness et al., 2022; Pachankis, McConocha et al., 2020; Pachankis, Soulliard et al., 2022), al fine di incorporare le variabili relative al Minority Stress all'interno del protocollo di intervento maggiormente utilizzato per i disturbi dell'alimentazione.

Sebbene risultati preliminari abbiano indicato che il progetto PRIDE fosse fattibile, accettabile ed efficace nel ridurre i sintomi di DA, oltre a mostrare risultati promettenti nel ridurre alcune variabili prossimali del Minority Stress, sono necessari ulteriori studi per dimostrarne la generalizzabilità attraverso un campione più ampio e diversificato (Brown et al., 2024). In maniera interessante, le persone partecipanti hanno

suggerito alcune possibili modifiche al trattamento, tra cui una maggiore sensibilità di genere, ad esempio evitando di utilizzare le donne come esempi prototipici quando ci si rivolge ad un paziente di genere maschile, la possibilità di discutere di esperienze traumatiche, la necessità di integrare nel lavoro sull'immagine corporea o sulla sessualità anche una prospettiva positiva introducendo temi come il "*body empowerment*" o la "*sex positivity*", ed infine l'importanza di incorporare in maniera più omogenea gli elementi del Minority Stress nel corso di tutte le sessioni, piuttosto che relegarle alla fase iniziale. Quest'ultimo aspetto riflette probabilmente la necessità di percepire un'attenzione e considerazione costante, pervasiva ed autentica alle esigenze peculiari della persona che si ha davanti, nel modo in cui il sintomo si correla profondamente alla componente identitaria, evitando di ridurre le questioni di genere a mere lezioni teoriche per poi assumere nuovamente una postura cis-eteronormativa.

Tale programma di intervento, il primo specificamente orientato al trattamento transdiagnostico dei disturbi dell'Alimentazione nelle popolazione LGBTQIA+, rappresenta pertanto un solida base per poter incrementare e migliorare la ricerca su questo tema, oltre che aumentare la consapevolezza relativamente alla necessità di interventi come questo, ampliandolo con le peculiarità delle singole soggettività che compongono l'acronimo LGBTQIA+ in un'ottica intersezionale, unitamente con le specificità cliniche dei singoli disturbi alimentari.

Un recente studio di Gordon et al. (2024) ha ad esempio indagato i bisogni specifici della popolazione TGD, allo scopo di informare anche programmi di prevenzione primaria dei disturbi alimentari in questa popolazione. Infatti, come evidenziato dall'autrice, sebbene esistano in letteratura programmi preventivi di DA adattati per uomini appartenenti a minoranze sessuali (Brown & Keel, 2015) o ideati

appositamente per intervenire sulla loro immagine corporea (Klimek et al., 2020), non abbiamo ancora dei programmi di prevenzione dei disturbi alimentari che siano indirizzati ad affrontare i fattori di rischio e protettivi per DA specifici per le persone Transgender e *Gender Diverse*, nonostante le evidenze relative alla loro peculiarità ed importanza presenti in letteratura (Gordon et al., 2016, 2021; Nagata, Ganson & Murray, 2020; Muratore et al., 2022; Tabaac et al., 2018; Urban et al., 2022; Watson et al., 2016). Un aspetto particolarmente interessante emerso dallo studio di Gordon è l'importanza attribuita dalle persone partecipanti ad interventi in grado di considerare e validare le diverse espressioni di genere e i diversi ideali corporei per ciascuna sfumatura identitaria, che possono derivare da vere e proprie sottoculture che si discostano da quella binaria *mainstream*, ovvero da quella cultura bianca e cis-eterosessuale considerata universale. Ciò consente di mettere in luce anche i possibili *bias* interiorizzati dallo stesso personale sanitario "affermativo" che spesso può dare per scontato che la tipologia di ideale corporeo che il soggetto sta cercando di ottenere per mezzo del sintomo alimentare corrisponda a quell'ideale binario di mascolinità e di femminilità cis-normativamente inteso, ignorando che le pressioni socio-culturali preminenti all'interno delle comunità LGBTQIA+ possano differire da tali norme e in alcuni casi essere anche diametralmente opposte. In particolare, tale *bias* si evidenzia soprattutto in riferimento alle persone trans*, verso le quali si ha l'automatica aspettativa che tutte vogliano intraprendere un percorso medicalizzato con l'obiettivo di raggiungere l'ideale corporeo culturalmente e stereotipicamente associato al genere elettivo, in questo modo rientrando e riallineandosi nuovamente in un sistema binario e cis-normativo. Inoltre, come espresso da una partecipante allo studio, anche qualora tali rappresentazioni ideali ed idealizzate di mascolinità e femminilità siano state più o meno interiorizzate dalla persona trans* e

rappresentino il suo obiettivo dichiarato, sarebbe importante che lə professionista accompagnasse la persona in un percorso di esplorazione e comprensione della propria immagine corporea idealizzata, al fine di discernere quanto il sintomo alimentare, o più in generale l'insoddisfazione corporea, sia motivato da un soggettivo vissuto di disforia corporea legata alla propria trans-identità e quanto invece sia motivato dall'interiorizzazione di un ideale corporeo socio-culturalmente veicolato e fortemente legato ad una visione binaria del genere. Infatti, come evidenziato da Allen et al. (2021), l'interiorizzazione di un'immagine corporea negativa nelle persone TGD può essere influenzata dagli standard di bellezza stereotipicamente e binariamente associati all'uomo e alla donna all'interno di una società oggettivante e cisnormativa, che tende a sottoporre ancor più potentemente i corpi trans* ad un esame sociale affinché dimostrino di essere "sufficientemente uomini" o "sufficientemente donne" (Chang & Singh, 2018), *nonostante* la loro trans-identità.

Un elemento fondamentale da includere nel processo di recovery da un DA per le persone TGD, potrebbe essere pertanto la possibilità di uscire da una rigida ottica binaria imposta dal sistema di norme e credenze relative al genere, che può indurre alla necessità percepita ed interiorizzata di reinserirsi negli schemi dominanti che prescrivono i ruoli e le espressioni di genere più appropriati, apprezzati e validati, così da poter essere riconosciute nella propria identità. Tali schemi, infatti, risentono fortemente anche degli stereotipi e delle norme della *diet culture* che per le persone trans* possono raggiungere livelli di pressione ancora maggiori alla luce dei significati identitari che questi ricoprono durante il percorso di autoaffermazione (Gordon et al., 2016; Harrop et al., 2023; Witcomb et al., 2015).

Un'importante revisione di Nagata et al. (Nagata, Stuart et al., 2024), ha messo in luce, inoltre, un aspetto ancora controverso che riguarda l'utilizzo di grafici binari attualmente utilizzati al fine di monitorare lo stato nutrizionale e l'aumento ponderale di adolescenti TGD, al fine di ripristinare il peso durante il trattamento di disturbi alimentari in questa popolazione (Brown et al., 2024; Campbell et al., 2024; Chaphekar et al., 2022; Geilhufe et al., 2021; Rafferty, 2018). Attualmente diversi studi hanno raccomandato di affidarsi in un primo momento ai riferimenti binari, per poi fare riferimento ai valori corrispondenti all'identità di genere delə paziente (Kidd et al., 2019; Chaphekar et al., 2022) o di utilizzare altri indicatori di malnutrizione non connotati rispetto al genere, come ad esempio la frequenza cardiaca o la pressione sanguigna (Chaphekar et al., 2022).

In uno studio di Brownstone et al. (2023) viene messo in luce, inoltre, come le persone in cura sentano come un bisogno fondamentale nel corso del trattamento la possibilità di un gruppo di supporto tra pari in cui poter portare e condividere tutte le parti di sé, potendole vedere rispecchiate nelle esperienze di chi sperimenta vissuti identitari analoghi, sottolineando come le opzioni terapeutiche attualmente esistenti (Gordon, 2024; Huryk et al., 2021; Nagata, et al., 2021), così come i programmi di prevenzione (Becker & Stice, 2017; Breithaupt et al., 2016; Cook-Cottone et al., 2017; Stice & Presnell, 2007), tendano a privilegiare esperienze e vissuti tipici di donne cisgender, bianche ed eterosessuali. Ciò potrebbe suggerire la funzione fondamentale dell'appartenenza comunitaria per il processo di *recovery* dai disturbi alimentari per le persone LGBTQIA+ per sviluppare un senso di connessione, di comunità e di compartecipazione, alla luce degli elevati tassi di isolamento ed esclusione sociale e familiare sperimentati nella più ampia società ciseteronormativa (Garcia et al., 2020), nonché di esperienze di discriminazione nei contesti sanitari (Bradford et al. 2013; Gehi et al. 2007; James et al.,

2016; Kenagy, 2005; Wall et al., 2023), compresi quelli dedicati al trattamento dei disturbi alimentari (Duffy et al., 2016; Smalley et al., 2016).

Coerentemente con studi precedenti che hanno mostrato l'efficacia di interventi preventivi per i disturbi alimentari guidati o co-condotti da pari (Breithaupt et al., 2016; Brown & Keel, 2015; Ciao et al., 2021; FEDUP Collettivo, 2023; Stice et al., 2020), una ricerca di Gordon et al. (2024) ha evidenziato come sia percepita come un'esigenza o come un fattore potenzialmente positivo il poter essere parte di un gruppo quanto più possibile omogeneo per età e identità sociale (che sia quindi specificamente pensato per essere indirizzato a soggettività trans*, che condividano la stessa etnia o lo stesso colore della pelle), sebbene si preferisca mantenere un'eterogeneità all'interno del gruppo per quanto riguarda la rappresentazione di diverse tipologie di corpi, e che sia preferibilmente guidato o moderato da un'altra persona trans* che condivida una storia conflittuale con il cibo e con il corpo. Ciò evidenzia come in tale popolazione il tema dell'immagine corporea e dei disturbi alimentari sia percepito come strettamente correlato al tema identitario e come il processo di prevenzione e di *recovery* debba rispondere primariamente a un bisogno di appartenenza e rispecchiamento.

Lo studio di Gordon et al. (2024) evidenzia, infatti, i risultati positivi ottenuti grazie all'utilizzo di interventi alternativi e basati sulla comunità tra le popolazioni marginalizzate, poiché risultano essere più efficaci nel rispondere e nel rispecchiare i bisogni specifici di queste popolazioni, come evidenziato anche dalla teoria relazionale-culturale e dalla psicologia della liberazione che incoraggiano la ricerca e la pratica clinica a partire dai singoli contesti e dai bisogni peculiari delle persone che quei contesti li abitano, mantenendo un dialogo attivo con le istanze e le pratiche di cura emerse dalle stesse comunità oppresse (Brownstone et al., 2023; Chavez et al., 2016; Jordan, 2017;

Lee et al., 2023; Martín-Baró, 1994). Tale studio evidenzia quindi l'importanza di ascoltare ed accogliere i bisogni, le narrazioni e le esperienze vissute dalle persone LGBTQIA+ per poter implementare programmi di prevenzione e di intervento che siano in grado di rispondere efficacemente ed in modo mirato alle esigenze di questa popolazione.

Un aspetto fondamentale che emerge dai loro vissuti è, inoltre, la necessità di adottare soprattutto una prospettiva intersezionale che sia in grado di parlare e rappresentare una pluralità di corpi e vissuti, non solo in termini di peso e forme corporee, ma anche di diverse culture ed etnie, considerando le peculiarità delle violenze sistemiche e strutturali derivanti dalla loro intersezione (Gordon et al., 2024).

L'importanza di implementare un approccio informato dalla comunità è messo in luce anche dal progetto "*Wicked Bodies*" (Joy et al., 2023) che mette a disposizione un toolkit di risorse digitali adoperabili gratuitamente per la prevenzione e il trattamento di disturbi alimentari, specificamente indirizzato alle minoranze sessuali e di genere, che si fonda sull'utilizzo di cortometraggi e di una guida per le discussioni che partano dalle esperienze vissute e dalle narrazioni in prima persona dei giovani 2SLGBTQIA+ (lesbiche, gay, bisessuali, transgender, queer, intersessuali, asessuali, *Two-Spirit* e altre minoranze sessuali e di genere). Tali risorse divengono fondamentali per consentire alɜ professionistɜ di colmare il gap esistente all'interno dei centri di cura e di assistenza sanitaria, ma anche all'interno di altri contesti ed agenzie di socializzazione, tra i bisogni della popolazione target e i protocolli utilizzati, ancora fortemente indirizzati all'ideal-tipo di paziente donna, bianca ed eterosessuale. La possibilità di parlare in maniera accurata ed informata di disturbi alimentari senza riproporre *bias* ciseteronormativi, è fondamentale per poter rispondere adeguatamente alla domanda di cura e garantire una

presa in carico tempestiva, fondamentale per il buon esito del trattamento. Inoltre, l'utilizzo di un approccio informato dalla comunità non vede il suo punto di forza solo nel colmare un deficit di formazione e competenza, che resta una specifica responsabilità del personale sanitario che non dovrebbe mai essere delegata al già immenso e prezioso lavoro portato avanti dalle persone LGBTQIA+ fuori e dentro le associazioni, ma dovrebbe essere riconosciuto e preservato come un approccio chiave che consente di lasciare spazio a narrazioni collettive e a strategie di coping che si fondino sul supporto interpersonale e su vissuti di comunanza e solidarietà. In situazioni di oppressioni sistemiche e strutturali, in cui è possibile riscontrare una notevole sovrapposizione tra le esperienze di invalidazione e discriminazione vissute dagli individui, limitarsi a forme di intervento che si focalizzino esclusivamente sul rafforzamento delle strategie di coping e di resilienza individuali contribuisce a spostare il peso e la responsabilità dei vissuti di sofferenza dal contesto socio-culturale che ne è responsabile al singolo che le subisce, depoliticizzando la fonte del trauma e della violenza sistemica esperita dal gruppo sociale in quanto tale. Ciò può condurre pertanto ad un'eccessiva individualizzazione e patologizzazione della sofferenza che attribuisce la responsabilità del sintomo, ovvero la migliore risposta trovata dalla persona per far fronte ad una situazione di minaccia, alla persona stessa colpevole di non esser riuscita a gestirla in maniera più funzionale ed adattiva. Attraverso la focalizzazione esclusiva sui bisogni e sui vissuti psicologici individuali, in una condizione di ingiustizia collettiva e di violenze sociali, politiche ed istituzionali, si rischia di incoraggiare un adattamento dei singoli individui alle oppressioni sistemiche, piuttosto che promuovere il cambiamento sociale il quale passa anche, ma non esclusivamente, attraverso il rafforzamento delle risorse individuali così che queste possano essere condivise e messe al servizio di un impegno collettivo per la

giustizia sociale. Gli approcci basati sulla comunità possono essere importanti per restituire voce ed *empowerment* a diverse soggettività che condividono esperienze avverse di natura strutturale e sistemica, quali povertà, disoccupazione, assenza di diritti e guerre, che conducono spesso le figure cliniche a diagnosticare intere popolazioni come traumatizzate o depresse, imprigionandole ancora una volta all'interno di etichette che li trasforma in merɜ "pazienti", sottraendo loro il ruolo di "agenti".

Le oppressioni e le discriminazioni sistemiche esperite dalle minoranze sessuali sono evidenziate anche dal maggior rischio di povertà ed instabilità abitativa sperimentato dagli individui LGBTQIA+ (James et al., 2016) i quali, soprattutto i più giovani, segnalano in misura maggiore uno stato di precarietà abitativa rispetto ai pari eterosessuali (Corliss et al., 2011; Wilson et al., 2020). Per molte persone LGBTQIA+, infatti, rivelare il proprio orientamento sessuale o la propria identità di genere vuol dire esporsi al rischio di essere rifiutate dalla propria famiglia d'origine, fino al punto da essere allontanate forzatamente dalla casa genitoriale (Balsam & Mohr, 2007; Ceballos-Fernández, 2014; Detrie & Lease, 2007; Nascimento & Scorsolini-Comin, 2018; Pearson et al., 2017; Perucchi et al., 2014; Rosario et al., 2011; Santos & Fernandes, 2009; Soliva & Silva, 2014), di perdere la propria cerchia amicale (Diamond & Lucas, 2004; D'Augelli et al., 2002), e di affrontare svantaggi economici e occupazionali a causa del loro status minoritario (Cho, 2022), fino alla perdita del lavoro (Mays & Cochran, 2001).

Questo stato di instabilità abitativa, economica e relazionale rende l'alimentazione una delle preoccupazioni maggiori per le persone LGBTQIA+ (Hoffman et al., 2009). Diverse ricerche hanno infatti evidenziato come l'insicurezza alimentare si riscontri con tassi più elevati tra gli individui che vivono in povertà e/o in condizioni abitative precarie (Coleman-Jensen et al., 2020) e come questa sia fortemente correlata a comportamenti

alimentari disordinati (Darling et al., 2017) e disturbi alimentari (Becker et al., 2017, 2019), una relazione che sembra essere più evidente nella popolazione LGBTIQIA+ rispetto al resto della popolazione a causa dei fattori di stress pervasivamente esperiti per la loro identità sessuale (Canen et al., 2023).

Considerando quindi che gli adulti LGBTQIA+ hanno significativamente più probabilità di sperimentare insicurezza abitativa e alimentare rispetto ai loro coetanei eterosessuali (Downing & Rosenthal, 2020; Willis, 2019) e che l'insicurezza alimentare è stata identificata come uno dei fattori associati a maggiori disturbi alimentari e comportamenti correlati (Becker et al., 2017, 2019; Darling et al., 2017), è importante ampliare la comprensione di tale sintomatologia per includere anche i numerosi fattori sistemici, come le disparità economiche, lavorative e sanitarie ascrivibili ad un contesto strutturalmente iniquo e discriminante che, oltre ad alimentare un clima di intolleranza a livello sociale, non prevede alcuna specifica forma di tutela a livello politico ed istituzionale. Da questa prospettiva, alcuni studi hanno infatti messo in luce l'importante funzione svolta da programmi guidati dalla comunità (Collins et al., 2018), in cui il supporto comunitario assume un ruolo centrale in casi di esperienze traumatiche e vissuti di sofferenza ascrivibili ad una matrice strutturale e sistemica (Gordon et al., 2024).

Tali trattamenti potrebbero includere, ad esempio, un ampliamento della concezione del trauma che si muova da una prospettiva meramente focalizzata sull'individuo che lo subisce, ai contesti e strutture di potere che esercitano e riproducono sistemi sociali potenzialmente traumatogeni. L'integrazione di tale prospettiva potrebbe svolgere un ruolo determinante, infatti, in tutti quei casi in cui gli eventi traumatici risultino essere connotati dalla presenza di discriminazioni e violenze sistemiche motivate dall'appartenenza a gruppi sociali stigmatizzati.

Un concetto che è stato applicato di recente a diverse situazioni di ingiustizia sociale è quello di *Betrayal Trauma*, letteralmente "trauma da tradimento", introdotto dalla psicologa americana Jennifer Freyd nel 1991 e definito come quel tipo di trauma che "ha luogo quando le persone o l'istituzione dalle quali un individuo dipende in modo significativo per la propria sopravvivenza, violano la fiducia o il benessere dell'individuo stesso" (Freyd, 2008, p.76, tda). Secondo Freyd, il *betrayal trauma* è una forma di trauma relazionale in grado di esercitare un impatto peggiore sulla salute psicologica di chi subisce l'abuso, in virtù della rottura di quel legame di fiducia e dipendenza che caratterizza il rapporto tra il perpetratore e la vittima e che lo distingue da quelle forme di abuso esercitate invece da estranei, avvenute cioè al di fuori di una relazione psicologicamente significativa per l'individuo (Freyd & Birrell, 2013).

Una forma specifica di trauma da tradimento è l'*Institutional Betrayal* ovvero quel tradimento attuato dalle istituzioni attraverso cui Freyd et al. (2009, 2011) hanno descritto l'insieme delle azioni o delle omissioni istituzionali che causano un danno agli individui che di tale istituzione si fidano o da cui dipendono per la loro sopravvivenza, sicurezza o stabilità e da cui, di conseguenza, si aspettano una qualche forma di aiuto, protezione, tutela e rispetto.

Sebbene negli ultimi anni la ricerca in psicologia, ed in particolare nella psicologia del trauma, abbia mostrato un sempre maggiore interesse verso l'analisi dei contesti in cui si verifica il trauma e delle dinamiche operanti al loro interno, per migliorare la comprensione delle esperienze traumatiche e delle risposte ad esse da parte degli individui (Baltrushes & Karnik, 2013; Fitzgerald et al., 1997; Platt et al., 2009; Sadler et al., 2004; Smith e Freyd, 2013; Sullivan & Beech, 2002; Surìs et al., 2007; Wiener et al., 2010; Wolfe et al., 2003, 2006), ad oggi nessuno studio ha applicato questo paradigma per

affrontare i vissuti traumatici delle persone LGBTQIA+ all'interno del trattamento per i disturbi dell'alimentazione.

Sebbene la maggior parte della ricerca sul *Betrayal Trauma* e sull'*Institutional Betrayal* si sia focalizzata soprattutto sul tema dell'abuso sessuale all'interno di relazioni significative, come quello perpetuato da un caregiver, e del tradimento istituzionale in seguito ad aggressioni sessuali ad opera di istituzioni universitarie, sanitarie o militari (Monteith et al., 2016; Pinciotti & Orcutt, 2021; Smith, 2017; Smith & Freyd, 2013; Tamaian et al., 2017), uno studio di Smidt e Freyd (2018), ha riportato altri due importanti esempi di tradimento istituzionale: il disegno di legge 658 profondamente transfobico del 2018 preso in esame presso la legislatura dell'Ohio (Brinkman & Zeltwanger, 2018) e la politica di "tolleranza zero" degli Stati Uniti attuata contro persone richiedenti asilo e migranti al confine meridionale degli Stati Uniti (Hegarty, 2018). Nel primo caso, il disegno di legge prescriveva a tutti gli enti governativi, tra cui il personale scolastico, di controllare l'identità e l'espressione di genere delз bambinз, denunciando eventuali "sintomi della disforia di genere" ai caregivers o tutori legali, impedendo inoltre la somministrazione di qualsiasi trattamento, compreso l'utilizzo di "materiali didattici, corsi o programmi" per la disforia di genere senza il consenso scritto dei genitori (Brinkman & Zeltwanger, 2018, pag. 2, 3). Una legge di questo tipo sottrae dunque ai bambinз e giovani transgender, esposti a livelli elevati di bullismo e discriminazione transfobica nei contesti scolastici (Gordon et al., 2018; Robinson & Espelage, 2013; Witcomb et al., 2019), una fondamentale fonte di supporto, rappresentata da docenti e da altro personale scolastico, in grado di attutire le conseguenze di tali violenze sul loro benessere psicologico (Durwood et al., 2021; McGuire et al., 2010), costituendosi come una grave forma di omissione istituzionale nel fornire sostegno e protezione a bambinз

Trans* e *Gender Diverse*. Infatti, gli studi evidenziano come l'implementazione di programmi scolastici che mirano a contrastare l'odio omolesbobitransfobico, abbiano condotto ad una significativa riduzione degli episodi di bullismo e un aumento della percezione di sicurezza, tolleranza e rispetto da parte delз studenti nei confronti dei pari LGBTQIA+ (Goodenow et al., 2006; Szalacha, 2003).

Analogamente, come risultato della politica di "tolleranza zero", famiglie provenienti dall'America centrale e meridionale in cerca di rifugio negli Stati Uniti, sono state separate al confine per periodi anche molto lunghi (Alvarez, 2018; Jordan, 2018a, 2018b), spesso strappando con la forza neonati dalle braccia dei loro genitori (Domonoske & Gonzales, 2018; Lavandera et al., 2018) costringendo inoltre lз bambinз, anche in tenera età, a comparire da solз nei tribunali per l'immigrazione (Fearnow, 2018; Jewett & Luthra, 2018; The Associated Press, 2018). Come affermato dalla dottoressa Colleen Kraft, presidente dell'*American Academy of Pediatrics*, tale azione istituzionale si configura a pieno titolo come "un abuso infantile autorizzato dal governo" (Shoichet, 2018; Shonkoff et al., 2011).

Entrambe queste situazioni mettono in luce come il potere esercitato dalle istituzioni sia in grado di influenzare direttamente i contesti e le vite delle persone che li abitano, e possa determinare esperienze fortemente traumatiche per interi gruppi di persone a cui tali politiche sono indirizzate. Si tratta pertanto di violenze giuridicamente stabilite e istituzionalmente legittimate.

Una cura informata sul trauma può essere quindi determinante nel lavoro con popolazioni che presentano una maggiore probabilità di essere esposte a forme di *Institutional Betrayal*, come quelle socialmente marginalizzate o appartenenti a contesti ed organizzazioni ad alto rischio, soprattutto nel caso in cui lз stessз professionistз

facciano parte di un contesto istituzionale, come ad esempio quello sanitario, in cui l'assenza di formazione, servizi e risorse possono configurarsi come gravi forme di tradimento che non solo invalidano i vissuti traumatici esperiti, non riconoscendoli come tali e non rispondendovi adeguatamente, come accade frequentemente per le persone LGBTQIA+ (Dworkin & Yi, 2003; Mayer et al., 2008; McFarland & Depuis, 2001), ma riproducono anche quell'assenza di cura e protezione che qualificano di per sé la natura istituzionale del trauma da tradimento vissuto dal soggetto in cerca di supporto (Bryant-Davis, 2007; Smith & Freyd, 2014). Al contrario, la possibilità di incontrare professionistɜ che possano attuare interventi responsivi in grado di riconoscere e prendere in carico il vissuto traumatico in maniera adeguata, è fondamentale per instaurare quel rapporto di fiducia e reciprocità che può fungere da "riparazione" del tradimento istituzionale, attenuandone le conseguenze o prevenendole (Smith et al., 2014).

La letteratura evidenzia, infatti, come le persone che si identificano come lesbiche, gay o bisessuali mostrino un rischio più elevato di sperimentare eventi potenzialmente traumatici, soprattutto abusi e aggressioni sessuali (Brown & Pantalone, 2011; Rothman et al., 2011; Smith et al., 2016), traumi interpersonali (Balsam et al., 2005) ed esperienze di vittimizzazione (Meyer et al., 2008) rispetto al resto della popolazione. Inoltre, uno studio di Cunningham et al. (2014) ha messo in luce come le persone partecipanti che si identificavano come membri di una minoranza sessuale avessero maggiori probabilità di essere invalidate e sottovalutate dall'istituzione a cui appartenevano in seguito ad una loro segnalazione di molestie o aggressioni sessuali, evidenziando la natura sistemica di un'esperienza traumatica strettamente legata all'appartenenza ad un gruppo sociale, esponendolo a livelli particolarmente elevati di abbandono da parte delle istituzioni. Spesso, infatti, le istituzioni possono sminuire le aggressioni sessuali colpevolizzando il

soggetto a causa della sua identità sessuale o rimandando l'idea che la necessità di supporto sia legata al suo essere LGBTQIA+, piuttosto che all'abuso subito (Mitchell et al., 2014).

Uno studio di Smith et al. (2016) mostra che se da una parte le persone LGB sono più a rischio di *Institutional Betrayal* a causa delle maggiori probabilità di esperire eventi traumatici e aggressioni sessuali, a tale trend generale si aggiunge anche il maggior livello di discriminazione sistemica specificamente motivato dalla loro identità sessuale che peggiora gli esiti dell'abuso e del tradimento istituzionale sulla loro salute mentale, come sintomi di PTSD, depressione, bassa autostima e omonegatività interiorizzata, in linea con la teoria del Minority Stress (Smith et al., 2016), ma anche con la teoria dell'intersezionalità. Infatti, nel campione dello studio, i tassi di tradimento istituzionale erano maggiori rispetto alle persone eterosessuali anche controllando il maggior rischio di trauma sessuale. In questo senso, quindi, l'*institutional Betrayal* potrebbe essere concepito come un ulteriore fonte di stress cronico e sistemico, che può inserirsi all'interno della cornice teorica del Minority Stress, in grado di spiegare il disagio psicosociale sperimentato dalle minoranze sessuali (Baams et al., 2015; Meyer, 2003).

Di conseguenza è fondamentale che lɜ clinicɜ siano consapevoli dei fattori strutturali e sistemici che possono essere implicati nella determinazione di un evento traumatico, sia quando le istituzioni si configurano come perpetuatori diretti del trauma stesso, sia quando intervengono ad esacerbarne gli effetti, poiché in entrambi i casi la natura istituzionale di tale tradimento è in grado di influenzare la qualità della risposta post-traumatica manifestata dal soggetto (Smith & Freyd, 2014).

1.5 L'idealizzazione del corpo anoressico e il *medical fat bias*: il contributo dei Fat Studies

Alla luce di quanto evidenziato nei paragrafi precedenti, è possibile individuare elementi di ostacolo al diritto alla salute delз pazienti non solo come fattori di mantenimento del disturbo presenti all'interno dei percorsi di cura, ma anche come fattori di rischio sistemici e strutturali presenti pervasivamente nel contesto sanitario e nella società in senso più ampio, che possono quindi contribuire alla sua insorgenza. Tra questi si riscontra, infatti, il permanere di una cultura ed un approccio medico grassofobici che si riflettono ad esempio nell'uso pervasivo dell'Indice di Massa Corporea (IMC) quale indicatore di salute, indipendentemente dalle condizioni mediche dei soggetti e dai motivi per i quali si rivolgono ai medici di base o alle strutture medico-sanitarie. Inoltre, tale indicatore (i cui valori di riferimento si basano principalmente su dati raccolti su una popolazione di persone bianche e senza considerare differenze individuali relative allo stile di vita, etnia, genere, età, familiarità ecc…) risulta essere inadeguato anche nella diagnosi e valutazione dei disturbi alimentari, poiché non in grado di cogliere l'estrema variabilità nella loro manifestazione che può discostarsi dai rigidi criteri nosografici o da altri indicatori statistici (AMA, 2023; Chaphekar et al., 2023; Dougherty et al., 2020; Garber et al., 2019). Inoltre, sebbene i disturbi alimentari siano patologie complesse che coinvolgono fattori sia di tipo cognitivo ed emotivo, che fisiologico, la ricerca si è focalizzata prevalentemente sul peso come principale indice di *recovery*, soprattutto nei casi di Anoressia Nervosa (Murray et al., 2018).

Tale criticità, indagata soprattutto nell'ambito dei *Fat Studies*, è stata messa in luce in studi recentissimi che hanno mostrato, ad esempio, le difficoltà di accesso ai percorsi di affermazione di genere per le persone trans* a causa del loro peso corporeo,

configurandosi come possibile fattore scatenante di una sintomatologia alimentare quale strumento per raggiungere quel peso ideale necessario per accedere ai trattamenti e superare il *gatekeeping* sanitario (Brownstone et al., 2021; Goetz & Arcomano, 2023; Hartman-Munick et al., 2021; Ives et al., 2019; Riddle & Safer , 2022; Shin et al., 2022).

Un recente studio (Smith & Harrop, 2024), coerentemente con studi precedenti (Mishra & Harrop, 2023) ha messo in luce come per alcune persone trans* in cerca di un percorso di affermazione di genere, lo stigma relativo al peso o la grassofobia medicalizzata fosse uno dei motivi per i quali risultava estremamente complesso e fonte di disagio confessare di avere un problema alimentare, soprattutto quando i propri corpi non rispecchiavano gli stereotipi legati ai disturbi dell'alimentazione. Timori, purtroppo, confermati dalle diverse esperienze vissute da persone con corpi grassi o considerati in sovrappeso con un disturbo alimentare, che hanno ricevuto risposte di incredulità, sorpresa e di esplicita invalidazione da parte delɜ professionistɜ della salute (Paine, 2021) a causa della rappresentazione ancora fortemente stereotipica dei corpi con disturbi alimentari che li vede necessariamente coincidenti con l'immagine del corpo anoressico. Tale meccanismo di generalizzazione, tipica del processo di stereotipizzazione, porta al non riconoscimento dell'eterogeneità delle manifestazioni sintomatiche e della conseguente variabilità dei corpi che le esprimono, per sostituire ad essi l'univocità di un corpo ideal-tipico, anche quando tale idealizzazione si applica ad una dimensione drammaticamente patologica. L'ennesima idealizzazione di un corpo *altro* che nella narrazione del disturbo trova come contraltare la svalutazione del corpo *proprio*, mai abbastanza neanche nella sofferenza: non abbastanza magro, non abbastanza sofferente, non abbastanza malato per essere visto e curato neanche da chi avrebbe il compito professionale di farlo. Appare tristemente degno di nota come il peso corporeo sia

considerato un indicatore universale di salute, spesso sulla base di meri pregiudizi e senza alcuna considerazione per le reali condizioni mediche soggettive, che porta a connotare un corpo grasso come "non sano" ed un corpo snello e muscoloso come "in salute" (Paine, 2021), mentre assistiamo contemporaneamente ad una invalidazione della sofferenza dei corpi non sufficientemente magri o sufficientemente grassi da poter essere visti nelle loro reali condizioni patologiche. Nello studio appena citato, infatti, molte persone con DA hanno fatto esperienza di professionistɜ con atteggiamento grassofobico che di fronte a corpi magri si affrettavano ad orientare lə paziente verso percorsi più strutturati per il trattamento di un disturbo alimentare, invalidando invece corpi grassi o in sovrappeso a cui veniva prescritta una mera riduzione nell'assunzione di cibo calorico sebbene fossero presenti sintomi alimentari importanti di restrizione e compensazione. Si è venuta, così, a creare un'idealizzazione medicalizzata dei corpi che ha creato un nuovo ideale di corpo malato, ovvero il corpo sufficientemente magro da essere riconosciuto come *degno* di un disturbo dell'alimentazione. Il corpo anoressico rappresenta pertanto il non plus ultra della perfezione che mantiene la persona con DA incastrata in una doppia rappresentazione idealizzata: fino ad una certa soglia ponderale la persona rimane ancorata e asservita alla gratificazione derivante dal raggiungimento dell'ideale estetico di magrezza, al di sotto della quale accede ad un ulteriore livello di gratificazione data dal riuscire a mantenere un sottopeso tale da poter essere riconosciuto come corpo sofferente. Tale dinamica consente al soggetto anoressico di assicurarsi un doppio perverso riconoscimento della propria ferrea forza di volontà: non solo più magro, ma anche più malato degli altri corpi.

Come evidenziato da Steinberg (2023), infatti, l'accesso al trattamento per i disturbi alimentari è significativamente minore rispetto a quello per altri disturbi mentali

(Reinert et al., 2021), con solo circa il 20% delle persone con disturbi alimentari che ha la possibilità di accedere alle cure (Hart et al., 2011). Oltre allo stigma relativo al peso, la letteratura mette in luce anche numerose altre barriere strutturali e sistemiche quali la distanza geografica, i costi troppo elevati, la copertura assicurativa, le lunghe liste d'attesa, nonché la discriminazione verso alcuni gruppi sociali, come le minoranze sessuali e di genere che non possono contare su approcci affermativi (Ali et al., 2017; Attia et al., 2016; Cachelin et al., 2001; Duffy et al., 2016; Ferrucci et al., 2023; Innes et al., 2017; Veillette et al., 2018).

Adottando una lente intersezionale, inoltre, si scorge la necessità di contestualizzare lo stigma legato al peso per comprendere i processi sottesi alla costruzione dei discorsi grassofobici e il loro impatto sul benessere psico-fisico delle persone, alla luce del loro posizionamento tra molteplici sistemi di oppressione (Paine, 2021).

La concezione normativa di alcuni corpi e identità sessuali è radicata nelle politiche e nelle pratiche dei sistemi sanitari e può portare alla stigmatizzazione e all'emarginazione di altre soggettività, con importanti ricadute sulla loro salute. L'approccio definito "*Health At Every Size*" (HAES) che si traduce letteralmente in "Salute a qualsiasi taglia/peso", sviluppato da Linda Bacon (1998) e promosso dalla *Association for Size Diversity and Health* (ASDAH) (https://asdah.org/haes/), mira infatti a promuovere tra il personale sanitario valori e obiettivi politici volti al riconoscimento e alla rimozione delle variabili socioculturali legate alla *diet culture* e intrise di grassofobia, che creano squilibri di potere e disuguaglianze sostanziali, rendendo l'accesso alla salute un privilegio per pochi. La *Diet Culture*, infatti, non fa riferimento esclusivamente al modo in cui il sistema capitalistico specula sul senso di inadeguatezza delle persone,

interiorizzato a partire dal capitalismo stesso rendendole consumatrici migliori per l'industria della dieta, ma include l'insieme di norme e valori in cui si intersecano capitalismo, patriarcato, razzismo, ciseterosessismo, classismo e abilismo, che strutturano una vera e propria gerarchia dei corpi attribuendo ad ognuno un determinato valore e un posto nell'ordine sociale in base alla distanza dall'ideale normativo (Meloni & Mibelli, 2021). L'approccio medico HAES si pone come obiettivo, dunque, quello di garantire adeguate cure mediche a prescindere dal peso delle persone, destrutturando il *medical fat bias* che porta il personale sanitario a vedere i corpi grassi come intrinsecamente patologici e come il diretto prodotto di problemi di salute fisica o psicologica, ignorando spesso i reali bisogni di salute che esulano dal peso o ascrivendoli automaticamente alla grassezza (Burgard, 2009; LeBesco, 2010; Paine, 2021).

Si evidenzia, quindi, la necessità di passare ad un approccio al peso *incentrato sulə paziente* (Paine, 2021), piuttosto che un approccio alə paziente *incentrato sul peso*. Come emerge dallo studio di Paine (2021), tale prospettiva non implica non poter discutere di peso con lə paziente e "promuovere l'obesità", come spesso si tendono ad etichettare i discorsi anti-grassofobici, ma piuttosto adottare un approccio de-stigmatizzante e non pregiudizievole nei confronti del peso che parta dai vissuti e dai bisogni specifici delə paziente stessə, piuttosto che dedurre il suo stato di salute o le sue abitudini alimentari da un mero indice numerico legato all'IMC. Come spiegato dall'autrice, infatti, secondo questo modello medico e patologizzante i corpi grassi vengono inseriti all'interno di un paradigma morale in cui il singolo viene colpevolizzato per il suo peso poiché ascritto a scelte e stili di vita non virtuosi, piuttosto che inscriverlo in una cornice più ampia che consideri la storia di vita e le disuguaglianze sistemiche attraverso cui poter leggere accuratamente la condizione medica e i bisogni di ognunə.

In questo senso, appare utile integrare nella ricerca e nella pratica clinica una nuova prospettiva, suggerita da Paine (2021) e motivata da studi precedenti (Lick et al., 2013; McPhail & Bombak, 2015), che vede il passaggio da un paradigma incentrato sul Minority Stress come causa delle difficoltà e degli svantaggi legati al peso nelle minoranze sessuali e di genere, al riconoscimento del pregiudizio grassofobico come uno stress aggiuntivo che nel caso delle persone LGBTQIA+ si interseca con i pregiudizi omobilesbotransfobici e con eventuali altri assi di oppressione, generando condizioni di disparità che impregnano il rapporto con il cibo e con il corpo di significati unici e peculiari radicati, e incorporati, nello stigma identitario.

CAPITOLO 2

“Corpi che contano”: i Disturbi dell’Alimentazione come assenza di riconoscimento

2.1 Introduzione

In questo capitolo verrà presa in esame la Teoria dell’Oggettivazione (Fredrickson & Roberts, 1997) e il modo in cui questa possa applicarsi non solo a quei processi sociali di mercificazione e sessualizzazione dei corpi femminili, ma anche a quei peculiari meccanismi di oggettivazione di altre identità marginalizzate, come le identità queer e le altre soggettività non conformi alla ciseteronormatività, con l’obiettivo di sottolineare come i diversi sistemi simbolici che organizzano la nostra società possano influenzare in maniera differente la rappresentazione dei corpi e della sessualità, così come i significati socio-culturali loro attribuiti.

La Teoria dell’Oggettivazione si inscrive nella più ampia cornice concettuale del Modello Socioculturale e costituisce uno dei modelli teorici più frequentemente utilizzato per comprendere l’eziopatogenesi dei Disturbi dell’Alimentazione (DA), con particolare riferimento alla loro peculiare prevalenza nella popolazione femminile. Esso, infatti, sottolinea la pervasività delle rappresentazioni e delle pratiche sociali oggettivanti e sessualizzanti attraverso le quali le donne sono ridotte a mero oggetto il cui valore è determinato dalla loro capacità di soddisfare lo sguardo e il desiderio maschile, all’interno di una cultura fortemente sessista e patriarcale.

Tuttavia, per estensione, essa ha rappresentato, e rappresenta tutt’ora, un ancoraggio concettuale imprescindibile negli studi concernenti la sintomatologia

alimentare anche nelle soggettività LGBTQIA+ in cui la componente socio- culturale, fondamentale nel quadro clinico dei Disturbi dell'Alimentazione, mostra ancora più prepotentemente la sua rilevanza all'interno di esistenze così fortemente stigmatizzate ed invisibilizzate.

2.2 Una lettura femminista dei Disturbi dell'Alimentazione: il ruolo centrale dell'Oggettivazione

Il pensiero femminista, fin dalle sue origini, ha avuto un ruolo fondamentale nella comprensione dei Disturbi dell'Alimentazione, contribuendo direttamente ed indirettamente ad approfondire ed allargare la lettura del fenomeno, andando oltre una concezione meramente clinica ed individualistica per illuminare anche le più ampie dinamiche strutturali e sistemiche, di natura più prettamente culturale e socio-politica.

In tale orizzonte concettuale, è stata soprattutto la teorizzazione intorno ai processi di oggettivazione a costituire il *trait d'union* tra la filosofia femminista e la psicologia clinica, grazie alla capacità della prima di gettare una luce sulle modalità con le quali, all'interno delle società patriarcali, il corpo femminile sia costruito e consumato come mero oggetto sottoposto al costante controllo del potere maschile. Il femminismo ha così restituito voce, materialità e visibilità ai vissuti di rabbia e sofferenza di quei corpi, radicati nelle rappresentazioni e nei meccanismi di controllo sociale, che hanno potuto riappropriarsi della propria soggettività e trovare così parole per dirsi.

I processi sociali di oggettivazione, analizzati già da Marx nel suo *Manoscritti economico-filosofici* del 1844 in riferimento ai processi di alienazione all'interno del sistema capitalistico del lavoro, si configurano come una delle tante possibili forme di deumanizzazione che sottraggono dignità umana alla persona trasformandola in qualcosa

di inanimato, svuotata cioè di volontà o emozioni propriamente umane, e utilizzata nell'ottica marxista soprattutto come bene di consumo o merce di scambio.

Il concetto di oggettivazione *sessuale*, nello specifico, è stato tuttavia utilizzato per la prima volta da Kant (1797) nella *Metafisica dei costumi* per fare riferimento ad un processo di strumentalizzazione della persona che diviene mero oggetto finalizzato al soddisfacimento di desideri altrui (Volpato, 2011), focalizzandosi pertanto sulla sua funzione più propriamente sessuale.

L'oggettivazione diviene però un costrutto centrale soprattutto all'interno del Femminismo Radicale, il cosiddetto femminismo della seconda ondata a partire dagli '60 e '70 del Novecento, sebbene la profonda riflessione sulla condizione di donna-oggetto fosse parte integrante delle teorie femministe già molto prima che il termine cominciasse ad apparire al loro interno con questa precisa connotazione.

La descrizione di come l'identità femminile sia stata storicamente costruita per complementarietà Derridiana (1967), come "altro" subordinato in opposizione all'uomo, ovvero a partire e per mezzo di uno sguardo maschile considerato perno centrale e universale dell'umano, è presente già nel Femminismo Esistenzialista ed in particolare in Simone de Beauvoir. Nel suo più celebre testo *Il secondo sesso* (1949), Simone de Beauvoir analizza, infatti, il modo in cui l'esistenza della donna non abbia valore di per sé, ma sia definita dalla funzione attribuitele all'interno della società patriarcale come mera appendice del maschile, priva di un'esistenza autonoma e indipendente, il cui valore è stabilito in relazione ai bisogni degli uomini e della società stessa: un oggetto strumentale alla riproduzione, al piacere maschile, al lavoro di cura e al sostegno stesso dell'identità maschile.

Successivamente furono soprattutto femministe radicali come Catharine MacKinnon (1987) e Andrea Dworkin (1981) ad indagare i processi di oggettivazione dei corpi femminili, rispettivamente nella pornografia e nella pubblicità. Analizzando, infatti, la pervasività delle rappresentazioni sessualizzate a cui le donne sono costantemente sottoposte ed esposte con i nuovi mezzi di comunicazione di massa, queste autrici hanno messo in luce quanto possa essere difficile sfuggire all'interiorizzazione non solo di tali rappresentazioni di per sé, che nel tempo cominciano ad essere normate e normalizzate, ma anche dello stesso sotteso pensiero oggettivante con cui gli uomini guardano le donne e le donne cominciano a guardare sé stesse. Da questo punto di vista, secondo MacKinnon (1987), la pornografia non può essere considerata una semplice e libera forma di espressione poiché risponde alle regole di un sistema sociale strutturalmente patriarcale che utilizza una specifica rappresentazione del corpo delle donne, svuotato della sua soggettività, per riprodurre la subordinazione femminile e rinforzare il dominio maschile. I nuovi media, come la pornografia e la pubblicità, si configurano pertanto come veri e propri strumenti di oppressione utilizzati dal potere patriarcale per consolidare e riprodurre sé stesso tal quale.

Dobbiamo a Sandra Bartky (1990) l'introduzione del concetto di auto-oggettivazione, descrivendo le conseguenze fisiche, emotive e psicologiche delle pratiche oggettivanti e sessualizzanti che permeano l'intero sistema sociale, che divengono col tempo parte integrante del modo in cui le donne stesse guardano a sé e ai propri corpi. Le rappresentazioni e i comportamenti sessualizzanti sono infatti così pervasivi da non poter essere elusi neanche dalle donne stesse che finiscono per interiorizzare lo sguardo maschile oggettivante rivolgendolo verso il sé e alimentando sentimenti di vergogna ed insoddisfazione corporea.

Grazie anche a Bartky (1990), il femminismo postmoderno degli anni 80-90 ha avuto infatti il merito di complessificare ulteriormente il costrutto di oggettivazione, rielaborandolo ed integrandolo con le innovazioni e la complessità della società moderna. Susan Bordo (1993) ha, ad esempio, esplorato il ruolo della cultura della dieta, dell'esercizio fisico e della chirurgia estetica come nuovi dispositivi del potere, volti a sottrarre tempo ed energie alle donne, al fine strategico di depotenziare ed arginare le istanze e le conquiste di emancipazione che hanno fatto seguito alla rivoluzione femminile e femminista, come approfondirà anche Naomi Wolf nel 1991 nel suo *Mito della Bellezza*.

Ampliando e capovolgendo la mistica della femminilità con cui Betty Friedan (1963) aveva svelato la condizione esistenziale di profonda sofferenza ed insoddisfazione che si nascondeva dietro il ruolo sociale di mogli e madri felici, la giornalista Naomi Wolf (1991) rivela al mondo lo stesso senso di inadeguatezza in cui, attraverso irrealistici ideali di bellezza, la moderna società consumistica ha intrappolato la mente e i corpi delle donne. Il Mito nasce come nuovo dispositivo del potere proprio nel momento in cui le donne, liberatesi dagli obblighi di cura all'interno delle mura domestiche, si sono riappropriate dello spazio pubblico esprimendo la propria autonomia ed agentività, soprattutto attraverso la conquista rivoluzionaria del diritto di voto, calandole all'interno di un nuovo ruolo di genere definito da Wolf (1991) la "*New Woman*" (p.35). Non solo, infatti, all'obbligo di incarnare un ideale sociale, quello domestico, se n'è sostituito un altro, quello estetico, ma quest'ultimo si è aggiunto come una responsabilità ed un carico mentale ulteriore, ineludibile ed onnipresente, da soddisfare in ogni contesto ed in ogni momento dell'esistenza femminile a prescindere dalle scelte di vita. Quella che Naomi Wolf definisce la "qualifica professionale della bellezza" (p. 40) diviene un prerequisito

fondamentale, un compito connaturato al genere femminile, sia per assolvere ottimamente il ruolo di mogli che per poter essere credibili nei loro ruoli professionali ed essere così riconosciute meritevoli del posto che hanno *preteso* di occupare. È questo il prezzo da pagare per l'indipendenza e l'emancipazione raggiunte: la sensazione costante di inadeguatezza, di non essere abbastanza e allo stesso tempo di non avere sufficienti energie a disposizione per essere all'altezza di quell'ideale venduto come raggiungibile con la sola forza di volontà e l'impegno profuso. L'insicurezza legata al vuoto identitario delle donne degli anni Cinquanta (Friedan, 1982), colmabile illusoriamente seguendo l'invito incessante ad acquistare prodotti per la casa per riuscire ad incarnare la casalinga perfetta, continua così ad essere alimentata dall'invito all'acquisto di prodotti per il corpo per cercare di raggiungere l'ideale della bella "eroina" (Woolf, 1991). Come sottolineato da Maura Gancitano (2024) "Non si tratta di una questione puramente estetica, ma di una tecnica politica di esercizio del potere. In altre parole, di una prigione dorata in cui non ci rendiamo conto di essere rinchiuse" (p. 32)

Come illustrato da Holmes (2016), il lavoro del Femminismo Critico ha cercato, infatti, di sottrarre la concettualizzazione dei Disturbi dell'Alimentazione dall'egemonia del discorso biomedico, per inquadrarlo all'interno di un più ampio discorso storico, sociale e politico, in particolare legato alla costruzione socio-culturale del genere. In questo senso, non solo i disturbi alimentari non solo più letti come problemi meramente individuali, ma gli stessi fattori socio-culturali implicati cominciano ad essere descritti non solo in termini di ideali estetici interiorizzati dai media o dall'industria della dieta (Bordo, 1993; Malson, 2009; Orbach, 1986; Wolf, 1991), ma anche di una vera e propria costruzione di una femminilità normativa (Chernin, 1985; Orbach, 1986).

La teorizzazione e la ricerca femminista, tuttavia, ha storicamente operato una logica escludente che ha privilegiato le persone socializzate come donne, con un focus particolare sul corpo anoressico quale espressione di rifiuto, provocazione e resistenza nei confronti delle norme patriarcali (Bordo, 1993; Calamita, 2015; MacSween, 1989; Malson, 2009; Saukko, 2008). Tale concettualizzazione ha tuttavia finito per reificare una nuova gerarchia di corpi e identità che ha condotto ad una invisibilizzazione di quella sofferenza ascrivibile ad una sintomatologia bulimica o ad altri quadri alimentari disfunzionali che, pur non rappresentando in maniera altrettanto emblematica attraverso il corpo il rifiuto della norma patriarcale, sussume lo stesso portato simbolico, insieme di inadeguatezza e ribellione (Burns, 2009; Holmes, 2016; Squire, 2003), facendo da eco alla visione gerarchica della sofferenza fortemente dipendente dalla visibilità esteriore dei sintomi, già presente in ambito medico (Burns, 2004; Holmes, 2016; Squire, 2003; Walsh & Malson, 2010).

Come evidenziato da Holmes (2016), inoltre, la prospettiva depatologizzante proposta dalla teoria femminista dei disturbi alimentari e dell'alimentazione disordinata come due estremi di un continuum (Liimakka, 2013), inscrivendoli all'interno dell'esperienza delle donne quale esito inevitabile delle pratiche discorsive relative alla femminilità normativa, è stato infatti l'aspetto maggiormente criticato dal mondo medico. Sebbene, infatti, la concettualizzazione e il trattamento delle varie espressioni di sofferenza abbiano subìto, e subiscano tutt'ora, i limiti spesso violenti dei modelli egemonici medici e psichiatrici (Foucault, 1973), una totale derubricazione dei Disturbi dell'Alimentazione dall'alveo dei disturbi mentali porta con sé il rischio di non prendere adeguatamente sul serio la gravità dei loro esiti. In virtù dell'interdisciplinarietà implicata nella loro eziologia e nel relativo trattamento, tali condizioni richiedono una proficua

integrazione di pratiche, prospettive ed esperienze che rispecchino la loro intrinseca multifattorialità e complessità, come suggerito spesso dalꝫ stessꝫ pazienti (Holmes, 2016).

2.2.1 La frammentazione del corpo femminile: la Teoria dell'Oggettivazione

In ambito psicologico si deve soprattutto a Barbara Fredrickson e a Tomi-Ann Roberts (1997) la puntuale disamina dell'impatto sulla salute psicofisica delle donne dei processi di oggettivazione sessuale, ovvero quel peculiare processo di deumanizzazione che nega la dignità umana (Vaes et al., 2014) riducendole a mero oggetto sessuale. La loro Teoria dell'Oggettivazione è ancora oggi uno dei modelli teorici più frequentemente utilizzati per illustrare l'eziopatogenesi dei disturbi alimentari, in particolar modo in riferimento a quella che è stata storicamente considerata una sproporzionata prevalenza nella popolazione femminile, ponendo attenzione al trattamento oggettivante e sessualizzante a cui le donne sono sottoposte a causa della cultura sessista e maschilista che permea l'intero sistema sociale. L'esame a cui sono sottoposte per mezzo degli sguardi critici, invadenti e invalidanti presenti nel proprio ambiente di vita, a partire dalle primissime manifestazioni di maturazione sessuale in età puberale, socializza ben presto le donne all'importanza che il proprio aspetto fisico ricopre all'interno del sistema socio-culturale in cui sono inserite e, dunque, alla valutazione della propria stessa importanza in termini di mero corpo più o meno apprezzato ed approvato dallo sguardo altrui. Infatti, come affermato da Chiara Volpato (2011):

> Nella società occidentale il corpo femminile è troppo spesso ridotto a oggetto sessuale, minimizzato in una sorta di gigantesca sineddoche, in cui una parte è sufficiente a indicare l'intera persona, che perde così la sua integrità psicofisica (Volpato, 2011, p. 111).

Sebbene siano state avanzate diverse teorie circa l'origine di una visione culturale e di un sistema sociale oggettivante i corpi femminili, Fredrickson e Roberts (1997) si sono, tuttavia, focalizzate anche sulle loro conseguenze psico-fisiche e sulla relativa compromissione della qualità della vita.

La prima e più importante di esse, sotto il piano psicologico, riguarda quel meccanismo appreso in base al quale le donne, ripetutamente esposte all'esame sociale dei loro corpi, arrivano ad interiorizzare lo sguardo maschile facendo propria la prospettiva dell'osservatore esterno che sono solite subire, la quale diviene la prospettiva privilegiata, assunta in maniera automatica, attraverso cui valutare sé stesse e il proprio aspetto fisico. Tale meccanismo psicologico, definito *auto-oggettivazione*, fa sì che le donne giungano a monitorare costantemente la propria immagine corporea, sorvegliando e valutando il proprio aspetto da una prospettiva in "terza persona", come se fossero, cioè, altro da sé (Fredrickson & Roberts, 1997).

Il processo di oggettivazione implica infatti una "frammentazione strumentale nella percezione sociale, una divisione della persona in parti che servono scopi e funzioni specifici dell'osservatore" (Gruenfeld et al., 2008, p. 111). Ovvero la donna smette di essere considerata e trattata come un essere umano nel suo complesso per essere ridotta esclusivamente al proprio corpo, o a singole parti di esso, "che vengono separate dal resto della sua personalità e ridotte allo stato di mero strumento o guardate come se fossero capaci di rappresentarla nella sua interezza" (Bartky, 1990, p. 26). Un corpo, quindi,

percepito e desiderato come mero oggetto, funzionale al soddisfacimento degli appetiti e dei bisogni dell'osservatore.

Le autrici si sono inoltre focalizzate sulle peculiarità dei vissuti conseguenti, che caratterizzano ed accomunano le esperienze soggettive delle donne in quanto gruppo sociale discriminato inserito all'interno di un contesto dominato dal cosiddetto *male gaze,* ovvero lo sguardo maschile dominante, individuando la presenza di emozioni negative di vergogna e di ansia, la diminuzione di esperienze motivazionali di picco e una minore consapevolezza degli stati interni (Fredrickson & Roberts, 1997).

I vissuti di vergogna emergono primariamente a partire dalla distanza percepita tra l'immagine corporea ideale interiorizzata e la propria immagine corporea reale. Di conseguenza, minore è la corrispondenza tra l'aspetto del proprio corpo e l'ideale estetico socio-culturalmente definito, maggiori saranno i vissuti di vergogna esperiti verso il proprio Sé corporeo, un'emozione la cui funzione adattiva consiste normalmente nell'attivare il soggetto in direzione della riparazione al fallimento esperito (Dekanalis et al., 2012; Lewis, 1992). Il costante auto-monitoraggio e l'assunzione di una prospettiva in "terza persona" attraverso cui sorvegliare costantemente il proprio aspetto fisico, implicano infatti l'adozione da parte della persona di quello stesso sguardo sociale ipercritico che viene quindi rivolto verso il sé e che induce a circoscrivere l'attenzione esclusivamente sui difetti percepiti: ovvero su qualsiasi aspetto del Sé corporeo che si discosta da quanto prescritto dagli standard sociali di bellezza. Di conseguenza, quella che è stata definita *sorveglianza corporea* diviene la porta d'accesso per una sorta di iperconsapevolezza del proprio corpo attraverso cui, per mezzo del costante confronto con l'immagine di altri corpi assunti come ideale, ogni singola caratteristica del proprio aspetto fisico diviene particolarmente saliente e costantemente presente nella

consapevolezza cosciente. Un mezzo, quindi, attraverso cui si diviene automaticamente consapevoli e preoccupate della propria "imperfezione", inevitabile se comparata agli ideali irraggiungibili di assoluta perfezione che sono stati interiorizzati, e che guida la valutazione del proprio corpo come inadeguato, insufficiente, imbarazzante e dunque come fonte di vergogna (Parent & Moradi, 2011; Tiggemann & Kuring, 2004). I vissuti di vergogna, tuttavia, non sono motivati esclusivamente dalla percezione del proprio corpo come "difettoso" rispetto a un corpo ideale, ritenuto invece come l'unico "giusto" e meritevole di rispetto ed attenzioni altrui, ma si estendono più in profondità fino a coinvolgere una valutazione negativa del Sé nella sua totalità, ritenuto fallimentare in quanto incapace di raggiungere l'obiettivo estetico prefissato (Lewis, 2000; APA, 2007).

Tali vissuti di vergogna ed inadeguatezza relativi al Sé e al proprio corpo, unitamente allo stato di ipervigilanza volto a prevedere ed evitare potenziali esperienze di disapprovazione, oggettivazione e vittimizzazione sessuale a cui le donne sono sistematicamente sottoposte, espongono quest'ultime anche al rischio di esperire maggiori vissuti ansiosi. Dittmar e colleghi (2004) hanno infatti evidenziato, attraverso i loro studi, come le donne maggiormente esposte alla rappresentazione di modelli corporei magri e longilinei, soprattutto se associati ad elevati livelli di interiorizzazione di tali ideali di magrezza, manifestavano una maggiore ansia focalizzata sul proprio corpo rispetto alle donne esposte a modelli corporei con un peso nella media o non esposte a tale ideale magro di bellezza (Dittmar & Howard, 2004; Halliwell & Dittmar, 2004; APA, 2007).

Altro fattore individuato da Fredrickson e Roberts (1997) come un'importante conseguenza dell'oggettivazione, è la diminuzione delle esperienze motivazionali di picco, ovvero quelle esperienze che possono essere definite come quei "rari momenti

durante i quali sentiamo di vivere veramente, non controllati da altri, creativi e gioiosi" (Csikszentmihalyi, 1982, 1990). Le autrici individuano due diversi modi attraverso cui l'oggettivazione del corpo femminile può giungere a perturbare o impedire tali esperienze di "flusso" vitale. Il primo fa riferimento a quello sguardo oggettivante che sessualizza le donne anche quando quest'ultime sono impegnate in attività che richiedono capacità cognitive ed intellettive. Questa tendenza a spostare l'attenzione dal compito che si sta svolgendo al corpo di chi lo svolge e, pertanto, dalle qualità intellettive impiegate alle qualità fisiche di chi le impiega, impedisce alle donne di lasciarsi assorbire completamente e con piacere nelle attività esercitate, per sorvegliare nuovamente il proprio corpo e i giudizi su di esso provenienti dal mondo circostante. Tale meccanismo, tuttavia, sebbene più evidente nel caso di attività prettamente cognitive, si verifica anche nel caso di attività che richiedono prestazioni e abilità fisiche, come ad esempio nello sport. In quest'ultimo caso, infatti, la componente corporea impone ancora più prepotentemente la propria presenza, richiamando su di sé l'attenzione degli sguardi circostanti i quali, tuttavia, non si limitano ad esaminare e valutare la prestazione fisica di per sé, ma si spingono oltre in direzione di una sua automatica sessualizzazione, focalizzandosi cioè sul corpo sessuato e sulle sue funzioni sessuali o sessualizzate.

Questo richiamare, e di conseguenza deviare, continuamente l'attenzione sul corpo sessuato delle donne è causa anche del secondo modo, individuato dalle autrici, attraverso cui vengono comunemente impedite o ostacolate le esperienze motivazionali di picco. Affinché, infatti, quest'ultime possano essere pienamente sperimentate, è necessario che la persona perda parte della consapevolezza di sé, del proprio corpo come ente fisico inserito in un determinato contesto spazio-temporale, e delle aspettative e delle richieste in esso presenti per concentrare tutte le proprie energie e risorse attentive

sull'esperienza stessa che si sta sperimentando. Tuttavia, in un contesto socio-culturale in cui le donne sono costantemente sottoposte all'esame sociale altrui, l'interiorizzazione dello sguardo dell'osservatore esterno e il conseguente processo di auto-oggettivazione inducono nelle donne uno stato di *iper-consapevolezza* di sé in cui gran parte delle risorse attentive, cognitive ed emotive vengono sequestrate per essere investite nella sorveglianza del proprio corpo e degli sguardi perscrutanti che lo circondano, sottraendole dunque ad altre attività che potrebbero essere fonte di piacere e di realizzazione personale (Fredrickson & Roberts, 1997; Volpato, 2011). A ciò può, inoltre, aggiungersi un altro importante fenomeno che influisce sulle performance depotenziando le capacità cognitive, ovvero la *minaccia dello stereotipo*: il timore che avere delle scarse prestazioni possa confermare le aspettative negative altrui sul proprio gruppo di appartenenza, confermando lo stereotipo sociale (Volpato, 2019) che, in questo caso, vede il femminile quale "sesso debole" dalle qualità intellettive, fisiche e motorie inferiori a quelle maschili.

Infine, un'ultima importante conseguenza dell'oggettivazione femminile è rappresentata dalla diminuzione della consapevolezza dei propri stati interni, come conseguenza dell'iperconsapevolezza della propria immagine corporea così come appare al mondo esterno. La consapevolezza delle proprie sensazioni corporee viene definita in letteratura con il termine *interocezione*, ovvero l'insieme di quelle "informazioni afferenti derivanti dall'interno del corpo che influiscono sulla cognizione o sul comportamento di un organismo, con o senza consapevolezza" (Cameron, 2002, p. 271) e che nello specifico fa riferimento a quella tipologia di "informazioni provenienti dai sistemi cardiovascolare, gastrointestinale, respiratorio, e urogenitale; pertanto è talvolta chiamata anche viscerocezione" (Emanuelsen et al., 2015). Come teorizzato da Fredrickson e Roberts (1997), l'assunzione da parte delle donne della prospettiva dell'osservatore attraverso cui

monitorare e sorvegliare il modo in cui il proprio corpo appare agli occhi altrui, sottrae gran parte delle risorse disponibili che sarebbero necessarie per divenire altrettanto consapevoli del proprio mondo interno e delle sensazioni che da esso originano, inclusi sentimenti, emozioni, stati di benessere o di tensione, livelli di *arousa*l o i segnali di fame e di sazietà, quest'ultimi particolarmente rilevanti nella psicopatologia alimentare.

La concatenazione di questa serie di conseguenze derivanti dall'esposizione persistente e pervasiva ad esperienze di oggettivazione sessuale, secondo la Teoria dell'Oggettivazione, fa sì che le donne sperimentino una maggiore prevalenza di disagio e malessere psicologico che in ultimo accresce il rischio di sviluppare condizioni psicopatologiche quali, nello specifico, depressione, ansia, disfunzioni sessuali e disturbi alimentari (Calogero & Thompson, 2009; Frederick et al., 2012; Fredrickson & Roberts, 1997; McKinley & Hyde, 1996; Miner-Rubino et al., 2002; Moradi et al., 2005; Moradi & Huang, 2008; Noll & Fredrickson, 1998; Szymanski & Henning, 2007; Tiggemann & Slater, 2001; Tiggemann & Kuring, 2004; Tiggemann & Williams, 2012).

Sebbene, tuttavia, diversi studi mostrino come le persone socializzate come donne tendano ad auto-oggettivarsi in misura maggiore rispetto alle persone socializzate come uomini (Fredrickson et al., 1998; Moradi & Huang, 2008; Strelan & Hargreaves, 2005), i quali mostrano anche minore sorveglianza e vergogna corporea (Moradi & Huang, 2008), la Teoria dell'Oggettivazione può essere utile anche per far luce su quei processi di oggettivazione, auto-oggettivazione e sulle relative conseguenze che riguardano, in maniera differente e peculiare, i diversi generi. La tipologia, infatti, di condizioni che portano gli uomini a trattare il proprio corpo come un oggetto, così come il tipo di standard di attrattività interiorizzati, possono differire rispetto a quelli tipicamente riscontrati nelle donne (Heath et al., 2016; Morry & Staska, 2001; Vandenbosch &

Eggermont, 2013). Come evidenziato da uno studio di Morry e Staska (2001), in particolare nelle donne è possibile osservare una correlazione tra l'esposizione a giornali di bellezza e l'interiorizzazione degli standard estetici socio-culturalmente veicolati, a loro volta correlati all'auto-oggettivazione, all'insoddisfazione corporea e a sintomi di disturbi alimentari. Tuttavia, nel caso degli uomini, era l'esposizione ai giornali di fitness, piuttosto che quelli di bellezza in senso stretto, ad essere correlata all'interiorizzazione degli standard di attrattività, a sua volta correlata all'insoddisfazione corporea. Di conseguenza, possono essere differenti gli ideali di bellezza perseguiti dalle persone socializzate come uomini e come donne, così come possono essere differenti le manifestazioni di sorveglianza e di vergogna corporea da loro sperimentate. Se le donne, infatti, possono essere più preoccupate per la propria magrezza (Murnen, 2011), e di conseguenza adottare comportamenti orientati al raggiungimento di un ideale di corpo magro e longilineo, gli uomini invece possono sviluppare una maggiore preoccupazione per la propria muscolosità e dunque impegnarsi in attività volte ad accrescere la massa muscolare (McCreary & Sasse, 2000; Engeln et al., 2013) esponendoli al rischio della cosiddetta *reverse anorexia* o vigoressia (Cafri et al., 2005; Morry & Staska, 2001; Pope, Katz & Hudson, 1993; Tiggemman & Kuring, 2004; Zanetti & Giardini, 2004). Diversi studi hanno infatti mostrato come l'ideale prevalente di corpo legato alla mascolinità, allo stesso tempo possente, tonico, magro e muscoloso (Olivardia et al., 2004; Pope et al., 2000), rifletta la tipologia di raffigurazioni oggettivanti dei corpi maschili, la cui diffusione nei mass media è aumentata esponenzialmente negli ultimi tempi (Daniel & Bridges, 2010; Leit et al., 2001; Martins, 2007; Pope et al., 2000; Pope et al., 2001; Ricciardelli et al., 2010; Rohlinger, 2002; Thompson, 2000; Volpato, 2011), comprese in quelle riviste e pubblicità rivolte specificamente alla popolazione maschile gay (Clark,

1995; Harvey & Robinson, 2003; Rohlinger, 2002; Schwartz & Andsager, 2011; Sender, 1999). È necessario sottolineare, tuttavia, che nonostante l'esistenza di peculiari differenze tra persone socializzate come uomini e come donne, che rispecchiano la diffusione di altrettanto peculiari ideali estetici strettamente legati al genere inteso in senso binario e imposti dal contesto socioculturale di riferimento, i processi di oggettivazione costituiscano un fattore di rischio trasversale in grado di compromettere il benessere di tutti i corpi e le soggettività. Un numero crescente di studi evidenzia, infatti, come tutti gli individui, indipendentemente dal loro genere, possano essere vulnerabili alle immagini oggettivanti proposte dai mass media (APA, 2007; Agliata & Tantleff-Dunn, 2004; Aubrey, 2006; Dakanalis et al., 2012; Grabe et al., 2008; Groesz et al., 2002; Leit et al., 2002; Moradi et al., 2005; Morry & Staska, 2001; Rohlinger, 2002; Stice et al., 2001; Stice, 2002; Tiggemann & Lynch, 2001; Tiggemann & Kuring, 2004). In questo senso, l'interiorizzazione del "corpo magro" quale emblema di ideale estetico a partire dal quale spiegare i processi di oggettivazione sessuale e l'insorgenza di disturbi alimentari, rappresenta un costrutto problematico non solo in riferimento ad alcune soggettività maschili, ma anche a soggettività razzializzate (Lowy et al., 2021). Come evidenziato da Gordon e colleghi (2023), per lungo tempo le donne nere, così come le donne lesbiche, sono state descritte in letteratura come "protette" dall'impatto dei messaggi socioculturali che valorizzano corpi magri e longilinei, sottovalutando tuttavia sia le pressioni che possono derivare da ideali corporei alternativi e dominanti in specifiche identità sociali e culturali (Gordon et al., 2016), sia dei molteplici modi in cui il corpo può diventare luogo simbolico e sintomatico in cui si condensano le tensioni tra sistemi di oppressione e oggettivazione di matrice razzista, e processi di soggettivazione

e resistenza incarnata (Brown et al., 2022; Capodilupo & Kim, 2014; Dunn et al., 2019; Watson et al., 2019).

Come teorizzato anche da Kozee e Tylka (2006), le donne lesbiche in realtà possono talvolta riportare un maggiore rifiuto dei comportamenti alimentari disadattivi, poiché tipicamente associati alle donne eterosessuali che li adottano con particolare frequenza come riflesso della pressione estetica esercitata dalla società sessista ed eteropatriarcale, ma nonostante ciò mostrare ugualmente elevati livelli di sorveglianza corporea, anche maggiori rispetto alle donne eterosessuali, poiché ricercano quei privilegi sociali che derivano dal possedere un'immagine conforme agli standard socioculturali di attrattività (Davids & Green, 2011; Dworkin, 1989). Allo stesso modo, Share e Mintz (2002) hanno trovato che le donne lesbiche riportavano una minore interiorizzazione di standard ideali di magrezza, pur presentando livelli comparabili alle donne eterosessuali di autostima corporea e di disturbi alimentari. In questo senso, sebbene in alcuni casi l'orientamento sessuale possa rappresentare nelle donne lesbiche un fattore protettivo per lo sviluppo di insoddisfazione corporea e DA, quando siano presenti un forte orientamento culturale/ideologico e un forte desiderio di individuazione ed autodeterminazione che conducono al rifiuto delle norme imposte dal sistema eterosessista (Brown, 1987; Davids & Green, 2011; Ojerholm & Rothblum, 1999), allo stesso tempo esse possono involontariamente interiorizzare delle strategie adattive funzionali ad ottenere maggiori benefici e a ridurre le conseguenze avverse già derivanti dal proprio status minoritario.

Con riferimento alle soggettività maschili, è stato soprattutto l'orientamento omosessuale ad essere studiato come specifico fattore di rischio per l'insoddisfazione corporea, l'interiorizzazione degli ideali corporei socio-culturalmente veicolati e

l'adozione di comportamenti auto-oggettivanti (Calzo et al., 2016; Frederick & Essayli, 2016; Hawkeswood et al., 2011; Martins et al., 2007; Michaels et al., 2013; Lanzieri & Hildebrandt, 2016; Smith et al., 2011) poiché l'immagine di un corpo asciutto ed ipermuscoloso, quale espressione culturale di virilità e mascolinità, viene ad assumere un significato peculiare in termini di affermazione della propria identità di genere, spesso invalidata in virtù degli stereotipi femminilizzanti associati agli uomini gay (Frederick & Essayli, 2016). Di conseguenza, sebbene tutti gli uomini, a prescindere dall'orientamento sessuale, possano essere esposti agli stessi messaggi socioculturali oggettivanti ed interiorizzare gli stessi ideali corporei, gli uomini che si riconoscono in una minoranza sessuale possono subire la pressione ulteriore al soddisfacimento di tali standard di attrattività fisica derivante dalla cultura della comunità gay, in cui l'importanza dell'aspetto estetico è peculiarmente enfatizzata (Blashill, 2010; Carper et al., 2010; Strübel & Petrie, 2020). Studi evidenziano, infatti, la presenza di maggiori livelli di auto-oggettivazione, sorveglianza corporea, vergogna corporea, orientamento sia alla magrezza che alla muscolosità, insoddisfazione corporea e preoccupazioni per il peso negli uomini gay rispetto agli uomini eterosessuali, esponendoli ad un maggior rischio di disturbi alimentari (Boisvert & Harrell, 2009; Feldman & Meyer, 2007; Frederick & Essayli, 2016; Martins et al., 2007; Russell & Keel, 2002; Smith et al., 2011).

Ciò suggerisce, come sottolineato da Moradi e Huang (2008), come i processi e i costrutti fondanti della Teoria dell'Oggettivazione possano svolgere un ruolo cruciale anche nella popolazione maschile e come questi debbano essere studiati con specifico riferimento alla diversa natura delle esperienze e delle espressioni di oggettivazione sessuale che caratterizzano tutte quelle soggettività, come quelle minorizzate e

marginalizzate, nelle quali si riscontra una maggiore prevalenza di disagio psico-sociale, soprattutto se di tipo alimentare.

2.3 I processi socioculturali di oggettivazione delle soggettività LGBTQIA+: meccanismi di deumanizzazione e delegittimazione identitaria

La Teoria dell'Oggettivazione ha visto nel corso del tempo un notevole ampliamento dei suoi confini teorici che si sono estesi oltre l'universo femminile in quanto tale, su cui era basata la teorizzazione originaria, per essere spesso assunta come riferimento teorico anche al fine di spiegare la particolare prevalenza di disturbi alimentari riscontrata nella popolazione LGBTQIA+ come conseguenza della tendenza oggettivante del contesto sociale nel suo complesso e dello sguardo maschio- ed etero-centrico in esso dominante. Tuttavia, sebbene essa illustri efficacemente il potere dell'influenza e della pressione socioculturale verso l'omologazione dei corpi all'ideale estetico prevalente, mostrando come i canoni estetici resi rigidamente normativi possano costituire un fattore chiave nell'insorgenza di DA, tale modello teorico è rimasto ancorato a, ed ha a sua volta cristallizzato, una narrativa dei disturbi alimentari fondata sulla mera rincorsa di un ideale estetico difficile, se non impossibile, da raggiungere costringendo gli individui a vissuti di frustrazione, vergogna ed insoddisfazione corporea.

È pertanto possibile e auspicabile valorizzare una diversa lettura dei disturbi alimentari anche, ma non solo, a partire da una diversa possibile applicazione della Teoria dell'Oggettivazione alle specificità delle categorie sociali più frequentemente oggettivate. Una Teoria dell'Oggettivazione che non resti ancorata e circoscritta a quel processo di interiorizzazione dei canoni estetici dominanti e della conseguente percezione del proprio corpo come mero oggetto vincolato a tali standard normativi di attrattività, ma si spinga

oltre a considerare le diverse componenti identitarie passibili di oggettivazione e la pluralità di forme e significati che tale oggettivazione può assumere.

In modo non dissimile, infatti, dalla frammentazione strumentale del femminile a mero corpo o porzioni di esso, operata dai processi di oggettivazione sessuale messi in luce dalla Teoria dell'Oggettivazione (Fredrickson & Roberts, 1997), anche la popolazione LGBTQIA+ subisce da sempre lo stesso processo di parcellizzazione dell'identità, subendo lo sguardo oggettivante, sessualizzante e deumanizzante di una società che disconosce il carattere unitario del loro essere umani, per circoscrivere lo sguardo e l'esame sociale a quelle sole componenti identitarie funzionali a qualificarli e classificarli all'interno di un gruppo sociale stigmatizzato. Le soggettività LGBTQIA+, quindi, smettono di essere viste come persone umanamente complesse, per essere ridotte, ricondotte ed identificate meramente con le componenti non-ciseteronormative della loro identità sessuale, ovvero declassate a costrutti sociali, ad entità astratte prive di altre qualità umane o morali. Un processo di *deumanizzazione* che mira a negare l'integrità delle loro identità e che li rende continuamente strumento di battaglie politiche e scontri ideologici, oggetto di discussione scientifica e di dibattiti pubblici da parte di chi si appropria del diritto, che deriva dall'esercizio di un privilegio auto-stabilito ed auto-riprodotto, di opinare e legiferare sull'adeguatezza dei loro desideri, sulla "naturalità" dei loro sentimenti e sulla legittimità della loro stessa esistenza.

La psicologa femminista Martha Nussbaum (1999) ha, infatti, individuato nella strumentalità uno dei fattori principali dell'oggettivazione sessuale, nella quale riconosce sette diverse dimensioni: la *negazione dell'autonomia* (ovvero privare l'alterità della capacità e possibilità di autodeterminarsi in modo autonomo ed indipendente), l'*inerzia* (ovvero privare l'alterità della capacità di agency), la *fungibilità* (ovvero privare l'altro

della propria individualità e considerare ciascun soggetto interscambiabile con qualsiasi altro appartenente alla stessa categoria sociale), la *violabilità* (ovvero privare l'altro della propria integrità, i cui confini possono essere violati attraverso una frammentazione in singole parti), l'*essere di proprietà altrui* (ovvero l'alterità viene privata della propria libertà e percepita come un oggetto appartenente all'altro dominante), la *negazione della soggettività* (ovvero l'altro viene privato del proprio mondo interno attraverso la negazione di esperienze e vissuti soggettivi) e infine, appunto, la *strumentalità* (Gruenfeld et al., 2008; Volpato, 2012). Nussbaum individua proprio in quest'ultima il fattore più importante e più pericoloso alla base del processo di oggettivazione, in quanto la persona oggettivata diviene uno strumento funzionale al raggiungimento di uno specifico obiettivo e, dunque, l'oggettivazione stessa diviene strumentale alla realizzazione di uno scopo rilevante per il soggetto che oggettiva (Gruenfeld et al., 2008).

Nel caso specifico, quindi, il carattere strumentale dell'oggettivazione individuato dall'autrice potrebbe essere applicato anche ai gruppi sessuali minoritari e ricondotto a quel processo di delegittimazione storicamente messo in atto nei confronti delle persone LGBTQIA+ non riconosciute nelle loro qualità umane e morali, ma denigrate e discriminate nella loro interezza a partire dal diniego e dal disprezzo di una o più specifiche componenti delle loro identità. Tale sistematica delegittimazione e stigmatizzazione delle identità sessuali minoritarie si configura, pertanto, come un processo omeostatico, funzionale al mantenimento dello *status quo,* attivato dal sistema stesso al fine di mantenere una stabilità interna che ruota intorno ad un valore prefissato costituito dalla ciseteronormatività precostituita. L'oggettivazione e la deumanizzazione delle soggettività LGBTQIA+ riducono, infatti, quest'ultime ad uno *strumento* utile al

gruppo sociale dominante per preservare il mantenimento del proprio potere sociale e dunque funzionale e *strumentale* alla difesa di un previlegio.

Sottolineando la pericolosa funzione strumentale dei processi di oggettivazione, Chiara Volpato (2012) spiega come "ciò che accomuna, comunque, le espressioni storiche della deumanizzazione è il loro essere strumenti di oppressione, impiegati da gruppi potenti per sfruttare, umiliare, distruggere gruppi più deboli" e sottolinea inoltre, riprendendo il pensiero di Kelman e Opotow (1973; 1990), che:

> La deumanizzazione comporta la negazione dell'identità della vittima, che non viene più percepita come individuo autonomo, capace di compiere scelte, parte di una rete sociale in cui ci si prende cura gli uni degli altri. Quando le persone sono disinvestite da questi aspetti costitutivi della definizione di umanità, perdono la capacità di suscitare emozioni morali e possono essere usate in modo strumentale. L'inserimento di un individuo o di un gruppo nell'orizzonte morale significa, infatti, che vengono loro applicate considerazioni di giustizia nella distribuzione delle risorse e nella ripartizione dei sacrifici. Al contrario, l'esclusione da tale orizzonte razionalizza e giustifica il male inflitto agli esclusi. L'esclusione morale rende così normale e accettabile l'ingiustizia (Volpato, 2012).

Bar-tal (1989), infatti, definisce la deumanizzazione uno dei tanti mezzi attraverso cui agire processi di delegittimazione. Quest'ultima viene infatti descritta come una "categorizzazione di gruppi in categorie sociali estremamente negative i quali sono esclusi dai gruppi umani che sono considerati come agenti all'interno dei limiti delle norme e dei valori accettabili" (Bar-tal, 1989, p.170). Essa rappresenta, quindi, uno

specifico processo sociale che, sebbene fondato sugli stessi meccanismi di categorizzazione delle soggettività individuali all'interno di gruppi sociali dalle qualità stigmatizzate, presenta peculiari caratteristiche in grado di differenziarlo da altri meccanismi discriminanti, quali ad esempio stereotipi e pregiudizi. Bar-tal (1989) sottolinea come a differenza delle categorie sociali vittime di stereotipi e pregiudizi che, sebbene costrette a fronteggiare le conseguenze di una generalizzazione negativa di attributi e caratteristiche continuano ad essere parte, seppur con difficoltà, della società da cui vengono in qualche modo tollerate, i gruppi delegittimati sono invece inclusi all'interno di categorie completamente rifiutate dalle norme e dai valori del gruppo delegittimante. Di conseguenza la delegittimazione, a differenza degli stereotipi e dei pregiudizi, implica una totale esclusione dalla società, regolata e agita dal gruppo dominante.

Da questo punto di vista il pensiero di Bar-tal, applicato soprattutto in Psicologia Sociale nell'ambito dei conflitti intergruppi, richiama in qualche modo il concetto di "abiezione" di Judith Butler (1993) che fa riferimento a quel processo di esclusione sociale e negazione simbolica di individui considerati non conformi alle norme dominanti sul genere e sulla sessualità. Come il soggetto delegittimato in Bar-tal, in Butler l'abietto non è meramente deumanizzato e marginalizzato *all'interno* della società attraverso atti fisici e linguistici violenti e discriminanti, ma è mantenuto totalmente *fuori* dalla realtà sociale intelligibile, invisibilizzandolo e relegandolo in uno spazio di non-esistenza, cioè in quegli "spazi di abiezione" che sono interstizi della realtà in cui l'abietto non ha nomi per essere nominato. In tale forma di deumanizzazione, coloro che si pongono al di fuori degli schemi sociali di genere legittimati sono pertanto resi meri *(s)*oggetti in cui le parti non soggettivate di sé vengono messe tra parentesi attraverso processi di violenza

simbolica e pratiche discorsive che ne impediscono il riconoscimento in quanto soggetti pienamente umani.

Sebbene le teorie sulla deumanizzazione in ambito filosofico, sociologico e psicologico si siano focalizzate primariamente sulla sottrazione, in determinati gruppi sociali marginalizzati, di quelle capacità umane considerate universali (razionalità, emotività o moralità), mentre Butler si è concentrata maggiormente sui processi di costruzione e performatività delle soggettività nelle dimensioni del genere e della sessualità, la capacità di soggettivarsi ed autodeterminarsi anche in relazione alla propria identità sessuale dovrebbe essere considerata parimenti una qualità tipicamente umana di cui spesso i soggetti vengono privati, escludendo, negando e invisibilizzando una parte fondamentale del Sé indispensabile per la costituzione della propria identità ed umanità *tout court*. Quella delineata da Butler può quindi essere considerata una forma di deumanizzazione simbolica, discorsiva e performativa, che attiene principalmente alla dimensione identitaria della sessualità e che resta probabilmente la dimensione umana più pervasivamente relegata in una realtà "altra", non ancora culturalmente pienamente legittimata, la quale può assumere una connotazione ambivalente: può, infatti, essere definita da meramente "privata" fino ad "abietta", a seconda della maggiore o minore conformità alle norme sociali.

Entrambi i processi mostrano, pertanto, come le pratiche di costruzione sociale dei gruppi e delle identità operino strategie di deumanizzazione atte a rinforzare il potere di chi stabilisce chi può essere definito "normale/umano" "o "deviante/abietto", sulla base dei parametri normativi dominanti e della loro riproduzione sociale, e pertanto chi debba essere sottoposto a processi di esclusione materiale e simbolica dalla società stessa in quanto corpi che *non* contano, richiamando Butler (1996).

Come messo in luce sia da Butler che da Volpato, infatti, l'"interpellazione" (Butler, 1993) dell'altro come deviante, non umano, abietto, è necessaria per il processo di identificazione che avviene, appunto, per differenziazione. Come sottolineato da Chiara Volpato (2011), l'essere umano si è storicamente avvalso soprattutto della metafora animalistica per *creare* l'identità umana a partire dalla quale assoggettarsi, che viene rinforzata performando un potere gerarchico dominante da agire sui viventi non umani e sugli umani animalizzati, al fine di mantenere la demarcazione necessaria a sostenere la propria identificazione.

Tornando a Bar-tal, altro elemento che differenzia la delegittimazione è il fatto che sia sostenuta da una potente componente sia emotiva che cognitiva che organizza quel substrato di emozioni, pensieri, credenze ed attitudini avverse e deumanizzanti, necessario a guidare e sostenere quei comportamenti di totale rifiuto ed esclusione messi in atto dal gruppo delegittimante (Bar-tal, 1989). Affinché, infatti, la delegittimazione, in quanto insieme concreto di pratiche e comportamenti delegittimanti, possa essere agita dal singolo e soprattutto tradotta in pratica sistematica adottata e legittimata dalla più ampia comunità che sostanzia il sistema sociale nel suo complesso, è necessario che essa persegua e sia guidata da specifici "valori", credenze pregiudiziali, spesso dogmi ed ideologie. È infatti a partire da tali schemi cognitivi, in cui agiscono stereotipi negativi dell'altro minorizzato, che affiorano quei vissuti di rabbia, paura, repulsione e diffidenza che si traducono in comportamenti di rifiuto ed esclusione del gruppo delegittimato, senza i quali le pratiche delegittimanti perderebbero la loro motivazione e forza motrice.

Un altro fattore che secondo Bar-tal distingue la delegittimazione dai meri stereotipi e pregiudizi, che sembra essere particolarmente rilevante nel processo delegittimante delle persone LGBTQIA+, è il suo incoraggiamento e fondamento

istituzionale. Tali processi di discriminazione ed esclusione sociale non sono, infatti, ascrivibili a meri retaggi culturali individuali e diffidenze soggettive dal carattere sporadico ed occasionale, ma poggiano su un sistema sociale ed istituzionale che attraverso le sue norme, le sue politiche e il suo ordinamento giuridico *legittima* quei processi delegittimanti messi in atto nei confronti di particolari categorie sociali. È ciò a cui in letteratura si fa riferimento con la distinzione tra microaggressioni, che avvengono nel contesto di singole, ma reiterate, interazioni individuali e macroaggressioni, che invece permeano le politiche e le pratiche a livello sistemico e istituzionale (Sue & Spanierman, 2022). Nello specifico, basti pensare che in Italia non abbiamo ancora una legge sul matrimonio ugualitario stabilendo di fatto, da un punto di vista sociale e legislativo, una legittimata discriminazione morale, psicologica e giuridica tra le persone etero- e quelle omo-sessuali, riservando a quest'ultime un istituto apposito e differenziato che è quello delle unioni civili e riconoscendo loro, quindi, meno diritti rispetto al resto della popolazione eteronormata. Inoltre, come le discriminazioni e le violenze continuino a godere dell'appoggio istituzionale è evidente anche dall'assenza nel nostro paese di una legge contro l'omolesbobitransfobia che permetterebbe di allargare le pene già previste in caso di violenze commesse per motivi di discriminazione razziale, etnica e religiosa anche a quelle commesse in ragione del sesso, genere, orientamento sessuale, identità di genere e disabilità. Viene istituzionalmente stabilita, quindi, anche in questo caso, una delegittimazione del valore umano di determinate "categorie" sociali rispetto ad altre, legittimando, di contro, atti violenti nei loro confronti ritenuti di fatto non meritevoli di riconoscimento giuridico ed istituzionale.

In aggiunta, oltre ad attribuire al gruppo delegittimato una serie di qualità e caratteristiche peculiari che vengono descritte come incompatibili ed intollerabili rispetto

ai valori e alle norme del sistema sociale dominante, la delegittimazione implica anche l'associazione di tali caratteristiche col rischio, ad esse connaturato, di generare effetti concreti dannosi e pericolosi per la società intera (Bar-tal, 1989). Ne è un esempio, ancora una volta, la campagna denigratoria portata avanti contro i movimenti e gli attivisti LGBTQIA+, colpevoli di voler diffondere una fantomatica "teoria gender", un neologismo opera delle ideologie conservatrici e reazionarie di matrice cattolica, a cui viene attribuito lo scopo di indottrinare lɜ bambinɜ sin dalle aule scolastiche, creando in loro confusione circa la loro identità sessuale fino a farli "diventare" omosessuali o rifiutare il proprio sesso biologico. Attraverso tale artificio retorico, si assiste ad un ribaltamento interpretativo che porta ad assolvere, giustificare e legittimare un comportamento disumanizzante e discriminante, umanamente inaccettabile per qualsiasi società civile, alla luce di un supposto fine superiore ascrivibile alla volontà e necessità di difendere la società stessa dai comportamenti dipinti come nocivi ed eversivi del gruppo delegittimato. Tale inversione nell'interpretazione del carattere legittimo di un comportamento, contraria ai principi di umanità, moralità ed uguaglianza, è ciò che contraddistingue infatti l'ultima caratteristica individuata da Bar-tal, poiché l'attribuzione di un'insita pericolosità a determinate categorie sociali, ha come suo corrispettivo la messa in atto di azioni di sopraffazione, violente ed umilianti, motivate e quindi *legittimate* dalla sottostante delegittimazione di quei gruppi, considerati nocivi e non meritevoli di trattamenti umani proprio perché spogliati, appunto, della loro umanità.

Tale esclusione sociale, motivata e performata da processi di deumanizzazione e delegittimazione, può manifestarsi anche in forme di cancellazione dell'identità culturale di determinati gruppi sociali, ovvero quello che Moshman (2007) ha definito *genocidio culturale* con riferimento alle politiche di espulsione prima e di assimilazione poi dei

Nativi Americani, che gli Stati Uniti hanno agito per secoli come parte della violenza coloniale e a cui oggi stiamo nuovamente assistendo con il tentativo di cancellazione della popolazione LGBTQIA+, e soprattutto Transgender, così come di altre minoranze anche etniche, ad opera delle politiche di Trump.

La deumanizzazione come strumento del potere è messa in luce anche dalla pervasività e circolarità delle strategie messe in atto per arginare pratiche sovversive ed impedire ai gruppi esclusi la riappropriazione socioculturale della categoria "umana". Come evidenziato da Moscovici e Pérez (1997), infatti, di fronte a tenaci tentativi di resistenza alle pressioni di assimilazione, il potere dominante tende ad essenzializzare le caratteristiche della minoranza resistente servendosi della categoria "natura", legata a caratteristiche animali primitive, contrapposta a quella di "cultura", considerata invece prerogativa dell'essere civilizzato e dunque propriamente umano (Volpato, 2011). Questo processo di "ontologizzazione" si serve pertanto di un ritorno all'essenzialismo biologico per ancorare l'"inferiorità" del gruppo sociale stigmatizzato a qualcosa di immutabile e predeterminato, ovvero come caratteristica *ontologica* degli appartenenti a quella categoria sociale, che spiega non solo l'"inassimilabilità" del gruppo stesso alle norme dominanti, ma motiva anche le azioni deumanizzanti agite verso di esso. È questa la pratica performativa che quello che Butler potrebbe definire il "potere sovrano" utilizza per neutralizzare e depotenziare l'agency politica dei gruppi minoritari, celandola e negandola per mezzo dei processi di naturalizzazione.

Di conseguenza, la strumentalità del processo di oggettivazione segnala, come si è qui cercato di illustrare, come quest'ultima possa assumere diverse forme a seconda dello specifico obiettivo per la cui realizzazione l'oggettivazione stessa diviene strumentale.

2.3.1 L'oggettivazione sessuale delle persone LGBTQIA+: una forma peculiare di frammentazione identitaria

L'oggettivazione sessuale rappresenta solo una delle forme di oggettivazione in grado di frammentare l'identità personale e di delegittimare il valore umano, morale e sociale degli appartenenti ad una determinata categoria stigmatizzata e, inoltre, la stessa oggettivazione sessuale può assumere molteplici significati con specifico riferimento a ciascuna di tali categorie. La riduzione delle identità minoritarie a mero corpo può infatti non esprimersi esclusivamente in quella sessualità desiderata e desiderante, come nella concezione del corpo femminile quale mero strumento di piacere ad uso e consumo dello sguardo e dei corpi maschili, ma può acquisire anche un significato di valenza opposta, cioè in termini di una sessualità ripudiata e respingente, come nel caso della focalizzazione dello sguardo e delle rappresentazioni della società ciseterosessista sulla mera componente stigmatizzata, che riduce le esistenze LGBTQIA+ ai loro soli comportamenti sessuali ritenuti immorali e intollerabili. Pertanto, vi è un'oggettivazione che guarda ai corpi esclusivamente nella loro funzione sessuale, come per la popolazione femminile, che tuttavia nel caso delle persone LGBTQIA+ non si esprime secondo quanto previsto dal sistema ciseteronormativo, svalutando dunque il valore umano della persona nella sua interezza a partire da questa sessualizzazione che respinge e che mira, cioè è *strumentale*, a produrre quello stesso disgusto e quella stessa intolleranza anche nel resto della società che costituisce il gruppo sociale dominante e delegittimante.

Le persone e in particolare le donne queer, inoltre, subiscono spesso una forma peculiare di oggettivazione e deumanizzazione, da parte soprattutto di uomini ciseterosessuali, che tende ad assumere la forma di una vera e propria feticizzazione sessuale. Le donne lesbiche e bisessuali, infatti, vengono ridotte a una mera fantasia

erotizzata dallo sguardo maschile, soprattutto quando osservate o immaginate in coppia con altre donne, evidenziando una forma di oppressione meno apertamente ostile, ma non per questo meno violenta. Il dominio maschile fonda qui il proprio potere sulla negazione dell'identità e della capacità di autodeterminarsi delle donne queer, poiché descritte e pensate come "confuse", "promiscue" o in cerca del "vero uomo" in grado di farle cambiare idea (Johnson & Grove, 2017; Shaw, 2023). Un immaginario spesso amplificato e reificato dalla pornografia, pensata da e per lo sguardo maschile, in cui le donne diventano mero prodotto di consumo spogliate di soggettività e desideri autonomi. Tale peculiare processo di oggettivazione sessuale affonda, pertanto, le sue radici nell'intersezione di due diverse forme di oppressione, ovvero sessismo e lesbobifobia, che le rendono doppiamente esposte al rischio di violenza sessuale di cui vengono ritenute anche corresponsabili (Dyar et al., 2017; Shaw, 2023).

Anche per le persone trans*, binarie e non binarie, si riscontra una particolare forma di ipersessualizzazione e feticizzazione del corpo, che viene frammentato nelle sue singole parti sessuate e sessualizzate e considerato un mero oggetto utile a soddisfare una fantasia o un desiderio, più frequentemente ma non esclusivamente maschile, di trasgressione sessuale (Anzani et al., 2021; Fernandez & Birnholtz, 2019; Perez & Pepping, 2024). Proprio quest'ultimo aspetto è ciò che permette di distinguere una pura attrazione sessuale, che rischierebbe altrimenti di essere indiscriminatamente patologizzata (Tompkins, 2014), da un processo di sessualizzazione il quale, come sottolineato da Serano (2007), ha come unico scopo quello di stabilire una gerarchia tra un soggetto dominante (la persona, generalmente uomo, cisessuale) e un soggetto dominato (la persona, generalmente donna, trans*), inscrivendosi all'interno di una dinamica relazionale di potere e sottomissione. Come evidenziato da uno studio di Anzani

et al. (2021), sebbene talvolta la linea che separa attrazione e feticizzazione costituisca un confine sottile e permeabile, è spesso ben identificabile e riconoscibile da chi la subisce che descrive la sensazione di essere invalidata come persona ed essere percepita solo come un "sex toy", ovvero un mero oggetto inanimato volto a soddisfare i desideri sessuali di chi lo *possiede* e lo *utilizza* per i propri bisogni e desideri. Tale forma di oggettivazione sessuale può arrivare, infatti, ad assumere la forma di una vera e propria parafilia qualora l'attrazione sessuale sia motivata esclusivamente dai corpi trans* in quanto tali, o da singole parti di esso, privati o scissi dall'identità della persona nella sua complessità. Si parla in questi casi del cosiddetto fenomeno dei "*Trans Chaser*", ovvero "cacciatore/cacciatrice di persone trans", le quali vengono ridotte a mero feticcio erotico-sessuale (Evangelista, 2018; Tompkins, 2013) ed esposte, pertanto, ad un maggior rischio di violenza anche tra partner (Barrett & Sheridan, 2017; Flores et al., 2018; James et al., 2016; Serano, 2007).

Inoltre, Bartky (1990), così come Gruenfeld (2008), hanno focalizzato l'attenzione sulla funzione più strumentale ed utilitaristica dell'oggettivazione del corpo, descrivendola come quel meccanismo attraverso il quale una persona viene valutata sulla base della sua utilità percepita, proponendo delle analogie con le riflessioni marxiste.

Pertanto, se nella teoria dell'alienazione di Marx (1844) il lavoratore viene frammentato e privato dei suoi prodotti in virtù della sua utilità produttiva, mentre nell'oggettivazione sessuale a subire processi di frammentazione sono le donne in virtù della loro utilità sessuale, potremmo descrivere un'ulteriore forma di oggettivazione sessuale, che potremmo definire speculare o inversa, in cui ad essere frammentate sono le identità queer a causa di una loro supposta *inutilità sessuale*. Le soggettività che si pongono al di fuori degli schemi normativi rispetto al genere e alla sessualità, infatti, sono

spesso percepite non solo come non "utili" al dovere procreativo, venendo meno all'ingiunzione della "produttività sessuale", ma anzi contro-*producenti* per la società stessa poiché contrarie per loro sola esistenza alla morale e all'ordine sociale. Quest'ultima forma di oggettivazione potrebbe rientrare nella distinzione proposta da Chiara Volpato (2011) tra "oggettivazione-intralcio" e "oggettivazione-strumentale", dove nella prima non viene riconosciuto nell'altro alcuna utilità considerandolo pertanto come qualcosa di cui liberarsi, mentre nella seconda l'utilità della persona oggettivata viene ridotta al suo sfruttamento come merce o oggetto di consumo.

Di conseguenza, sebbene la pressione e l'esame sociale sulla conformità dei corpi all'ideale estetico dominante rappresenti un fattore essenziale del processo di oggettivazione sessuale, anche all'interno della popolazione LGBTQIA+, portando gli individui a sorvegliare costantemente l'adeguatezza del proprio aspetto fisico rispetto alle norme subculturali di riferimento, l'interiorizzazione della prospettiva oggettivante dell'osservatore potrebbe non essere circoscritta esclusivamente alla sorveglianza della propria apparenza corporea ed attrattività estetica, ma orientarsi anche su altri aspetti di sé resi fonte di disagio e di insicurezza.

Uno studio, ad esempio, condotto da Buchanan e collaboratori (2008) su donne Afro-americane, ha sottolineato l'importanza di indagare in maniera mirata le manifestazioni di sorveglianza corporea e di insoddisfazione corporea gruppo-specifiche, oltre a quelle più generali. I risultati di tale studio hanno infatti evidenziato come la sorveglianza specifica del colore della propria pelle fosse unicamente e positivamente collegata sia alla vergogna corporea che all'insoddisfazione per il colore della propria pelle. Inoltre, escludendo la sorveglianza del corpo e del colore della pelle, gli autori hanno mostrato come l'auto-oggettivazione non fosse tuttavia correlata alla vergogna

corporea, sottolineando l'importanza fondamentale del ruolo esercitato dalle variabili legate alla sorveglianza. Pertanto, in maniera interessante, in questo studio la sorveglianza del colore della pelle era correlata in modo univoco e peculiare alla vergogna corporea e all'insoddisfazione per il colore della pelle, mentre la sorveglianza della taglia e della forma del proprio corpo non era correlata all'insoddisfazione per il colore della pelle, ma solo alla vergogna corporea (Moradi, 2008). Ciò sottolinea la necessità di considerare come il processo di oggettivazione possa impattare in modo differente a seconda delle specificità del gruppo sociale oggettivato e di valutare le modalità con cui una determinata conseguenza dell'oggettivazione, come la sorveglianza di sé, possa esprimersi in modo del tutto peculiare riflettendo la specifica componente identitaria stigmatizzata, che si percepisce essere la principale fonte di valutazioni sociali negative.

Analogamente, la sorveglianza corporea nelle persone ciseterosessuali risulta essere focalizzata soprattutto sull'attrattività estetica percepita piuttosto che sulla presentazione di genere, come è invece possibile osservare nelle persone LGBTQIA+ (Brewster, 2019). Infatti, una conseguenza del Minority Stress esperito dalle persone LGBTQIA+ è rappresentata dall'occultamento del proprio orientamento sessuale o della propria identità di genere, ovvero una sorta di dissimulazione di una propria importante componente identitaria, volta a prevenire esperienze di rifiuto e discriminazione (Meyer, 2003) e che può essere interpretata come una forma di costante monitoraggio in "terza persona" di come l'immagine di sé si riflette, e viene percepita, nel contesto sociale ciseterosessista.

Nelle persone trans*, ad esempio, è possibile riscontrare una sorveglianza corporea particolarmente intensa motivata dalla preoccupazione che il proprio aspetto esteriore possa essere percepito come non congruente alla propria identità di genere e

dunque al timore di un *passing* insufficiente, come evidenziato in uno studio condotto da Sevelius (2013) con 22 donne trans. Analogamente, uno studio di Velez e collaboratori (2016) ha evidenziato come anche negli uomini trans la presenza di un aspetto congruente al genere avesse una correlazione diretta positiva con la soddisfazione corporea e una correlazione diretta negativa con la sorveglianza corporea. Di conseguenza, l'incongruenza di genere dovrebbe essere considerata un'importante variabile in grado di incrementare i livelli di sorveglianza, insoddisfazione e vergogna corporea, a loro volta correlati al rischio di disturbi alimentari al fine di modificare la propria presentazione di genere (Comiskey et al., 2020). Sebbene, tali processi disfunzionali possano insorgere a partire dalla discrepanza tra il sesso assegnato alla nascita e la propria identità di genere, e possano legarsi a vissuti di disforia, è fondamentale tuttavia che continuino ad essere letti come prodotti di una cultura ciseterosessista che tende ad esacerbare le preoccupazioni relative al proprio aspetto fisico, attraverso aspettative stereotipiche e normative legate al genere, inteso in senso binario (Gillen & Lefkowitz, 2006; Murray, Rieger & Byrne, 2013). In modo simile, ma per certi versi speculare, a tale processo di iper-sorveglianza e iper-monitoraggio della propria apparenza corporea, potrebbe aggiungersi nello specifico delle esperienze trans* quello che McGuire, Doty e Ola (2016) hanno definito *dissociazione corporea*. Ovvero, i vissuti di disforia nei confronti di alcune parti del proprio corpo, in particolare quelle maggiormente connotate rispetto al genere, potrebbero condurre le persone che non si riconoscono nel sesso assegnato alla nascita a distanziarsi, *dissociarsi* appunto, dal proprio sé corporeo come una strategia di difesa dalla sofferenza ad esso correlata (Mirabella et al., 2020; Pulice-Farrow et al., 2020). In particolare, nello studio citato, allontanare la consapevolezza da quelle parti di sé che fungono da promemoria per l'insoddisfazione corporea legata all'espressione del

proprio genere, era un modo per le persone partecipanti per cercare di affrontare gli elevati livelli di *autocritica*, ovvero di insicurezza ed ansia dovute a valutazioni negative della propria immagine corporea, e di *disagio sociale*, ovvero di insicurezza ed ansia dovute alla preoccupazione di come la propria immagine corporea possa apparire nelle interazioni sociali e alle reazioni che potrebbe elicitare. Similmente, anche un recente studio di Mirabella (2024) ha mostrato come nei pazienti GD ci fosse una correlazione significativa tra disregolazione emotiva e e depersonalizzazione, a sua volta correlata ad una maggiore gravità della sintomatologia alimentare in queste soggettività. Inoltre, l'associazione tra la maggiore disregolazione emotiva e la maggiore gravità della sintomatologia alimentare era mediata sia dalla depersonalizzazione che dall'evitamento corporeo, il quale, in maniera interessante, non svolgeva un ruolo di mediatore nei soggetti controllo, ma solo in quelli GD.

Tali risultati evidenziano, coerentemente con la letteratura e con gli assunti della teoria Queer, come soprattutto nel caso di soggettività trans* l'immagine corporea si intersechi potentemente con l'identità di genere, entrambe influenzate dalle norme sociali relative ai corpi e all'espressione del genere.

Come messo in luce da Wiseman e Moradi (2010), inoltre, la maggiore presenza di sorveglianza corporea, vergogna corporea e disturbi alimentari può essere ricondotta a precoci esperienze di soprusi vissute nel corso dell'infanzia a causa di una espressione di genere non conforme a quanto prescritto dalle norme ciseterosessiste. Similmente alle più tipiche esperienze oggettivanti illustrate dalla Teoria dell'Oggettivazione, anche le esperienze di discriminazione e vittimizzazione legate alla propria espressione di genere possono favorire una maggiore sorveglianza corporea, allo scopo di rendere la

presentazione di sé più "conforme" alle aspettative socioculturali e ridurre così la probabilità di subire molestie e vessazioni (Beren, 1997; Wiseman & Moradi, 2010).

Una maggiore sorveglianza corporea, quindi, da ascrivere più al sistema di potere e privilegi che coinvolge differentemente le varie categorie sociali, piuttosto che alla mera rincorsa di un ideale estetico assunto come obiettivo prioritario soggettivamente ed intrinsecamente significativo. Il costante monitoraggio del proprio aspetto sembrerebbe, quindi, non essere motivato da una pura insoddisfazione corporea e da una preoccupazione per il proprio aspetto fisico in relazione ad un ideale corporeo interiorizzato a cui si anela, ma potrebbe essere ricondotto in qualche modo alla consapevolezza dei benefici sociali derivanti dall'aderire all'ideale estetico prevalente e all'interiorizzazione di quella funzione strumentale che viene in genere socialmente attribuita al corpo e all'apparenza fisica (Dion et al., 1972; Haines et al., 2008; Mason & Lewis, 2016; Pingitore et al., 1994).

Le persone fisicamente più attraenti tendono, infatti, ad essere percepite e trattate più positivamente, ad essere punite meno severamente e hanno minori probabilità di ricevere trattamenti negativi, scortesi e spiacevoli rispetto alle persone fisicamente meno attraenti (Bogaert & Hafer, 2009; Langlois et al., 2000; Mazzella & Feingold, 1994). Come sottolineato, inoltre, da un report dell'APA sulla sessualizzazione delle ragazze (2007), in generale quest'ultime possono giungere a sessualizzare sé stesse poiché anticipano i vantaggi sociali che ne deriverebbero, così come anticipano il rifiuto sociale che incontrerebbero se al contrario non si omologassero a tali processi di auto-oggettivazione (Brown & Gilligan, 1992; Nichter, 2000; Tolman, 2002).

Di fronte, pertanto, ad esistenze già fortemente stigmatizzate per la propria identità sessuale, può essere doppiamente difficile distanziarsi dalle norme estetiche

dominanti rischiando così di sentirsi ulteriormente rifiutate anche a causa di un corpo che non incontra l'approvazione altrui. Conformarsi agli standard sociali di attrattività, anche quando rifiutati a livello razionale e quindi non interiorizzati, e anche quando si traducono in comportamenti alimentari disordinati solo subclinici, può divenire un modo per tamponare gli effetti del Minority Stress subìto a causa della propria identità sessuale e per evitare un'ulteriore stigmatizzazione motivata dal proprio aspetto estetico.

Non solo, infatti, l'omologazione fisica può essere funzionale a non rendere evidente e manifesto il proprio orientamento sessuale e/o identità di genere, riducendo quindi il rischio di essere esposti ad esperienze di discriminazione e vittimizzazione (ad esempio, rispettando gli standard eterosessisti e di femminilità/mascolinità socio-culturalmente stabiliti) (Haines et al., 2008; Mason & Lewis, 2016; Wiseman & Moradi, 2010), ma può garantire anche maggiori possibilità di accesso all'istruzione, all'assistenza sanitaria, ad opportunità lavorative, relazionali, sociali, aggregative e partecipative fortemente precluse o ostacolate dalla discriminazione omolesbobitransafobica. L'importanza che il sistema sociale attribuisce all'estetica e all'immagine corporea non si riduce esclusivamente ad una pressione verso un ideale di perfezione fisica dal cui raggiungimento conseguirebbe l'acquisizione di un potere attrattivo e seduttivo (ad esempio attraverso le immagini veicolate dai mass media), ma si traduce in maniera più ampia in una vera e propria negazione di eguali possibilità di realizzazione ed autodeterminazione per coloro i quali non rispettano tali standard normativi di immagine estetica (ad esempio attraverso atti delegittimanti e deumanizzanti). Come evidenziato già da Fredrickson e Roberts (1997) nella loro Teoria dell'Oggettivazione, l'aspetto fisico è in grado di determinare le condizioni di vita e la qualità delle esperienze a cui le donne possono accedere e che sono portate ad esperire,

poiché come affermato anche da Unger (1979) la "bellezza fisica può tradursi in potere per le donne: l'attrattività funziona come una delle principali valute per il successo sociale ed economico delle donne" (Fredrickson & Roberts, 1997). Le autrici hanno sottolineano, ad esempio, come le donne in condizioni di obesità presentassero minori risultati scolastici ed economici e come le donne in sovrappeso avessero anche meno probabilità di essere accettate per l'ammissione al college, rispetto alle donne normo-peso o più magre (Fredrickson & Roberts, 1997; Wooley & Wooley, 1980; Wooley, et al., 1979). Inoltre, è stato riscontrato come le donne in sovrappeso potessero essere maggiormente esposte al rischio di subire un clima ostile e discriminatorio sul luogo di lavoro (Fredrickson & Roberts, 1997; Snow & Harris, 1985) e che in generale le possibilità di carriera potessero essere fortemente condizionate dall'aspetto non femminile o considerato poco attraente dai datori di lavoro, in misura maggiore rispetto agli uomini considerati poco attraenti (Bar-Tal & Saxe, 1976; Cash et al., 1977; Fiske et al., 1991; Fredrickson & Roberts, 1997; Wallston & O'Leary, 1981). Tale disparità di opportunità sociali e di carriera, derivante da una distribuzione asimmetrica del potere socio-economico tra i sessi, continua ad essere riprodotto da un sistema che riconosce maggiori poteri e privilegi sociali alla popolazione ciseteronormata rispetto a quella LGBTQIA+ consolidando, dunque, quella struttura sociale gerarchica che mantiene in ogni caso al vertice l'uomo bianco cis- ed etero- sessuale.

Inoltre, nella sua teorizzazione originaria, un altro importante fattore messo in luce dalla Teoria dell'Oggettivazione ed indicato come conseguenza caratteristica dei vissuti soggettivi delle donne, è costituito dalla maggiore presenza di ansia sociale (Dion et al., 1990; Hart et al., 2008). Fredrickson e Roberts (1997) suggeriscono infatti che, poiché viviamo all'interno di un contesto socio-culturale che tende ad oggettivare le donne e i

loro corpi, quest'ultime possono sviluppare un peculiare timore delle valutazioni negative da parte dei soggetti sociali che incontrano e con cui interagiscono, per effetto dell'interiorizzazione dello sguardo giudicante altrui (Peat & Muehlenkamp, 2011). Di conseguenza, nel momento in cui le donne acquisiscono consapevolezza di come i giudizi, le impressioni e l'idea complessiva che gli altri si costruiscono su di loro, così come il maggiore o minore accesso ad opportunità lavorative o relazionali e il loro stesso valore come persone, siano determinati primariamente dal loro aspetto fisico (Berscheid et al.,1971; Cash et al., 1977; Holland & Skinner, 1987; Margolin & White, 1987; Snow & Harris, 1985; Fredrickson & Roberts, 1997; Unger, 1979; Wallston & O'Leary,1981), maturano naturalmente l'esigenza di controllare e plasmare le valutazioni altrui affinché queste possano coincidere con l'idea che ciascunə desidera gli altri abbiano di sé, agendo sui propri corpi e conformandoli all'ideale positivo appreso. La paura delle valutazioni negative, caratteristica centrale dell'ansia sociale, è stato dimostrato essere un fattore determinante anche nello sviluppo e nel mantenimento dei disturbi alimentari, poiché correlato alle preoccupazioni per il peso e la forma del proprio corpo, e all'insoddisfazione corporea soprattutto tra le adolescenti (Cook-Cottone et al., 2016; Maraldo et al., 2016; Trompeter et al., 2018; Utschig et al., 2010). Inoltre, l'ansia sociale è correlata sia alla vergogna corporea che ad una maggiore probabilità di disturbi alimentari, in particolare per quei quadri clinici come l'anoressia e la bulimia in cui la presenza di preoccupazioni per il peso e la forma del proprio corpo costituisce un esplicito criterio diagnostico (Dakanalis et al., 2014; Ostrovsky et al., 2013; Trompeter et al., 2019).

Anche tra le persone gay, lesbiche, bisessuali e transgender, l'ansia sociale sembra essere un vissuto centrale in grado di impattare negativamente sulla salute mentale, come

stretta conseguenza del Minority Stress quotidianamente esperito (Feinstein et al., 2012; Roberts et al., 2011), il quale risulta essere correlato anche ad una maggiore presenza di disturbi alimentari nelle donne lesbiche e bisessuali (Bayer, 2014; Brewster et al., 2014; Joshua, 2002; Mason & Lewis, 2015; Watson et al., 2015). Sia la discriminazione che l'omonegatività interiorizzata, due dei principali fattori del Minority Stress, sono stati trovati positivamente correlati a sintomi di ansia sociale in donne lesbiche e uomini gay (Burns et al., 2012; Cathey et al., 2014; Feinstein et al., 2012).

Tuttavia, la maggior parte degli studi sui vissuti d'ansia correlati alla tendenza all'auto-oggettivazione si è focalizzata esclusivamente su una singola tipologia di ansia, ovvero *l'ansia per l'apparenza*, che è quella legata al proprio aspetto corporeo così come questo appare allo sguardo altrui (Peat & Muehlenkamp, 2011). Sebbene, infatti, l'immagine corporea e l'aspetto estetico abbiano un ruolo chiave nei processi di oggettivazione ed auto-oggettivazione, sarebbe riduttivo interpretare i vissuti soggettivi delle donne e delle altre soggettività minorizzate, esposte al costante esame sociale, solo in termini di preoccupazione per l'apparenza, riproponendo paradossalmente la stessa visione parziale, scissa ed oggettivante operante nel più ampio contesto socioculturale.

Il nostro corpo non è un mero involucro che ci contiene, un *oggetto* sociale, appunto, che si muove nel mondo in modo svincolato ed indipendente dalla nostra psiche e dalla nostra identità nel suo complesso, ma è parte integrante di ciò che siamo, di ciò che proviamo e percepiamo. Il corpo-*soggetto* resta inevitabilmente tale anche quando è sottoposto ad un'auto-valutazione "in terza persona", ovvero da una prospettiva "esterna" che tuttavia non è svincolata ed estranea al Sé, ma con cui al contrario ci si indentifica, cioè che viene a fondersi e a combaciare con il proprio punto di vista sul Sé segnalando quel presupposto imprescindibile che indica che siamo inevitabilmente *corpi pensanti* e

menti incarnate. Di conseguenza, è impossibile pensare ad un esame e un giudizio del corpo fisico che non si traduca in un esame e un giudizio della persona che anima quel corpo, e dunque in vissuti d'ansia che non siano meramente ansia per la propria apparenza, ma ansia per la propria *essenza*. Ancora una volta, tuttavia, nel dibattito su questi temi viene privilegiata una narrazione dei disturbi alimentari ancorata al mero corpo-oggetto, all'ideale estetico, alla superficie, all'apparenza. Come affermato da Fredrickson e Roberts (1997), invece:

> Data l'evidenza che le prospettive sociali ed economiche delle donne possono essere determinate dal loro aspetto fisico, spetta alle donne anticipare le ripercussioni del loro aspetto. (…) Pertanto, l'attenzione delle donne per il proprio aspetto fisico, che è stata spesso interpretata come narcisismo e vanità, potrebbe essere vista in modo più appropriato come una strategia delle donne per aiutarle a determinare come verranno trattate dagli altri (…) che ha chiare implicazioni per qualità della loro vita (Fredrickson & Roberts, 1997, p.178-180).

Andrebbe di conseguenza recuperata la teorizzazione originaria della Teoria dell'Oggettivazione all'interno della quale sono già presenti numerose riflessioni che suggeriscono la necessità di ampliare la comprensione della tendenza all'automonitoraggio e alla sorveglianza corporea e, per estensione, dei disturbi alimentari, al fine di disancorarli dall'idea di una mera ossessione per quell'ideale di perfezione estetica veicolato dai mass media.

Una storia ed un destino strettamente legati, quelli tra le donne e le soggettività LGBTQIA+, accomunati da un sistema di norme e imposizioni, talvolta travestite di

moralità e virtù, pensate da una cultura ciseteropatriarcale a suo uso e consumo per costruire un immaginario diffuso e introiettato, una sorta di inconscio collettivo, utile a mantenere una struttura sociale gerarchica per il controllo delle alterità subalterne o non conformi al sistema.

Di fronte, dunque, ai pressanti e tenaci tentativi di oggettivazione, deumanizzazione e invisibilizzazione dei corpi minorizzati, sistematicamente privati della loro legittimità ed agentività nel mondo in cui si esplica la loro concreta esistenza, non sorprende che siano proprio i corpi a richiamare l'attenzione sull'esigenza di essere visti, riconosciuti, validati come "corpi che contano", per citare Judith Butler (1996), e che tale esigenza primaria e vitale possa tradursi in ultimo in forme patologiche che segnalano drammaticamente il bisogno di vivere autenticamente e insieme la convinzione interiorizzata di non meritarlo.

Questa lettura socio-culturale in cui si inscrivono i processi di oggettivazione e delegittimazione a cui sono differentemente sottoposti i diversi gruppi sociali marginalizzati, potrebbe quindi segnalare l'importanza di esplorare in profondità le cause originarie, ovvero l'insieme dei processi cognitivi, emotivi e psico-sociali sottesi all'attenzione e alla preoccupazione per il corpo osservata nelle diverse popolazioni indagate, che a loro volta possono condurre a comportamenti alimentari disadattivi, piuttosto che focalizzarsi sul mero esito di tali processi o sulla sola sintomatologia manifesta, riconducendo questi ultimi a cause generalizzate e generalizzanti.

Mettere in relazione i diversi modi in cui le scienze psicologiche, filosofiche e sociali hanno operazionalizzato e descritto i costrutti di deumanizzazione, delegittimazione e oggettivazione, è utile per comprendere i processi di esclusione, marginalizzazione e violenza a cui determinate soggettività e gruppi sono stati, e sono

ancora, sottoposti all'interno dei contesti sociali, ma soprattutto per individuare pratiche sovversive e di resistenza che possano interromperne i meccanismi di riproduzione restituendo visibilità, agency e legittimità a tutte le identità e a tutti i corpi come "corpi che contano" (Butler, 1996). Come affermato da Chiara Volpato (2019) "i processi di legittimazione e di delegittimazione possono servire a rafforzare l'ingiustizia, ma anche a sovvertirla, a cambiare il mondo e lo stato delle cose" (p.35).

2.4 Il contributo della Teoria Interpersonale

Il modello interpersonale, assunto originariamente soprattutto per la comprensione e la cura della depressione (Klerman, 1970), è stato poi proposto da Rieger (2010) come un riferimento teorico specificamente adattabile ai disturbi alimentari, in grado di informare una particolare forma di psicoterapia per il loro trattamento.

La Psicoterapia Interpersonale dei Disturbi Alimentari (IPT-ED) si focalizza sul funzionamento interpersonale delə paziente, sottolineando l'importanza che i vissuti negativi esperiti all'interno di contesti sociali e relazionali avversi, o percepiti come tali, rivestono nell'eziologia e nel mantenimento della psicopatologia. Tuttavia con "funzionamento interpersonale" non si fa riferimento esclusivamente al modo in cui il soggetto si rapporta ed interagisce con gli altri significativi, e dunque alla qualità delle concrete relazioni che l'individuo instaura nel suo ambiente sociale e familiare, ma si estende a definire anche quel complesso processo attraverso il quale l'individuo interiorizza tali pattern relazionali sotto forma di rappresentazioni di sé stesso e degli altri, che a loro volta orientano i suoi vissuti e comportamenti intersoggettivi (Sullivan, 1953).

L'approccio interpersonale sottolinea, nello specifico, come la ricorrente percezione di valutazioni sociali negative da parte degli altri e i ripetuti scambi

interpersonali insoddisfacenti che ne conseguono o che ne sono all'origine, conducano a disturbi del Sé, come una minore chiarezza del senso di Sé, una bassa autostima e una persistente affettività negativa, che possono innescare e/o mantenere la patologia alimentare (Raykos et al., 2017). Di conseguenza, esso integra i fattori psicologici relativi al concetto di Sé, con i fattori socio-relazionali relativi alle valutazioni sociali negative percepite e alla scarsa qualità delle dinamiche interpersonali sperimentate, per spiegare l'insorgenza dei disturbi alimentari (Bell et al., 2019). Un recente studio ha mostrato come gli individui che adottavano comportamenti alimentari disordinati presentassero maggiori difficoltà sia nei domini relativi al Sé che a quelli interpersonali del funzionamento della personalità (Biberdzic et al., 2021), coerentemente con la letteratura precedente la quale evidenzia come gli individui con disturbi alimentari presentino più frequentemente difficoltà nelle relazioni ed un funzionamento sociale compromesso (Arcelus et al., 2013; Kernhof et al., 2008; Troop et al., 2003), suggerendo una forte associazione tra le problematicità nella dimensione interpersonale e la psicopatologia alimentare (Ambwani & Hopwood, 2009; Ansell, et al., 2012; Fairburn, 1997; Fairburn & Harrison, 2003; Haslam et al., 2010; Hinrichsen & Clougherty, 2006; Hoffart et al., 2007; Hopwood et al., 2007; O'Mahony & Hollwey, 1995; Telch & Agras, 1994).

La Psicoterapia Interpersonale (IPT) si basa sul presupposto secondo cui da un lato i diversi disturbi psicopatologici possono insorgere conseguentemente alle difficoltà interpersonali sperimentate dagli individui, rappresentando quindi una risposta disadattiva a vissuti di sofferenza soggettiva e al mancato soddisfacimento di bisogni fondamentali, mentre dall'altro presuppone che i problemi interpersonali riscontrati nella popolazione clinica possano costituire importanti fattori di mantenimento del disturbo stesso (Klerman et al., 1984; Markowitz, 1998; McIntosh et al., 2000). In entrambi i casi,

quindi, un'azione terapeutica mirata sulla dimensione interpersonale della vita delə paziente, che miri a migliorare le sue abilità sociali, i suoi pattern di interazione e i modelli relazionali, avrà un impatto fondamentale sulla riduzione della sintomatologia associata al disturbo riportato (Arcelus et al., 2013; Fairburn, 1997; Jones et al., 2015; McIntosh et al., 2000; Weissman et al., 2000). Con specifico riferimento alla psicopatologia alimentare, infatti, da un lato alcuni specifici tratti di personalità o manifestazioni caratteriali contingenti, che in letteratura sono stati associati al DA, quali la sensibilità al rifiuto e alle critiche, l'eccessiva ricerca di approvazione o al contrario l'eccessivo distacco socio-affettivo, la tendenza al perfezionismo, al controllo o all'isolamento sociale, possono essere causa delle difficoltà interpersonali riscontrate costituendo fattori di rischio per il successivo sviluppo della psicopatologia alimentare. Dall'altro, la compromissione del funzionamento sociale ed interpersonale può emergere come conseguenza delle caratteristiche sintomatologiche specifiche del disturbo, quali i rituali ossessivi, l'intensa paura di ingrassare e il conseguente evitamento di condizioni sociali che possano prevedere il rischio di esporsi al confronto intersoggettivo e a giudizi negativi altrui, in grado di esacerbare i tratti preesistenti e divenire fattori di mantenimento del disturbo stesso (Christensen & Haynos, 2020; Hartmann et al., 2010).

L'attenzione alla qualità delle relazioni interpersonali, inoltre, ha un'estrema importanza anche per la prevenzione dei disturbi alimentari, poiché il supporto sociale rappresenta un importante fattore protettivo (Arcelus et al., 2013; Stice, 2002). Alcuni studi hanno riscontrato come uno scarso supporto sociale aumentasse il rischio di binge eating (Stice et al., 2002) e predicesse un aumento dei sintomi bulimici in presenza di eventi avversi o particolarmente stressanti (Bodell et al., 2011). L'elevata affettività negativa esperita, infatti, unitamente alle difficoltà riscontrate nella regolazione dei propri

vissuti emotivi, caratteristiche centrali dei disturbi alimentari (Cooper et al., 2004, Corstorphine et al., 2006; Fox & Power, 2009), possono rendere molto difficile interagire efficacemente con gli altri ed affrontare in maniera adattiva situazioni relazionali inter-soggettivamente o intra-soggettivamente conflittuali o ostili, aumentando l'adozione di condotte alimentari disordinate come un mezzo, seppur disadattivo, di regolazione emotiva (Ivanova et al., 2015) ed ostacolando la possibilità di ricercare attivamente e di utilizzare efficacemente una rete relazionale come fonte di supporto e di regolazione dei propri vissuti.

Nel modello interpersonale, viene infatti enfatizzato il ruolo assunto dalla presenza di fondamentali bisogni personali e sociali non soddisfatti nell'insorgenza e nel mantenimento dei disturbi alimentari, come effetto dei vissuti conflittuali derivanti da relazioni problematiche o inadeguate con figure significative del presente o del passato, o dalla ripetuta esperienza di interazioni sociali caratterizzate da rifiuto, esclusione e non accettazione (Strupp & Binder, 1984). In questo senso, l'importanza che la componente socio-relazionale riveste nei disturbi alimentari, sia nel rischio di insorgenza che nel mantenimento della psicopatologia, può emergere con ancora più evidenza e in maniera ancora più incisiva nella vita delle persone LGBTQIA+ per le quali il soddisfacimento di bisogni fondamentali, quali ad esempio i bisogni di sicurezza, appartenenza o autorealizzazione, si configura come pervasivamente e sistematicamente ostacolato, e in cui la percezione di feedback sociali negativi poggia spesso realisticamente su una struttura ciseterosessista che può sembrare al di fuori delle proprie possibilità di influenza e di controllo, in virtù della sua natura sistemica e istituzionalizzata. Tale modello risulta essere, pertanto, particolarmente adatto ad essere applicato ai gruppi sociali minorizzati alla luce del loro essere storicamente e sistematicamente oggetto di pregiudizi e

discriminazioni da parte dei gruppi dominanti, con i quali quotidianamente si relazionano e con cui condividono tutti i loro contesti di vita. Tali frequenti esperienze di vittimizzazione, ostilità e discriminazione possono infatti essere ragionevolmente considerate forme peculiari di valutazioni sociali negative, in considerazione delle cognizioni, rappresentazioni e dei significati socioculturali connotati negativamente a cui esse inesorabilmente si accompagnano.

L'applicazione di un modello interpersonalmente orientato alla condotta alimentare patologica nella popolazione LGBTQIA+, ha trovato significative conferme nei risultati di uno studio di Bell e colleghi (2019) che ha indagato la correlazione tra lo stigma percepito e l'appartenenza ostacolata, con la predisposizione ai disturbi alimentari in un campione di uomini gay, donne lesbiche e persone TGNC. I risultati hanno mostrato come entrambi questi fattori, considerati nello studio forme di valutazione sociale negativa, avessero una relazione indiretta con la predisposizione ai DA, mediata dalla bassa auto-compassione negli uomini gay e nel gruppo TGNC, e dalla depressione nelle donne lesbiche (Bell et al., 2019). Ciò suggerisce come nelle persone LGBTQIA+ il bisogno di appartenenza, il cui soddisfacimento è frequentemente impedito nella più ampia società ciseterosessista, così come l'immagine pregiudizievolmente negativa che viene loro attribuita all'interno di tale contesto sociale, concorrano alla costruzione di un concetto di Sé fortemente deficitario costituito dalla presenza di una fragile autostima e di cognizioni autosvalutanti (nello studio indagati in termini di auto-compassione), oltre che ad una associata affettività negativa la cui persistenza è spiegata dai ripetuti feedback negativi che confermano l'immagine di un Sé insufficiente, all'interno di un ciclo vizioso auto-perpetuante.

Cooley (1902) parla infatti di *looking-glass self*, ovvero l'"Io riflesso", per fare riferimento a quel processo di interiorizzazione per mezzo del quale le percezioni, le valutazioni e le modalità di pensiero che ciascuno riserva a sé stesso derivano dall'insieme di percezioni, valutazioni e giudizi degli altri, esperiti nel contesto sociale. Di conseguenza, di fronte a ripetute esperienze di discriminazione, denigrazione e disapprovazione, che rappresentano una costante nelle vite delle persone LGBTQIA+, verrà a delinearsi una rappresentazione di Sé speculare alla rappresentazione che ne hanno gli altri, in cui vengono ad inscriversi valutazioni, pensieri e sentimenti negativi che riflettono le cognizioni e gli atteggiamenti ugualmente negativi subiti all'interno delle interazioni interpersonali (Gamble & Yu, 2008). La costruzione del concetto di Sé risulta, quindi, profondamente influenzata dal contesto sociale che diviene uno specchio attraverso il quale imparare a conoscere e riconoscere sé stessi.

Secondo Harter (1999; Harter et al. 1996), il modo in cui i processi di *looking-glass self* plasmano e sostengono il concetto di Sé, conduce alcuni individui a dipendere particolarmente da questo "specchio sociale", da cui trarre quell'immagine di sé stessi necessaria ad auto-definirsi, affidandosi fortemente alle opinioni e alle risposte altrui al fine di mantenere un'auto-rappresentazione stabile in cui potersi ritrovare e riconoscere, facendo tuttavia derivare l'approvazione di sé primariamente dall'approvazione degli altri. In assenza di tali conferme, tuttavia, l'assenza di un nucleo di Sé stabile espone tali individui al rischio di disintegrazione identitaria rendendoli vulnerabili a numerose psicopatologie (Damon & Hart, 1988; Gamble & Yu, 2008). Nelle persone con un'identità sessuale minoritaria, il disturbo alimentare potrebbe quindi emergere a partire dall'estrema difficoltà esperita nello sviluppare un senso di Sé strutturalmente stabile e coeso come base primaria a partire dalla quale poter confrontare ed elaborare le risposte

di disapprovazione esterne, anteponendo quindi all'approvazione altrui una basilare approvazione di sé stessi, a causa di una componente identitaria tenuta perlopiù scissa e nascosta per la maggior parte del periodo dello sviluppo, e della peculiare pervasività delle percezioni e valutazioni negative a cui questa è, anche in seguito, spesso sottoposta, a partire dal contesto familiare.

Diversi studi hanno, inoltre, evidenziato come problemi interpersonali si riscontrino in tutte le diverse manifestazioni del disturbo alimentare (Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge Eating e DA non altrimenti specificato), a cui sono indirettamente correlati per mezzo dell'affettività negativa, e come inoltre ciascuno di tali disturbi sia associato a pattern relazionali problematici distinti e peculiari (Ivanova et al., 2015). Nelle persone in cui il disturbo è caratterizzato più strettamente da un'alimentazione restrittiva (come nel caso dell'Anoressia Nervosa di tipo restrittivo), si riscontra tipicamente un atteggiamento negativo rispetto all'espressione dei propri vissuti interni, considerata spesso una forma di debolezza e potenziale causa di rifiuto sociale, il quale limita la possibilità di condividere le proprie emozioni con gli altri, ostacolando la costruzione di relazioni stabili e significative. Inoltre, gli individui con condotte alimentari di tipo restrittivo sono anche caratterizzati da una maggiore paura di ricevere valutazioni sociali negative, da cui si difendono attivamente evitando di esprimere i propri pensieri e i propri sentimenti per il timore che questi possano non essere condivisi ed approvati, ed adottando dunque un atteggiamento interpersonale difensivo e compiacente caratterizzato da una scarsa assertività e da una tendenza alla sottomissione alle istanze altrui. Il timore del giudizio sociale negativo conduce, inoltre, ad una marcata apprensione nelle situazioni socio-relazionali e ad una maggiore ansia sociale, probabilmente dovuta

ad una tipica sensibilità interpersonale e da una bassa autostima (Cervera et al., 2003; Geller et al., 2000; Gual et al., 2002; Hartmann et al., 2010; Ruderman & Besbeas, 1992).

Le persone la cui psicopatologia si manifesta con abbuffate e condotte di eliminazione (come nella Bulimia Nervosa), sono invece caratterizzate da una maggiore sfiducia interpersonale e paura dell'intimità, che induce ad una maggiore richiesta di rassicurazione da parte degli altri significativi e che può essere spesso causa della maggiore ostilità e dei conflitti interpersonali trovati in questa popolazione clinica, in cui si riscontra frequentemente la mancanza di una rete relazionale di supporto. L'ambivalenza delle condotte alimentari adottate, caratterizzate da abbuffate e successive condotte di eliminazione, si manifesta infatti anche nell'ambito relazionale all'interno del quale si riflette il forte bisogno e insieme la profonda paura di instaurare dei legami stretti e significativi, che a loro volta si traducono in dinamiche ugualmente ambivalenti di ricerca di vicinanza e conflittualità interpersonali. In questa popolazione, dunque, l'ansia sociale e la paura di valutazioni sociali negative sembrano essere maggiormente legate all'ansia derivante dal confronto sociale e dall'intimità relazionale (Arcelus et al., 2013; Gilbert & Meyer, 2003; Pruitt et al., 1992).

Sebbene indagate in misura minore, poiché di recente introduzione come categoria diagnostica nell'ultima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico Dei Disturbi Mentali (DSM-5 - APA, 2013), anche le condotte di binge-eating sono associate a specifiche problematiche di tipo sociale ed interpersonale, ricondotte principalmente agli elevati livelli di affettività negativa esperiti da questa popolazione clinica, associati a scarse abilità sociali, ad una maggiore tendenza all'evitamento sociale e alla presenza di un concetto di Sé negativo che inducono a loro volta gli episodi di alimentazione incontrollata, peggiorando i vissuti di colpa, vergogna e depressione e deteriorando

ulteriormente l'autostima, l'immagine di sé e l'isolamento sociale (Ivanova et al., 2015; Steiger et al., 1999).

L'ansia sociale e la sensibilità al rifiuto rappresentano caratteristiche centrali del funzionamento interpersonale anche delle popolazioni con identità sessuali minoritarie. La letteratura ha riscontrato, infatti, livelli più elevati di ansia sociale, paura delle valutazioni negative, evitamento sociale ed ansia nelle interazioni relazionali in giovani gay e lesbiche rispetto ai pari eterosessuali (Feinstein et al., 2012; Pachankis & Goldfried, 2006; Pachankis et al., 2008; Roberts et al., 2011; Safren & Pantalone, 2006). Inoltre, il rischio di essere oggettivate e feticizzate, porta spesso le persone TGNB ad evitare situazioni e relazioni sentimentali e/o sessuali che possano esporle a sguardi invalidanti e deumanizzanti (Anzani et al., 2021; Fernandez & Birnholtz, 2019) e a una maggiore sospettosità e preoccupazione all'interno dei rapporti interpersonali (Riggs et al., 2018; Rood et al., 2016), motivata anche dalla convinzione interiorizzata di non poter essere desiderabili e destinatarie di una sana attrazione (Lindley et al., 2020). La mancanza di supporto nelle relazioni romantiche e/o sentimentali e la maggiore frequenza di esperienze negative e di rifiuto, sono correlate inoltre ad un aumentato rischio di ansia e depressione nelle persone trans* (Fuller & Riggs, 2019), coerentemente con la letteratura che identifica la qualità delle relazioni sentimentali un predittore positivo di salute mentale (Diener et al., 1999; Robles et al., 2014; Whisman & Baucom, 2012).

Le frequenti esperienze di vittimizzazione ed ostilità relazionale esperite, conducono pertanto le persone LGBTQIA+ a sviluppare un peculiare timore delle possibili valutazioni negative provenienti dal contesto sociale e ad assumere conseguentemente un comportamento non assertivo nelle situazioni interpersonali (Pachankis et al., 2008; Roberts et al., 2011). Tale funzionamento intersoggettivo deriva,

infatti, dalla strutturazione di peculiari rappresentazioni negative di sé, degli altri e delle relazioni derivanti dalle precoci interazioni con le primarie figure di attaccamento (Bartholomew & Horowitz, 1991; Blatt & Maroudas, 1992; Bowlby, 1969, 1973) spesso caratterizzate da risposte ostili e di non accettazione rispetto al proprio orientamento sessuale, e successivamente confermate dalle esperienze sociali discriminanti e delegittimanti. Tali schemi cognitivi e relazionali plasmano le successive aspettative di rifiuto da parte degli altri, visti come inesorabilmente ostili e giudicanti, nei confronti del Sé, visto come intrinsecamente inadeguato e non meritevole di attenzioni positive (Cloitre et al., 2002; Fox & Safran, 2005; Pachankis et al., 2008; Rohner, 2004; Romero-Canyas & Downey, 2005; Rosenberg, 1998; Safran, 1990; Scarvalone et al., 2005), ed orientano inoltre il comportamento sociale in direzione di un maggior evitamento delle situazioni interpersonali e una minore ricerca di supporto sociale (Anzani et al., 2021; Pachankis et al., 2008; Romero-Canyas & Downey, 2005; Sherry, 2007).

La relazione tra le esperienze di discriminazione e di rifiuto frequentemente esperite dalle persone sessualmente minoritarie e i conseguenti sintomi di ansia sociale che emergono in contesti relazionali, è inoltre mediata dalla presenza di omonegatività interiorizzata (Feinstein et al., 2012), la quale può essere definita come uno specifico schema cognitivo-affettivo che organizza rappresentazioni e vissuti negativi relativi all'orientamento sessuale non normativo che il soggetto può applicare sia a sé stesso che agli altri, inibendo i contatti con la comunità LGBTQIA+ e compromettendo la qualità delle relazioni sociali (Frost & Meyer, 2009; Meyer, 1995; Meyer & Dean, 1998; Otis et al., 2006; Shidlo, 1994; Szymanski et al., 2001). Per le persone appartenenti a gruppi sessuali minoritari, le situazioni relazionali possono rappresentare momenti in cui dover mettere in atto processi di auto-monitoraggio e sorveglianza della propria immagine

pubblica al fine di mantenere nascosta la componente di sé stigmatizzata, riducendo tuttavia la spontaneità e l'autenticità dei rapporti intersoggettivi ed aumentando i vissuti di colpa, vergogna ed inutilità (Pachankis, 2006). La discriminazione e l'omonegatività interiorizzata rappresentano, infatti, i principali fattori distali e prossimali, rispettivamente, del Minority Stress e sono strettamente correlati all'ansia sociale sia nelle donne lesbiche che negli uomini gay (Burns et al., 2012; Cathey et al., 2014; Feinstein et al., 2012; Mason & Lewis 2016).

Di conseguenza, le elevate aspettative di rifiuto, motivate dalle precedenti esperienze relazionali e dalle rappresentazioni negative di sé e del proprio orientamento sessuale, unitamente ai vissuti di ansia sociale e di timore delle valutazioni negative sperimentati nelle situazioni intersoggettive, compromette il funzionamento interpersonale delle persone LGBTQIA+ spingendole verso un maggiore isolamento sociale e privandole di importanti risorse relazionali di natura supportiva (Frost & Meyer, 2009; Jordan, 2009; Szymanski & Chung, 2001).

La specificità del profilo psicologico, interpersonale e sintomatologico delle diverse manifestazione cliniche del disturbo alimentare, suggerisce l'importanza di esplorare in un'ottica intersezionale la peculiarità dei vissuti interni della singola persona, così come questi si esprimono nella condotta alimentare disturbata, e il modo in cui questi riflettono tipiche configurazioni interpersonali problematiche che in alcuni casi possono peculiarmente derivare da uno status reso socioculturalmente minoritario.

Sebbene, infatti, sia stato proposto un modello transdiagnostico dei disturbi alimentari che suggerisce come la distinzione nosografica tra i diversi disturbi alimentari rifletta meramente la variabilità nell'espressione manifesta di uno stesso nucleo patologico comune, tale da poterli sussumere all'interno di un'unica categoria diagnostica

(Cooper & Fairburn, 2011; Fairburn, et al., 2003), il modo in cui tale nucleo di sofferenza condivisa viene espresso e reificato dalə singolə pazienti nell'una o nell'altra configurazione alimentare patologica, rifletterà inevitabilmente differenze personali e socio-relazionali soggettive, segnalando l'esigenza di assumere una prospettiva idiografica attenta alle peculiarità del singolo.

Attraverso l'adozione del modello interpersonale, inoltre, il focus viene posto sull'influenza che gli altri esercitano sul processo di sviluppo del Sé, e su come esperienze relazionali negative possano causare deficit di alcune importanti funzioni del Sé quali il senso di coesione, di autostima ed autoefficacia (Moberg et al., 2021). La presenza di un'identità compromessa è stata, infatti, identificata da Bruch (1981) come il principale predittore di disturbi alimentari, sostenendo che la preoccupazione per il corpo e per il peso, così come le conseguenti condotte alimentari patologiche delle persone con DA, non siano che la manifestazione di una più profonda "ricerca dell'individualità e di un'identità che si rispetti" (Bruch, 1979, p. 255). Diversi studi hanno confermato l'associazione tra alcune dimensioni del concetto di Sé e la sintomatologia alimentare, evidenziando la presenza di una maggiore confusione ed instabilità del senso di Sé in pazienti bulimici (Schupak-Neuberg & Nemeroff, 1993) e maggiori disturbi identitari complessivi in donne con Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa rispetto ai controlli sani (Stein, 2007).

In un recente studio, inoltre, è stata riscontrata una correlazione positiva sia dell'instabilità dell'identità che della disfunzione della personalità, con i comportamenti alimentari disordinati. Nello specifico, i comportamenti di abbuffata risultavano associati a deficit di controllo, difficoltà nella regolazione delle emozioni, instabilità dell'identità e disfunzione della personalità, con l'instabilità dell'identità che mediava pienamente la

relazione dei tentativi di controllo e della regolazione emotiva con la condotta alimentare, mentre comportamenti di restrizione alimentare risultavano associati unicamente alle due variabili strettamente legate alla stabilità e al funzionamento identitario (Biberdzic et al., 2021). I risultati di questo studio suggeriscono la fondamentale importanza del ruolo esercitato dalla presenza di disturbi legati al Sé in tale quadro clinico, per giungere anche ad una migliore comprensione delle modalità e dei percorsi attraverso cui altri fattori notoriamente associati ai DA, quali la disregolazione emotiva o il discontrollo degli impulsi, impattino sul funzionamento complessivo dell'individuo e si esprimano per mezzo della condotta alimentare.

La letteratura lega i disturbi alimentari in particolare a problematiche riguardanti il Senso di Sé (Bruch, 1978; Ewell et al., 1996; Goodsitt, 1997; Basten & Touyz, 2019), identificabile come la componente più soggettiva del Sé (che invece può essere definito come la struttura psicologica complessiva della persona nella sua totalità) che fa riferimento alla consapevolezza e all'intima esperienza che ogni persona fa di sé stessa. Il Senso di Sé soggettivo include, nello specifico, un senso di continuità e coerenza nel corso del tempo, un senso di agentività e padronanza dei propri vissuti interni e delle proprie azioni, un senso di completezza, coesione e integrazione delle proprie varie componenti e sfaccettature, un senso di autenticità e vitalità, e la consapevolezza dei propri stati interni quali pensieri, sentimenti, bisogni e motivazioni (Basten & Touyz, 2019). Sebbene la compromissione del senso di Sé nel suo complesso svolga un ruolo fondamentale in svariate condizioni psicopatologiche, le sue specifiche componenti possono esercitare un'influenza diversa e peculiare in ciascuna di tali psicopatologie impattando sul funzionamento psicologico e della personalità complessivo dell'individuo (Basten & Touyz, 2019). Nello specifico, gli studi evidenziano l'associazione dei disturbi

alimentari soprattutto con la mancanza di un senso di coerenza e di agency (Bruch, 1978; Ewell et al., 1996; Goodsitt, 1997): le rigide regole alimentari, i rituali ossessivi, le condotte di eliminazione, la sfida ingaggiata con bisogni vitali come la fame e la sete, rappresentano tutti meccanismi compensativi volti a ristabilire un equilibrio ed una coerenza interni, e mantenere un'illusoria ed onnipotente capacità di controllo su una vita di cui ci si sente spettatori o protagonisti inerti. Una strategia, dunque, per trasformarsi da vittime passive ad agenti attivi del proprio mondo interno vissuto come eccessivamente caotico e pericoloso, e del mondo esterno vissuto come al di fuori delle proprie possibilità di influenza, agendo sull'unica cosa che può essere apparentemente sotto il proprio pieno controllo, ovvero il corpo, e performando la propria ritualità ossessiva e la propria onnipotente forza di volontà come dimostrazione di successo e di valore personale (Bruch, 1978; Ewell et al., 1996). In alcuni casi, inoltre, una personalità anoressica può emergere anche sotto forma di un Sé alternativo in grado di compensare e sostituire un sottostante Sé fragile e frammentato, attribuendo così alla patologia un'essenziale funzione di definizione identitaria (Garner, et al., 1997; Vitousek & Ewald, 1993), come suggerito anche da Vitousek e Ewald (1993), i quali hanno definito l'Anoressia Nervosa come "fondamentalmente sia un disturbo cognitivo che un disturbo del Sé" (p. 288).

Ciò sottolinea l'importanza di considerare i disturbi alimentari primariamente come disturbi del Sé, prima ancora che disturbi dell'*alimentazione*, in cui il rapporto ambivalente e patologico con il cibo rappresenta un mero epifenomeno indicativo di un più profondo bisogno di definizione e coesione identitaria (Fairburn & Harrison, 2003).

Il legame tra i disturbi alimentari e la presenza di un'identità sessuale minorizzata, può essere elucidato, quindi, dagli effetti che la discriminazione socioculturale e la conseguente omonegatività interiorizzata esercitano sul funzionamento interpersonale e

sulla stabilità del Sé. Mantenere una fondamentale continuità del Sé nel corso del tempo rappresenta, infatti, un compito evolutivo prioritario (Bromberg, 2012), tale per cui

> Ogni individuo (…) continuerà ad agire secondo i primi modelli di attaccamento, appresi in modo procedurale, sui quali risiede il Sé nucleare, così da rimanere riconoscibile come "se stesso". Per quale motivo? Perché il modo in cui una certa persona è vista nella mente di un "altro" deve riflettere il Sé nucleare che era il "bambino dei suoi genitori". (…) Tuttavia, se nelle prime fasi di vita alcune parti di Sé vengono sistematicamente disconfermate, il compito di continuare a esistere nella mente di un altro (e quindi ai propri occhi), come lo stesso Sé che era "il bambino dei suoi genitori", è molto più complicato e difficile perché implica dover dissociare quegli stati del Sé che sono discordanti con esso (Bromberg, 2012, pp. 58-59).

Come teorizzato da Shelby, infatti, l'omonegatività interiorizzata ha un impatto negativo sulla coesione del Sé (Allen, 2002) in virtù della discrepanza sperimentata tra i propri vissuti e bisogni omo-erotici ed omo-affettivi, il proprio comportamento socio-sessuale non ancora pienamente e liberamente orientato al loro soddisfacimento, e la propria identità sessuale che mantiene una netta separazione tra il proprio Sé pubblico e Sé privato, poiché dominata da vissuti di negazione e di non accettazione. Secondo i principali modelli teorici, la formazione ed integrazione dell'identità sessuale è infatti l'esito di un processo orientato alla ricerca di una sana congruenza tra queste diverse e fondamentali componenti identitarie (Cass, 1979; Chapman & Brannock, 1987; Fassinger & Miller, 1996; Minton & McDonald, 1984; Morris, 1997; Rosario et al., 2001, 2006; Troiden, 1989). Tali parti di sé intrapsichicamente conflittuali poiché dissonanti rispetto

all'immagine ciseteronormativa posseduta da sé stessi o dagli altri, in primis dalle figure genitoriali, vengono dunque negate, scisse o dissociate, impedendo che queste possano essere oggetto di un'adeguata integrazione ed elaborazione, e ostacolando conseguentemente lo sviluppo di un Sé sufficientemente stabile e coeso.

> Prima di poter confluire in ciò che la persona sente come "me", le parti "non-me" del Sé devono essere ricondotte all'autoriflessione mediante simbolizzazione cognitiva e linguistica in un contesto relazionale. Finché questo non avviene, le parti "non-me" continueranno a incombere e ad agire dissociativamente quanto non può essere pensato o detto, causando problemi al paziente e alle persone intorno a lui. Trattandosi di voci guidate dagli affetti provenienti da parti del Sé disconfermate sul piano relazionale, la loro presenza è comunicata senza un contesto cognitivo condiviso, che potrebbe consentire all'affetto di sviluppare un significato negoziato consensualmente (Bromberg, 2012, p. 59).

La piena accettazione e successiva integrazione della propria identità sessuale è dunque un processo complesso, soprattutto in periodi evolutivi critici quale quello adolescenziale, che richiede la stretta interdipendenza di fattori sia interni (personali ed intrapsichici) che esterni (sociali ed interpersonali) (Dotan et al., 2019), i quali interagiscono in modo complesso e peculiare nel determinare il rischio di disturbi alimentari ed altre forme di psicopatologia nelle soggettività LGBTQIA+.

2.5 Espressioni e correlati psicologici del Minority stress: omonegatività interiorizzata, occultamento di sé e consapevolezza interocettiva

Meyer definisce il Minority Stress come lo "stress eccessivo a cui gli individui appartenenti a categorie sociali stigmatizzate sono esposti come effetto della loro, posizione sociale minoritaria" (Meyer, 2003, p.675).

Nel corso del tempo, la concettualizzazione di tale modello si è poi arricchita di numerose ricerche che hanno delineato specifiche caratteristiche definenti il Minority Stress. Questo è infatti descritto come un fenomeno:

a) unico e differenziato, ovvero fa riferimento a quel carico di stress tipico ed esclusivo delle minoranze che si aggiunge a quelli che sono i comuni stressors esperiti da tutti i membri della società, indipendentemente dal loro status sociale. Il Minority Stress e lo stress generale non sono pertanto eventi mutualmente escludentisi, ma il primo si sovrappone al secondo esclusivamente negli individui marginalizzati che si trovano, dunque, a far fronte ad un carico emotivo e psicologico superiore rispetto al resto della popolazione non stigmatizzata;
b) cronico, ovvero indica uno stress cumulativo e protratto nel tempo poiché strettamente correlato all'intero sistema socio-culturale in cui il soggetto stigmatizzato è inserito. Di conseguenza, in quanto tale, le esperienze di esclusione, violenza e discriminazione, e cioè le fonti del Minority Stress, divengono ubiquitarie e pressoché impossibili da evitare e controllare in maniera sistematica;
c) infine, il Minority Stress è un fenomeno sociale, in quanto derivante direttamente dalle istituzioni, dalle strutture e dai processi sociali che definiscono il contesto

socio-culturale di riferimento. La natura sociale e strutturale del Minority Stress, lo differenzia dunque dagli eventi e dalle circostanze di natura individuale che possono essere fonte di quello stress generale cui fa riferimento la popolazione non marginalizzata (Meyer, 2003).

Con riferimento anche a tali categorie definitorie, le diverse tipologie di stressors sono state, inoltre, collocate da Meyer (2003) lungo un continuum che vede ad un estremo i fattori puramente distali, cioè tutti quegli eventi stressanti acuti, i quali si configurano come avvenimenti e circostanze oggettive che si manifestano concretamente nel mondo esterno. Ad un livello intermedio si collocano invece le aspettative di discriminazione generate dall'individuo come effetto della precedente cronica esposizione ad esperienze vittimizzanti, che lo pongono in un costante stato di allerta ed ipervigilanza al fine di prevedere, evitare o reagire prontamente a tali eventi distali, ovvero lo stigma percepito. Infine, all'estremo opposto del continuum si collocano gli stressors puramente prossimali, risultato di quel meccanismo in base al quale l'individuo fa propri gli atteggiamenti e le credenze negative veicolati dal sistema sociale rispetto alla categoria minoritaria cui egli appartiene, giungendo ad interiorizzare e successivamente ad identificarsi con l'immagine negativa ad essa associata, ovvero l'omofobia interiorizzata (Meyer, 1995, 2003). Quest'ultima fa riferimento all'insieme di pensieri, convinzioni, stereotipi, norme e principi morali fortemente radicati, che le stesse persone LGBTQIA+ possiedono nei confronti della propria identità sessuale non-normativa e che guidano vissuti di vergogna e non accettazione verso sé stessi e la propria sessualità. Tuttavia, esso viene ad oggi considerato un termine improprio a cui viene sempre più spesso preferito quello di omo*negatività* interiorizzata. Il termine "omofobia" è stato introdotto per la prima volta nel 1972 dallo psicologo George Weinberg per indicare il clima generale di intolleranza

e discriminazione nei confronti delle persone non-eterosessuali o percepite come tali, contribuendo a spostare il focus dalla diffusa concezione di un problema intrinsecamente "omosessuale" ad un più effettivo problema "sociale", la cui responsabilità è quindi da attribuire non agli omosessuali in quanto tali, ma agli eterosessuali in cui tale problema si colloca e da cui origina (Herek, 2004). Tuttavia, l'ostilità e l'avversione nei confronti delle persone LGBTQIA+ sembrano essere caratterizzate più da sentimenti di rabbia e disgusto, che da una vera e propria paura irrazionale tale da consentire di configurare tali vissuti e comportamenti negativi in termini di "fobia" (Bernat et al., 2001; Ernulf & Innala, 1987; Haddock et al., 1993; Herek, 1994, 2004; Van de Ven et al., 1996). In aggiunta, successive teorizzazioni hanno sottolineato anche come il termine omofobia rimandi ad una concezione "clinica" o "psico-patologica" dell'ostilità anti-LGBTQIA+ che colloca l'origine del problema ad una mera causa individuale, cioè all'interno della singola persona eterosessuale "affetta" dalla particolare paura di trovarsi in prossimità di persone omosessuali o di passare essa stessa per omosessuale, sottraendo l'attenzione dalle più ampie responsabilità sociali ed istituzionali sottese all'intolleranza e alle discriminazioni (Herek, 2004; Kitzinger, 1987, 1996; Williamson, 2000). In questo senso il termine "omonegatività", o più recentemente "stigma sessuale" (Herek, 2007; Herek et al., 2009), metterebbe invece più efficacemente in luce la presenza di cognizioni, emozioni e reazioni negative nei confronti di tutti quei comportamenti, relazioni ed identità che deviano dall'eterosessualità prevista, come riflesso della costruzione sociale dei generi e delle identità sessuali, e dei dispositivi normativi implementati per consolidare e preservare le relazioni gerarchiche di potere all'interno del sistema sociale stesso (Herek, 2004).

La focalizzazione sul sistema socio-politico-culturale e sulle conseguenti strutture di potere vigenti al suo interno, ha consolidato anche l'utilizzo del termine "eterosessismo", proprio al fine di rilevare l'arbitraria demarcazione dicotomica e binaria tra eterosessualità-omosessualità che privilegia la prima come norma attesa ed auspicabile e svilisce la seconda come deviazione dalla norma da evitare e da non "incoraggiare".

Coerentemente con la Teoria del Minority Stress e con l'analisi del sistema socio-culturale precedentemente messo in luce, uno studio condotto da Parker e Harriger (2020) ha evidenziato come gli adolescenti che si riconoscevano in una minoranza sessuale riportassero elevati livelli di stress ascrivibili congiuntamente a stressors distali (cioè numerosi episodi di discriminazione e vittimizzazione), prossimali (cioè una maggiore aspettativa di essere rifiutati e presenza di omonegatività interiorizzata), oltre che elevati livelli di stress legati alla rivelazione della propria identità (ovvero stress da occultamento).

Sono diverse le ricerche da cui emerge una significativa associazione anche tra la transnegatività interiorizzata, ovvero una specifica applicazione del costrutto dell'omonegatività interiorizzata nelle soggettività trans* sia binarie che non binarie, e la sintomatologia alimentare (McArthur et al., 2024; Muratore et al., 2022; Uniacke et al., 2021; Urban et al., 2023).

Lo stress da occultamento, collocabile ad un punto del continuum più vicino al versante prossimale, rappresenta una tipica forma di stress cronico nelle persone LGBTQIA+, derivante dalla necessità percepita di tener celato il proprio orientamento sessuale e/o la propria identità di genere non conformi alla norma attesa. Di fronte, infatti, al pericolo di subire violenze, discriminazioni o risposte di disapprovazione da parte degli altri, le persone SM possono decidere di occultare gli aspetti stigmatizzati della propria

identità sessuale come mezzo di auto-tutela e di controllo sulle potenziali ripercussioni esterne. Tuttavia, sebbene tale meccanismo venga messo in atto dal soggetto come una strategia di coping per certi versi funzionale ad evitare esperienze di vittimizzazione emotivamente dolorose e, spesso, fisicamente pericolose, esso richiede tuttavia un gravoso investimento di risorse fisiche e mentali, volto a mantenere un costante monitoraggio su quegli aspetti di sé non svelabili al mondo esterno.

Infatti, come descritto da Hetrick e Martin (1987):

> gli individui in una tale posizione devono monitorare costantemente il loro comportamento in tutte le circostanze: il modo in cui ci si veste, si parla, si cammina e si chiacchiera diventano fonti costanti di possibile scoperta. Bisogna limitare i propri amici, i propri interessi e l'espressione di sé, per paura di essere giudicati colpevoli per associazione…L'individuo che deve nascondersi per necessità impara a interagire sulla base dell'inganno governato dalla paura della scoperta… Ogni successivo atto di inganno, ogni momento di monitoraggio che è inconscio e automatico per gli altri, serve a rafforzare la convinzione della propria differenza e inferiorità (pp. 35–36, citato in Meyer, 2003).

Diversi studi hanno infatti mostrato come il tentativo costante di mantenere nascosti importanti aspetti identitari, unitamente alla preoccupazione che questi possano inavvertitamente trapelare da una propria "mossa falsa" ed essere pertanto scoperti, espongano gli individui LGBTQIA+ al rischio di peggiori condizioni di salute psico-fisica. La letteratura ha evidenziato, in particolare, una correlazione con i disturbi d'ansia, tra cui il disturbo di panico (Cohen et al., 2016; Donahue et al., 2020) e la fobia sociale

(Cohen et al., 2016) e, inoltre, come emerso da uno studio di Pachankis (2007) gli uomini gay che nascondevano il loro orientamento sessuale presentavano anche una maggiore vulnerabilità a malattie infettive ed una compromissione del funzionamento immunitario, rispetto agli uomini gay che non mantenevano nascosta questa importante componente identitaria.

Meyer (2003) individua diverse strategie di occultamento comunemente utilizzate dalle persone LGBTQIA+ al fine di schermarsi dal probabile impatto traumatico di esperienze di rifiuto e discriminazione. In alcuni casi, infatti, gli individui con un orientamento sessuale reso minoritario possono fingere apertamente di essere eterosessuali (Troiden, 1989) o possono fare attivamente in modo che gli altri pensino che lo siano, fino a giungere nel corso del tempo anche a compiere una serie di concrete ed importanti scelte inerenti la sfera personale, volte a sostenere e dare credibilità ad una vita quanto più possibile conforme all'eteronormatività attesa. Può essere questo il caso di persone che possono sentirsi costrette, dalle pressioni socio-culturali e familiari in cui vivono, a formare ad esempio una famiglia "tradizionale" sposando una persona del sesso opposto e fingendo una vita ritenuta congrua all'eterosessualità dichiarata (Passamani, 2015), poiché svelare la propria vera identità potrebbe comportare il rifiuto della propria famiglia d'origine, fino al punto da essere allontanati forzatamente dalla casa genitoriale (Balsam & Mohr, 2007; Ceballos-Fernández, 2014; Detrie & Lease, 2007; Nascimento & Scorsolini-Comin, 2018; Perucchi et al., 2014; Rosario et al., 2011; Santos & Fernandes, 2009; Soliva & Silva, 2014), la perdita della propria cerchia amicale (Diamond & Lucas, 2004; D'Augelli et al., 2002) o la perdita del lavoro (Mays & Cochran, 2001). Alcuni studi indicano drammaticamente come negli USA, circa il 20-40% delle persone senza fissa dimora appartenga ad una minoranza sessuale (Quintana et

al., 2010), e come in Austria il 17,5 % degli homeless tra i 14 e i 23 anni soffra di disturbi alimentari (Aichhorn et al., 2008), evidenziando le ricadute concrete che la propria identità sessuale potrebbe avere sulle condizioni di vita e sulla propria stabilità lavorativa, abitativa e relazionale.

Un'altra strategia frequentemente utilizzata è costituita, invece, dal censurare ogni possibile aspetto della propria vita o della propria identità considerato non consono alle aspettative sociali e di conseguenza potenzialmente oggetto di rifiuto e di disapprovazione. Ciò rischia di creare spesso uno scudo di impenetrabilità con cui il soggetto fa in modo di mantenere le persone con cui si relaziona a distanza, di trattenerle, cioè, in superficie, al fine di evitare che queste possano avvicinarsi pericolosamente agli elementi rivelatori di quel nucleo del Sé autentico reso oggetto di censura.

Altre persone SM, possono invece ricorrere ad un meccanismo difensivo che consente di preservare in misura maggiore quel substrato di sincerità che fa da collante nei rapporti interpersonali e che costituisce una componente essenziale di ogni relazione significativa, oltre che preservare un maggior senso di autenticità e di reale contatto con il proprio Sé, rappresentato dall'utilizzo di un linguaggio neutro, accuratamente regolato, per non rivelare esplicitamente la propria identità sessuale o, ad esempio, il genere del potenziale partner. Questa strategia dispensa, dunque, il soggetto dalla necessità di mentire o negare attivamente il proprio vero Sé, malgrado eviti di esternarlo apertamente, consentendogli in questo modo di tutelarsi da possibili reazioni omolesbobitranfobiche facendo leva sul presupposto aprioristico di eteronormatività su cui la nostra società è fondata.

Hetrick e Martin (1987) hanno infatti definito questo "imparare a nascondere" come uno dei principali meccanismi difensivi utilizzato dalle persone SM per

fronteggiare lo stigma percepito nel contesto socio-culturale in cui sono inseriti, indicando come lo status minoritario li costringa a monitorare costantemente il loro comportamento in tutte le circostanze: il modo in cui si vestono, parlano, camminano e si relazionano diventano infatti fonti costanti di pericolo poiché espongono al possibile rischio di essere scoperti (Meyer, 1995). Come efficacemente descritto da Pacilli (2020), infatti:

> Fra le qualità che un uomo deve sempre esibire per non apparire omosessuale, troviamo la sicurezza e la dominanza (…). Che cosa invece non può mostrare? In generale, per respingere il più possibile lontano da sé il sospetto di omosessualità bisogna evitare comportamenti atipici o inconsueti per il proprio genere. Tutto ciò che appare, infatti, incongruente con il ruolo di genere attira uno sguardo di curiosità, se non di vero e proprio sospetto, che si accompagna puntualmente alla domanda: "Ma non sarà che è gay se fa così?". Completamente bandite, dunque, le caratteristiche stereotipicamente considerate femminili – dall'espressione delle proprie emozioni ai gusti alimentari, passando per la ricerca di aiuto: questa è una regola ferrea a cui attenersi (…). Anche la scelta degli abiti, il modo di sistemarsi capelli, di muovere le mani, di accavallare le gambe o, ancora, l'intonazione della voce sono segnali importanti per comunicare il proprio orientamento sessuale a una platea principalmente (ma non esclusivamente) maschile impegnata in modo sistematico a esaminare le persone di sesso maschile. Ne consegue una condizione di ipervigilanza psicologica che prende il nome di 'omoisteria' e si caratterizza per lo scrutinio prima e l'eliminazione poi di tutti i possibili

segnali di omosessualità nel proprio comportamento e aspetto (Pacilli, 2020, p. 100).

È evidente, pertanto, come tali strategie, sebbene possano essere sicuramente una risorsa in determinate circostanze, contesti o periodi di vita poiché proteggono da pericoli reali e consentono di dosare le proprie risorse psico-emotive decidendo se e quando affrontare un coming out, portino con sé anche diversi rischi ed un carico di stress considerevole quando divengono eccessivamente pervasive o si protraggono per lungo tempo. Il tentativo più o meno attivo di non rivelare la propria identità sessuale impedisce infatti alla persona di esplorare ed esprimere liberamente sé stessa, con delle ripercussioni importanti non solo sul processo di sviluppo della propria identità, ma anche sulla qualità delle sue relazioni interpersonali (Baiocco et al., 2012; Shilo & Savaya, 2011; Szymanski & Chung, 2001; Vaughan & Waehler, 2010). Se da un lato, infatti, la costringono a mantenere una distanza psicologica ed emotiva tra sé e l'altro all'interno della rete relazionale esistente, in maniera più o meno intensa a seconda della strategia adoperata, dall'altra preclude la possibilità, o limita fortemente la libertà, di stringere relazioni con altre persone SM con cui condividere esperienze e vissuti legati allo status sessuale minoritario, impedendo pertanto di beneficiare del fondamentale supporto fornito dalla vicinanza alla comunità LGBTQIA+ (Meyer, 2003; Nascimento & Scorsolini-Comin, 2018). Nel descrivere, infatti, la compromissione del funzionamento socio-relazionale causata dallo status sociale stigmatizzato, e i vissuti d'ansia che caratterizzano tali interazioni interpersonali, Goffman evidenzia come un individuo SM "possa percepire, di solito abbastanza correttamente, che qualsiasi cosa gli altri dichiarino, questi non lo accettano realmente e non sono pronti ad avere un contatto con lui su un 'piano paritario'" (Meyer, 1995). La letteratura riporta, infatti, la particolare importanza che il supporto

sociale riveste in tale popolazione poiché questo consente un più armonico sviluppo dell'identità, oltre che consentire di affrontare più efficacemente lo stress, lo stigma e il rifiuto sociale riducendo gli effetti avversi che questi esercitano sulla salute fisica e mentale (Burnette et al., 2019; Hilbert et al., 2014; Mason et al., 2017; Nascimento & Scorsolini-Comin, 2018; Sherry, 2007; Stice, 2002; Snapp et al., 2015; Watson et al., 2017; Zimmerman et al., 2015). Inoltre, una maggiore percezione di supporto da parte della più ampia rete sociale in cui si è inseriti, a partire dalle relazioni primarie all'interno del nucleo familiare, dal gruppo dei pari o da altre figure emotivamente significative, risulta essere strettamente correlata ad una maggiore autostima e una maggiore capacità di affrontare eventi traumatici o condizioni particolarmente stressanti, favorendo maggiori livelli di resilienza (Burnette et al., 2019; Ozbay et al., 2007, 2008).

Una fonte di supporto sociale particolarmente rilevante è, inoltre, rappresentata dal senso di affiliazione e partecipazione alla comunità LGBTQIA+ (Burnette et al., 2019; Crocker & Major, 1989; Frost, 2016; Fingerhut et al., 2010; Lewis et al., 2006; Shearer et al., 2015; Smith & Ingram, 2004), poiché ciò favorisce l'identificazione con una comunità validante e supportiva in grado di andare a mitigare e via via sostituire quell'immagine di sé negativa che si è andata col tempo strutturando come effetto dei ripetuti feedback e pregiudizi stigmatizzanti, che vengono successivamente accettati ed incorporati dal soggetto come parte integrante del concetto di Sé. All'interno, infatti, di un contesto discriminante e ciseterosessista, in cui è ripetutamente esposto a stimoli che tendono a delegittimare la propria natura e la propria identità, il soggetto smette di valutare sé stesso sulla base delle sue specifiche qualità e caratteristiche individuali per misurare il proprio (dis)valore in relazione ad un insieme ben definito di attributi stereotipici che lo comprimono all'interno di una categoria dipinta come moralmente e

socialmente deplorevole, favorendo maggiori livelli di omonegatività interiorizzata. Un maggiore supporto sociale è infatti risultato correlato ad una minore ideazione suicidaria e tentativi di suicidio (Rosario et al., 2005), minori sintomi di distress psicologico (Williams et al., 2005) e minori probabilità di adottare comportamenti sessuali a rischio (O'Donnell et al., 2002), confermando la cruciale importanza che riveste per le persone LGBTQIA+ il poter contare su una rete sociale di supporto per controbilanciare i vissuti negativi causati dagli elevati livelli di rifiuto, ostilità e discriminazione frequentemente esperiti nel più ampio contesto sociale eterosessista (Baiocco, 2014; Nascimento & Scorsolini-Comin, 2018; Sherry, 2007).

La rilevanza socio-psicologica del modello del Minority Stress deriva, infatti, dalla sua capacità di delineare non solo i fattori di rischio ed i processi attraverso cui essi esercitano i loro effetti stressogeni, ma anche i fattori protettivi in grado di attenuarne l'impatto sulla salute psico-fisica. Oltre al supporto sociale, sono stati individuati diversi fattori in grado di rafforzare le risorse individuali e migliorare le strategie di coping con cui gestire soprattutto gli stress prossimali (Meyer 2015). Tra questi, l'auto-compassione emerge come un fattore protettivo particolarmente significativo per ridurre la minaccia percepita (Bell et al., 2019; Bluth & Neff, 2018), oltre ad essere associata ad una minore patologia alimentare e una migliore immagine corporea (Morgan-Lowes et al., 2023; Turk & Waller, 2020), sebbene le evidenze suggeriscano anche in questo caso un impatto differente in base alle diverse identità sociali marginalizzate e alla loro intersezione (Vigna & Strauss, 2023).

La complessità del modello del Minority Stress e le diverse componenti che in esso si intersecano, evidenziano infatti come possedere uno o più caratteristiche oggetto di stigma sociale non immediatamente evidenti e che possono cioè essere nascoste (come,

appunto, l'orientamento sessuale, ma anche la presenza di un disturbo mentale, l'aver subito abusi sessuali ecc…), porti con sé una serie di altri eventi e condizioni stressogene tipiche e peculiari, rispetto alla presenza di caratteristiche stigmatizzate che sono invece esteticamente visibili (ad esempio, il colore della pelle, il genere, la disabilità fisica, ecc…). Possedere uno stigma occultabile implica, infatti, dover decidere quando, come e a chi rivelarlo, dover convivere col timore che venga altrimenti scoperto, gestirne le strategie di occultamento, rinunciare alla vicinanza di una comunità supportiva ugualmente stigmatizzata, sopportare il carico cognitivo derivante dal cercare costantemente di prevedere le possibili reazioni altrui di fronte alla propria rivelazione o monitorare in ogni momento l'ambiente circostante al fine di valutare se altri possano sospettare della presenza dell'aspetto di sé censurato.

Pachankis (2007) distingue, infatti, quattro specifiche risposte psicologiche derivanti dal tentativo costante di mantenere nascosto il proprio status stigmatizzato, compromettendo il benessere psico-fisico ed il funzionamento socio-relazionale dell'individuo:

a) risposte di tipo cognitivo, come la maggiore vigilanza, sospettosità e preoccupazione;
b) risposte di tipo affettivo, come il senso di vergogna, colpa, ansia e depressione;
c) risposte di tipo comportamentale, quali l'evitamento sociale, auto-monitoraggio, il bisogno di feedback sociali al fine di modificare il proprio comportamento e la compromissione delle relazioni interpersonali;
d) risposte di tipo psicologico, che ineriscono le specifiche modalità di auto-valutazione adottate dal soggetto, che conducono ad un'ambivalenza identitaria, all'impossibilità di accedere ai benefici derivanti da auto-attribuzioni basate sulla

vicinanza a gruppi stigmatizzati, una visione di sé negativa ed un minor senso di auto-efficacia.

Come evidenziato da Pachankis (2007), tuttavia, la natura e l'intensità di tali reazioni e risposte cognitive, affettive e comportamentali dipendono fortemente da fattori situazionali contingenti. Di conseguenza, la decisione di uscire allo scoperto o meno, così come il maggiore o minore impatto dei vissuti di ansia, timore e sospettosità correlate all'occultamento, saranno determinati da tre diversi fattori, ovvero la salienza dello stigma, la probabilità che questo venga scoperto, e la gravità delle sue possibili conseguenze.

La presenza di uno status stigmatizzante è infatti correlata a livelli più elevati di Minority Stress all'interno di quelle situazioni in cui tale stigma risulta più saliente. Per salienza si fa riferimento a quanto la componente stigmatizzata posseduta dal soggetto venga considerata rilevante in un determinato contesto e dalle persone in esso inserite, e a quanto tale rilevanza abbia una connotazione positiva o negativa. Ad esempio, un orientamento sessuale non conforme all'eteronormatività risulterà molto saliente in senso negativo all'interno di un contesto familiare fortemente conservatore, fondato su valori tradizionali e su una rigida religiosità, mentre quello stesso orientamento sessuale assumerà una valenza neutra all'interno di contesti sociali che perseguono valori di libertà ed uguaglianza, e divenire nuovamente molto saliente seppure in senso positivo nel contesto di un Pride, in cui la pluralità delle identità sessuali diviene fonte di ricchezza collettiva e di fierezza personale (Pachankis, 2007).

Allo stesso modo, l'essere esposti ad un maggior rischio di essere scoperti è correlato a maggiori livelli di ansia, preoccupazione, sospettosità e paura, che conducono a loro volta ad esiti psicologici peggiori, rispetto a quelle situazioni in cui il soggetto

percepisce una maggiore efficacia e un maggior controllo sulle strategie di occultamento utilizzate, considerate funzionali a mantenere nascosto lo stigma. La minaccia di essere scoperti sarà infatti maggiore in quelle situazioni che mettono in qualche modo alla prova il soggetto esattamente in quella dimensione identitaria che cerca di mantenere nascosta, e cioè in cui tale dimensione può essere sottoposta ad esami, approfondimenti, curiosità o richieste di performatività in presenza di altre persone, tale da mettere a rischio la tenuta delle proprie strategie di dissimulazione.

Infine, le conseguenze associate alla possibilità che la propria componente stigmatizzata possa essere effettivamente scoperta, è strettamente correlata alle esperienze precedentemente sperimentate in modo diretto dal soggetto e dalla più generica consapevolezza delle ripercussioni socio-relazionali che tale stigma solitamente comporta all'interno di un dato contesto socio-culturale (Pachankis, 2007).

Di conseguenza, i fattori cognitivi e quelli affettivi legati alla presenza di uno stigma non visibile si influenzano reciprocamente, oltre che esercitare la loro influenza anche sul comportamento e sull'auto-valutazione del soggetto. Come affermato dallo stesso Pachankis (2007) "la preoccupazione, l'evitamento e la sospettosità cognitiva sperimentati dagli individui con uno stigma occultabile, sono proposti per favorire gli stati affettivi negativi" i quali "a loro volta possono incrementare la preoccupazione, la vigilanza e la sospettosità" (p. 333).

All'interno di tale cornice semantica, il quadro si complessifica ulteriormente con l'intersezione di più componenti identitarie oggetto di stigma, quali ad esempio la presenza di un orientamento sessuale non-eteronormativo in una persona razzializzata, che può inoltre essere portatrice di una disabilità e così via, evidenziando anche il diverso impatto stressogeno derivante dalla combinazione delle specificità di ciascuna di tali

condizioni minorizzate, a seconda degli specifici contesti. In uno studio di Szymanski e Gupta, (2009) è stato ad esempio esaminato l'impatto derivante dal razzismo interiorizzato quando questo si associa alla presenza di omonegatività interiorizzata in soggetti discriminati sia per motivi razziali che omofobici, mostrando come entrambi questi fattori fossero importanti predittori del livello di autostima degli individui stigmatizzati. Tuttavia, esaminando l'omonegatività interiorizzata e il razzismo interiorizzato in relazione al distress psicologico, era possibile osservare come solamente l'omonegatività interiorizzata fosse predittiva del distress psicologico, ma non il razzismo interiorizzato. Gli autori dello studio hanno suggerito che tale risultato possa essere spiegato dalla consapevolezza da parte degli individui stigmatizzati della presenza di pregiudizi, credenze e atteggiamenti negativi nei confronti dell'omosessualità all'interno della comunità nera (Alessi, 2014). L'orientamento sessuale non-eteronormativo diviene quindi la principale causa di malessere psicologico, il quale si inscrive all'interno di una dimensione identitaria sovraordinata rappresentata dalla propria origine etnica, e che viene di conseguenza interpretato alla luce della cultura di appartenenza. Tuttavia, ciò evidenzia anche il carattere peculiare della discriminazione di matrice omolesbobitransfobica rispetto a quella di stampo razziale, peculiarità ascrivibile a svariati fattori oltre alla possibilità, precedentemente descritta, di occultare la propria identità sessuale, la quale non risulta immediatamente visibile come il colore della pelle, che espone le persone SM alla necessità di far fronte costantemente (si può dire quotidianamente) allo stress derivante dal dover rivelare la propria identità stigmatizzata, sostenerne/tollerarne le possibili reazioni o occultare tale componente identitaria.

Un ulteriore elemento, infatti, di specificità dello status sociale minoritario derivante dall'orientamento sessuale e/o identità di genere, può essere rappresentato dalla

frequente assenza di un contesto di provenienza familiare e/o culturale connotato da caratteri di similarità, identificazione e condivisione dell'identità stigmatizzata. A differenza, infatti, delle persone discriminate per motivi etnici-razziali, le quali generalmente possono tamponare gli effetti della discriminazione subita dal contesto sociale maggioritario grazie alla funzione protettiva esercitata dalla propria famiglia d'origine con la quale solitamente, se non in alcuni casi come ad esempio l'adozione, condividono anche la caratteristica oggetto dello stigma, le persone LGBTQIA+ nascono e crescono prevalentemente in famiglie composte da genitori eterosessuali che spesso condividono la visione discriminatoria e i pregiudizi negativi della società eteronormativa in cui sono inseriti. Ovviamente, questa non rappresenta la norma, ma solo la condizione più frequente poiché anche nelle famiglie costituite da genitori eterosessuali è possibile riscontrare (per fortuna sempre più frequentemente) la presenza di un atteggiamento di apertura e di valorizzazione delle differenze che non necessariamente richiede la condivisione della stessa componente stigmatizzata per esercitare efficacemente la propria funzione di *holding*, così come avviene appunto nelle famiglie adottive. Inoltre, non è sempre vero che persone LGBTQIA+ nascano da genitori eterosessuali, sia perché la mera struttura etero-normativa del sistema familiare non definisce in maniera così automatica l'orientamento sessuale dei singoli membri della coppia genitoriale (si pensi ai tanti orientamenti non mono-sessuali esistenti), sia perché sono in realtà numerose le tipologie di famiglie esistenti (omogenitoriali, monogenitoriali, estese, allargate, ricomposte e ricostituite, ecc…). Negli ultimi anni stiamo, infatti, assistendo ad un importante incremento del numero di famiglie omogenitoriali le quali, proprio grazie alla storia di vita e ai vissuti soggettivi esperiti dalla diade parentale, sono caratterizzate da una maggiore consapevolezza relativa all'inesistenza di una norma eterosessuale data per

implicita ed assodata, con indubbie ricadute positive sul benessere psicoemotivo deɜ figlɜ che possono contare su un contesto familiare più accogliente, supportivo e protettivo rispetto al clima omolesbobitransfobico del più ampio contesto sociale. Tuttavia, ciò indica come la funzione protettiva esercitata dal supporto sociale, la cui ricerca attiva è considerata uno dei meccanismi adattivi di regolazione affettiva adottabile dal soggetto, non si esplica in modo omogeneo all'interno di tutti i gruppi socialmente stigmatizzati. Alcuni studi hanno evidenziato come la presenza di uno stigma occultabile, come nel caso delle persone LGBTQIA+, sia correlato anche a minori possibilità di accedere alle risorse supportive disponibili nell'ambiente circostante, che potrebbe contribuire ai maggiori livelli di distress psicologico riportati all'interno di tale popolazione a differenza di coloro che possiedono caratteristiche stigmatizzate visibili, come il colore della pelle, che possono contare maggiormente sulla condivisione interpersonale del proprio status socialmente minoritario (Frable et al., 1998; Hatzenbuehler et al., 2009).

Coerentemente con la teoria del Minority Stress, infatti, la letteratura mostra come gli individui SM che percepiscono una maggiore stigmatizzazione da parte del contesto socio-culturale, presentino anche una maggiore probabilità di riportare sintomi di un disturbo alimentare (Bell et al., 2019; Mason et al., 2017; Parker & Harriger, 2020) e come i vissuti di vergogna, occultamento della propria sessualità e discriminazione aumentino il rischio di sviluppare disturbi alimentari sia in uomini che donne che si riconoscono in una minoranza sessuale (Bayer et al., 2017; Wang et al., 2017; Watson et al., 2016; Parker & Harriger, 2020).

Emerge, pertanto, come particolarmente significativa l'eventuale correlazione tra la presenza di omonegatività interiorizzata e/o occultamento o dissimulazione della propria identità sessuale, e la presenza di alterazioni nella capacità interocettiva. La

tendenza dei soggetti LGBTQIA+, infatti, di monitorare e modificare costantemente il proprio atteggiamento affinché questo non riveli la propria identità sessuale, così come la presenza di sentimenti negativi verso il Sé derivanti dall'omonegatività interiorizzata, potrebbero condurre gli individui SM a percepire i propri vissuti affettivi, le proprie pulsioni sessuali e l'*arousal* legato all'attrazione verso individui del proprio stesso sesso, come anormali e pericolosi. L'interpretazione soggettiva di tali vissuti interiori come segnali di una potenziale minaccia potrebbe condurre il soggetto a percepire l'esigenza di reprimerli, negarli od ignorarli, mettendo in moto un meccanismo difensivo che potrebbe costituire un potenziale fattore predisponente e di mantenimento per un disturbo alimentare. Tale forma di distanziamento, alienazione o dissociazione dal proprio Sé corporeo, potrebbe infatti essere un mezzo attraverso cui gli individui LGBTQIA+ possono venire facilitati nel compito costante di controllare ed ignorare i propri stati interni e le proprie sensazioni corporee, esigenza che origina dalla percezione del proprio corpo come qualcosa di pericoloso i cui vissuti ed impulsi non risultano orientati verso quanto prescritto dalla società ciseteronormativa e che pertanto li espone costantemente al rischio di stigmatizzazione. Il corpo, con le sue naturali pulsioni, diviene quindi causa dei propri vissuti d'ansia e di inadeguatezza, emblema di intrinseca imperfezione e degenerazione, ingombrante fonte di pericoli su cui è necessario esercitare un rigido controllo poiché non naturalmente allineato alle aspettative e alle prescrizioni socio-culturali. Perdere il controllo ed entrare in contatto con i propri vissuti corporei, infatti, consentendo quindi al proprio corpo di esprimersi liberamente in maniera integra, integrata ed incondizionata, costringerebbe il soggetto ad uscire allo scoperto con tutte le conseguenze che ne deriverebbero sul piano fisico, psicologico, emotivo e relazionale.

Tuttavia, sebbene diversi studi identifichino nella Consapevolezza Interocettiva (IA) un fattore fondamentale il cui deficit contribuisce all'eziologia e al mantenimento di diversi disturbi di salute mentale, e come questo assuma un ruolo rilevante in particolar modo nei disturbi alimentari (Brown et al., 2020; Ehlers & Breuer, 1996; Khalsa et al., 2018; Pollatos et al., 2009; Simmons & Deville, 2017), pochi studi hanno direttamente valutato tale componente integrandola col modello del Minority Stress per spiegare l'incidenza di DA all'interno di gruppi minorizzati (ad es. Kozee & Tylka, 2006). Generalmente, infatti, la maggiore prevalenza di disturbi alimentari nella popolazione LGBTQIA+ è stata spiegata con riferimento alla teoria del Minority Stress nella sua interrelazione con la Teoria dell'Oggettivazione. Tuttavia, alla luce delle numerose ricerche che legano i disturbi alimentari alla consapevolezza interocettiva (Fassino et al., 2004; Jenkinson et al., 2018; Kaye et al., 2009; Khalsa et al., 2017; Klabunde et al., 2017; Martin et al., 2019; Richard et al., 2019; Simmons et al., 2017) è possibile presumere l'esistenza di due diversi meccanismi che possono contribuire al maggior rischio di sviluppare un DA negli individui appartenenti ad una minoranza sessuale.

Da un lato, infatti, le esperienze di oggettivazione sessuale possono favorire lo sviluppo di uno sguardo rivolto al Sè che si declina in "terza persona" conducendo ad una maggiore focalizzazione sull'aspetto estetico, auto-oggettivazione, auto-monitoraggio e sorveglianza del proprio corpo, il quale viene quindi giudicato dal soggetto come se fosse un osservatore esterno, e che a loro volta incrementano le preoccupazioni e i vissuti di vergogna per la propria immagine corporea, come suggerito dalla Teoria dell'Oggettivazione (Fredrickson & Roberts, 1997; Noll & Fredrickson, 1998).

Dall'altro lato, tuttavia, l'omonegatività interiorizzata e le strategie di occultamento della propria identità sessuale potrebbero aumentare il rischio di DA

attraverso un deficit nella consapevolezza interocettiva, piuttosto che per mezzo dell'interiorizzazione di un ideale estetico e della conseguente sorveglianza del proprio aspetto esteriore; ovvero, un meccanismo di difesa parallelo e speculare con cui l'individuo persegue il fine di mantenere il controllo della espressione di genere e del proprio corpo, ignorandone i relativi segnali ed impulsi interni considerati inaccettabili.

Nel primo caso vi è dunque una focalizzazione del soggetto sull'aspetto esteriore e sull'immagine corporea, affinché questa possa corrispondere agli standard estetici socioculturali che sono stati precedentemente interiorizzati, i quali vengono utilizzati come un mezzo di definizione del Sè al fine di compensare la presenza di un Io fragile.

Nel secondo caso, invece, il soggetto potrebbe ricorrere ad un distanziamento dal proprio Sé corporeo al fine di reprimerlo ed evitare che questo possa esprimersi liberamente in direzione di impulsi e desideri socialmente disapprovati, soggettivamente inaccettabili e resi oggetto di censura.

Tali meccanismi, tuttavia, non sono necessariamente distinti e tra loro contrapposti. Sebbene, infatti, la maggior parte degli studi sulla prevalenza di disturbi alimentari negli individui SM si siano focalizzati in particolar modo sul processo di interiorizzazione della prospettiva di un osservatore esterno sul Sé, enfatizzando la maggiore rilevanza che conseguentemente viene ad assumere l'aspetto esteriore, in realtà la Teoria dell'Oggettivazione, nella sua teorizzazione originaria, viene identificata dalle stesse Fredrikson e Roberts (1997) anche come responsabile dei minori livelli di consapevolezza interocettiva riscontrata nelle donne, come risultato della loro maggiore tendenza all'auto-oggettivazione. Secondo le autrici, poiché esse dirigono la maggior parte delle loro risorse attentive sul modo con cui i propri corpi possono essere osservati e giudicati dall'esterno, ciò limita in modo considerevole la disponibilità di risorse

attentive e cognitive da poter investire nell'interocezione, impedendole di percepire accuratamente i segnali provenienti dall'interno del proprio corpo. Ovvero, "attraverso l'interiorizzazione della prospettiva dell'osservatore come punto di vista primario del sé fisico, le donne potrebbero perdere l'accesso alle loro stesse esperienze fisiche interne" (Fredrickson & Roberts, 1997). Coerentemente, infatti, studi più recenti hanno rilevato nella popolazione femminile un legame tra minori livelli di consapevolezza interocettiva ed una maggiore tendenza a considerare il proprio corpo come un oggetto (Ainley & Tsakiris, 2013; Badoud et al., 2017).

Nel complesso, pertanto, i risultati di tali studi potrebbero suggerire un importante ruolo esercitato dall'interocezione sia mediante i processi descritti dalla teoria del Minority Stress (ovvero come effetto dell'omonegatività interiorizzata e delle strategie di occultamento del vero Sé, come qui ipotizzato), che da quelli proposti dalla stessa Teoria dell'Oggettivazione (ovvero attraverso la maggiore auto-oggettivazione e sorveglianza corporea), nell'aumentare il rischio di DA non solo nelle donne, ma anche all'interno di altri gruppi sessuali resi minoritari.

Alcuni ricercatori hanno infatti recentemente suggerito un parallelismo tra i meccanismi operati dall'oggettivazione sessuale e quelli attivati dall'eterosessismo interiorizzato, poiché entrambi possono indurre le minoranze sessuali a sorvegliare il proprio aspetto al fine di occultare la componente sessuale minoritaria fonte di stigma e discriminazione o per apparire apertamente eterosessuali (Brewster et al., 2014; Kozee & Tylka, 2006; Mason & Lewis, 2016; Wiseman & Moradi, 2010). Ciò è stato supportato anche da diversi studi che hanno riscontrato come la discriminazione eterosessista sia in diverso modo significativamente correlata con la sorveglianza corporea, vergogna corporea, interiorizzazione di standard socioculturali di bellezza, preoccupazioni per

l'immagine corporea e disturbi alimentari, in persone SM (Brewster et al., 2014; Haines et al., 2008; Kimmel & Mahalik, 2005; Reilly & Rudd, 2006; Watson & Dispenza, 2015; Wiseman & Moradi, 2010).

Come evidenziato ad esempio da Beren (1997), variabili legate ad esperienze di discriminazione e vessazione subite da uomini gay nel corso dell'infanzia, a causa di un'espressione di genere non conforme all'eteronormatività attesa, risultavano indirettamente correlate ai sintomi di un disturbo alimentare per mezzo dell'omonegatività interiorizzata e dei vissuti di vergogna esperiti (Wiseman & Moradi, 2010). Sulla base di tali risultati Wiseman & Moradi (2010) hanno infatti suggerito, guardando attraverso le lenti della Teoria dell'Oggettivazione, che le persecuzioni subite nel corso dell'infanzia motivate da una non conformità di genere, possano operare secondo meccanismi non dissimili dalle esperienze di oggettivazione, poiché inducono negli appartenenti ad una minoranza sessuale livelli più elevati di sorveglianza corporea per poter monitorare la propria espressione di genere al fine di evitare ulteriori esperienze di vittimizzazione, incrementando così i sentimenti di vergogna e i conseguenti sintomi alimentari.

Entrambe queste tipologie di esperienze, quindi, l'una più tipicamente esperita dalla popolazione femminile frequentemente oggettivata e sessualizzata, e l'altra più tipicamente esperita dalla popolazione LGBTQIA+ frequentemente discriminata e vittimizzata, conducono gli individui a monitorare e modificare quella componente di sé (corporea o identitaria) socialmente saliente ed in grado di incidere sul proprio livello di adattamento alle aspettative e alle richieste del contesto sociale. Di conseguenza, come sottolineato dagli autori, da un lato la sorveglianza corporea può rappresentare una strategia volta a soddisfare gli standard socioculturali di bellezza precedentemente

interiorizzati, incrementando i vissuti di vergogna di fronte ai tentativi fallimentari di raggiungere tale ideale di perfezione. Ma dall'altro, la sorveglianza corporea può anche riflettere una strategia adattiva necessaria all'individuo per difendersi da esperienze di discriminazione e violenza omolesbobitransfobica. In entrambi i casi, la sorveglianza corporea diviene uno strumento funzionale a soddisfare i propri bisogni più profondi di appartenenza, riconoscimento e validazione all'interno di un contesto escludente, oggettivante e delegittimante.

Ciò ha condotto Moradi (2013) a sussumere la Teoria dell'Oggettivazione e la Teoria del Minority Stress all'interno di un modello panteorico della deumanizzazione che riconduce entrambe ad una stessa matrice originaria: la presenza di uno sguardo deumanizzante che priva determinati corpi e identità della loro dignità umana.

CAPITOLO 3

Studi sperimentali

3.1 Introduzione

Il presente progetto di ricerca si colloca all'intersezione tra psicologia clinica, gender studies e approcci critici alla salute mentale, con l'obiettivo di analizzare il fenomeno dei disturbi alimentari (DA) nella popolazione LGBTQIA+ attraverso una lente intersezionale attenta ai singoli posizionamenti identitari.

L'intento principale della ricerca è quello di esplorare il legame tra le pressioni e le aspettative provenienti dal contesto socioculturale e relazionale, e la presenza di comportamenti alimentari disfunzionali con l'obiettivo di sottolineare come i diversi sistemi simbolici che organizzano la nostra società possano influenzare in maniera differente la rappresentazione dei corpi e della sessualità, così come i significati socio-culturali loro attribuiti.

L'adozione di un impianto teorico e metodologico femminista, queer ed intersezionale (Collins & Bilge, 2016; Crenshaw, 1991; Hooks, 2000; Jagose, 1996; Muñoz, 2019) consente di interrogare le modalità con cui le norme socio-culturali che agiscono sui corpi, spesso valutate a partire da soggetti cisgenere, bianchi e eterosessuali (Oswald, Blume, & Marks, 2005), siano differentemente legate alla costruzione del genere e della sessualità all'interno delle diverse culture comunitarie, e le modalità con cui le pratiche discorsive che regolano la normatività agiscono come dispositivi di marginalizzazione, incidendo sui vissuti psicocorporei delle soggettività considerate non conformi.

A partire dall'importanza degli studi qualitativi condotti nell'ambito della ricerca femminista, che hanno evidenziato il ruolo determinante del costrutto di genere ed in particolare del modo in cui questo è costruito ed incarnato, nell'esperienza femminile dei disturbi alimentari (Burns, 2004; Holmes, 2016; McSween, 1995; Malson, 1998, 2009; Saukko, 2008), il presente studio cerca di allargare tale esplorazione anche ad altre soggettività che subiscono il peso di pratiche discorsive normative.

In linea con gli studi Queer e Intersezionali, l'approccio utilizzato consente infatti di superare l'impostazione classica delle ricerche comparative inter-categoriali (ad esempio persone ciseterosessuali vs. LGBTQIA+) che rilevano le differenze tra gruppi sociali senza tuttavia riuscire ad "affrontare i processi che creano e mantengono [...] le categorie" stesse (Cole, 2008, p. 445), spesso sottoposte a critiche per la loro tendenza a reificare tali categorie e a tralasciare la complessità dei posizionamenti identitari (McCall, 2005; Cole, 2009). La presente ricerca integra, pertanto, un'analisi di tipo intra-categoriale in grado di cogliere le differenze esistenti all'interno di una stessa categoria sociale, con il fine ultimo di muovere in direzione di una prospettiva anti-categoriale che considera l'identità come un processo situato di costruzione e attribuzione di significati, a partire dalle modalità con cui le categorie stesse sono state create all'interno di sistemi di potere e relazioni di dominazione (Carastathis, 2014; McCall, 2005).

Un aspetto determinante all'interno della ricerca intersezionale riguarda, infatti, l'individuazione e la rappresentatività delle persone partecipanti alla ricerca, generalmente appartenenti a gruppi minorizzati, la cui invisibilità sociale è data proprio da quello sguardo generalizzante che tende a cristallizzare le soggettività individuali all'interno di gruppi letti come entità omogenee e monolitiche, annullando le differenze

date dalle diverse “intersectional positions” in cui esse possono situarsi (Bernacchi & Nocenzi, 2024).

In linea con la teoria dell’intersezionalità e coerentemente con il pensiero di Judith Butler (1990; 2004), nel presente studio le identità non sono concettualizzate come categorie individuali di natura ontologica, ma come costruzioni performative e relazionali che si sviluppano all’interno e per mezzo di sistemi di potere, privilegio ed oppressione come ciseterosessismo, razzismo e patriarcato (Collins & Bilge, 2016). In tale orizzonte concettuale, anche i disturbi alimentari possono e devono essere compresi come il prodotto sintomatico di processi sistemici (Agénor, 2020; Bowleg, 2012) che agiscono a livello simbolico, materiale e relazionale (Bordo, 1993; Malson & Burns, 2009).

3.2 Disegno di ricerca

La ricerca si avvale di una metodologia mista (*mixed methods*), combinando strumenti quantitativi e qualitativi, con il coinvolgimento della popolazione target nella co-costruzione dei significati, nonché degli strumenti utilizzati, attraverso il metodo della consultazione comunitaria (Brown & Strega, 2005; Fine, 2012; Harding & Peel, 2007).

In particolare, la ricerca si articola in due fasi distinte e complementari:

- Studio 1: una prima fase di indagine quantitativa volta a rilevare la prevalenza di comportamenti alimentari disfunzionali nella popolazione LGBTQIA+, attraverso la somministrazione di un questionario rivolto alla popolazione generale, costituito da uno strumento standardizzato, l’EAT-26 (Garner et al., 1982), e da un’Anagrafica Ampia Intersezionale co-costruita.

Questo studio nasce dalla seguente domanda di ricerca: le persone LGBTIQIA+ mostrano una maggiore prevalenza di disturbi alimentari?

- Studio 2: una seconda fase qualitativa volta ad approfondire la sintomatologia alimentare emersa e i significati ad essa correlati, attraverso la somministrazione di un'intervista semi-strutturata co-costruita rivolta alle sole persone partecipanti che si riconoscevano come LGBTQIA+ e che avessero riportato sintomi alimentari clinici o subclinici nel corso della vita.

  Questo studio nasce dalla seguente domanda di ricerca: quali sono i significati e le funzioni peculiari assunte dal sintomo alimentare nelle persone LGBTQIA+?

La scelta degli strumenti utilizzati risponde alla necessità di ricorrere all'uso di *mixed methods* in grado di raccogliere sia dati oggettivi che vissuti soggettivi. Quest'ultimi sono, infatti, fondamentali per far emergere ed eventualmente decostruire i limiti di strumenti costruiti sulla base di quella che Butler (1990) definisce una "matrice eterosessuale", non adeguati alle specificità delle popolazioni minorizzate oggetto di indagine, e per interpretare i dati con una logica *gender sensitive* che vada oltre i confini della mera categorizzazione, per seguire i percorsi di vita dei soggetti in un'ottica diacronica (Bernacchi & Nocenzi, 2024). L'utilizzo, infatti, delle persone ciseterosessuali come gruppo di confronto, non nasce dall'intento di rafforzare tali identità come categorie sociali normative, quanto piuttosto dalla consapevolezza dell'esistenza di un sistema di privilegi che li protegge da quell'insieme di stressors in grado di agire come fattori di rischio sulla salute, compreso il rischio di disturbi alimentari, rispetto alle identità sessuali marginalizzate (Agénor, 2020; Burke et al., 2020; Gordon et al., 2023). Un ulteriore elemento qualificante il disegno metodologico è l'adozione di un paradigma

comunitario e partecipativo (Israel et al., 1998; Bishop, 2005), volto a garantire la validità ecologica, nonché etica, della ricerca.

Gli strumenti qualitativi utilizzati, ovvero l'Anagrafica Ampia Intersezionale e l'intervista semi-strutturata, sono stati infatti sviluppati attraverso un processo di co-costruzione partecipata che ha coinvolto attivamente attivistɜ e membri della comunità LGBTQIA+ in una fase di consultazione diretta, in un'ottica di empowerment epistemico (Fricker, 2007) e di redistribuzione del potere nella produzione della conoscenza.

In particolare, il processo di consultazione ha consentito di migliorare il lessico, la sequenza delle domande e l'adeguatezza dei contenuti, contribuendo a definire uno strumento epistemologicamente coerente con le esperienze vissute delle soggettività coinvolte. L'adozione di tale metodologia si allinea a un paradigma di epistemologia situata (Haraway, 1988) riconoscendo la costruzione della conoscenza come un processo mai neutro, ma sempre radicato nei contesti sociali e nelle esperienze incarnate delle persone che la generano.

Risulta coerente con l'obiettivo di sottolineare il valore dei posizionamenti individuali, nonché delle metodologie partecipative e comunitarie (Coughlin et al., 2017), anche la scelta di utilizzare l'Analisi Tematica Riflessiva (AT-R) come metodo per l'analisi delle interviste. Questa, infatti, evidenzia il contributo inevitabile della soggettività di chi fa ricerca anche nella codifica e nell'analisi dei dati, nel caso specifico nella generazione dei temi significativi (Braun & Clarke, 2022). In opposizione agli orientamenti positivisti e post-positivisti (Braun & Clarke, 2019b), l'AT riflessiva si basa sul presupposto in base al quale non possa mai esserci una verità oggettiva che "emerge" o "si svela" naturalmente dalle interviste stesse, ma in linea con gli assunti fondanti del costruttivismo sociale (Gergen, 2015) e del post-strutturalismo (Clarke & Braun, 2014),

il posizionamento personale di chi guida la ricerca diventa strumento e risorsa utile alla co-costruzione di senso, considerando così il processo di produzione della conoscenza intrinsecamente soggettivo e situato (Braun & Clarke, 2022). Da questa prospettiva, i temi generati a partire dalle interviste non sono intesi come categorie ontologiche già presenti nei dati, che chi fa ricerca "scopre" e rivela in quanto tali (Saunders et al., 2017), ma sono il prodotto della relazione e dell'immersione della ricercatrice all'interno dei dati stessi, il cui compito è interpretarli e interrogarli riflessivamente, informata da precisi presupposti teorici che guidano l'analisi e la ricerca stessa (Braun & Clarke, 2019b; 2022).

La ricerca e le attività in essa previste sono state ritenute conformi ai requisiti etici per la ricerca con partecipanti umani, ottenendo l'approvazione del Comitato Etico del Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione.

3.3 Obiettivi

A fronte di un corpo crescente di ricerche che segnalano una maggiore prevalenza di disturbi alimentari nelle persone LGBTQIA+ (Calzo et al., 2017; Diemer et al., 2015; Feldman & Meyer, 2007), permane tuttavia un'insufficiente comprensione degli specifici fattori di rischio e dei processi implicati nell'insorgenza di tali disturbi, dei sottesi vissuti e significati soggettivi, e degli strumenti e dei trattamenti psicoterapeutici più adeguati ad intervenire su tali soggettività.

Il presente studio mira, pertanto, a colmare alcune lacune nella letteratura scientifica perseguendo i seguenti obiettivi:

1. esaminare la prevalenza e distribuzione della sintomatologia alimentare nella popolazione LGBTQIA+, con particolare attenzione alla variabilità e specificità intra-gruppo;
2. analizzare il ruolo delle norme di genere, delle discriminazioni e dell'omolesbobitransnegatività interiorizzata nell'insorgenza e nel mantenimento del disagio alimentare;
3. indagare il legame tra esperienze precoci di invalidazione del Sé, attaccamento insicuro, percezione corporea e comportamenti alimentari disfunzionali;
4. riflettere criticamente sui limiti degli attuali paradigmi e strumenti clinici nel rilevare e trattare il disagio alimentare nelle soggettività minorizzate;
5. contribuire allo sviluppo di interventi preventivi e terapeutici culturalmente competenti e informati sul trauma, fondati sulla valorizzazione delle voci della comunità LGBTQIA+.

Scopo precipuo è, pertanto, quello di contenere il rischio di parlare per altrз, amplificando piuttosto la loro voce e far sì che siano *soggetti* e non meri *oggetti* di ricerca.

Di conseguenza, le ipotesi che orientano il presente lavoro derivano da una rassegna della letteratura scientifica e utilizzano come cornice teorica una prospettiva femminista, queer e intersezionale.

In particolare, si ipotizza che:

1. H1: la prevalenza di sintomatologia alimentare sarà significativamente più elevata nella popolazione LGBTQIA+, rispetto a quella ciseterosessuale;
2. H2: tra i soggetti LGBTQIA+, i livelli di sintomatologia DA saranno più elevati nelle persone con identità sessuali non binarie, fluide o questioning, rispetto a coloro più

facilmente identificabili in una categorizzazione binaria e, pertanto, socialmente riconosciuta;

3. H3: la co-occorrenza di più componenti marginalizzate sarà associata a una maggiore prevalenza e/o gravità della sintomatologia alimentare;
4. H4: le persone LGBTQIA+ con sintomi DA presenteranno maggiori indicatori di attaccamento insicuro, omolebobitransnegatività interiorizzata, vissuti di invalidazione identitaria e auto-oggettivazione, e livelli inferiori di consapevolezza interocettiva e di supporto sociale.

3.4 Studio 1: Prevalenza di Disturbi dell'Alimentazione nella Popolazione LGBTQIA+

3.4.1 Partecipanti

Le persone partecipanti alla prima fase dello studio sono state reclutate durante un periodo di circa un anno, compreso tra aprile 2024 e aprile 2025, attraverso un metodo di campionamento misto: mirato (*targeted*), a valanga (*snowball sampling*) e di convenienza (*convenience sampling*).

Le strategie di reclutamento hanno incluso la diffusione del questionario online tramite i principali social media (Instagram, Facebook, LinkedIn) e mailing list, il coinvolgimento del Day Hospital per i Disturbi del Comportamento Alimentare e del Day Hospital per la Disforia di Genere del Policlinico di Bari, nonché la distribuzione all'interno degli spazi dell'Università degli Studi di Bari, di associazioni e luoghi di ritrovo fisici ed online della comunità LGBTQIA+ italiana.

Il disegno di ricerca, infatti, ha inteso rispondere all'esigenza di raggiungere soggettività spesso invisibilizzate nei contesti clinici e accademici, in linea con i principi della ricerca inclusiva e partecipativa (Israel et al., 1998; Singh, 2013).

La diversificazione del campione è stata, inoltre, perseguita attraverso la diffusione del questionario in formato sia digitale che cartaceo, promuovendo l'accessibilità anche a soggettività potenzialmente escluse dal mondo digitale, come raccomandato dalla letteratura sulla ricerca inclusiva in contesti marginalizzati (Harding & Peel, 2007; Singh, 2013).

I criteri di inclusione per questa fase dello studio erano: (1) avere un'età ≥ 18 anni, (2) possedere una buona comprensione della lingua italiana e (3) fornire il consenso informato.

3.4.2 Strumenti

Al fine di indagare la prevalenza di disturbi dell'alimentazione nella popolazione LGBTQIA+, in questa prima fase quantitativa è stato utilizzato un questionario self-report, articolato in due sezioni: un test di screening standardizzato (EAT-26) per valutare il possibile rischio di un Disturbo dell'Alimentazione, rilevando il livello attuale di comportamenti alimentari disfunzionali (Garner et al., 1982), e un'Anagrafica Ampia Intersezionale co-costruita insieme ad alcune persone appartenenti alla comunità LGBTQIA+, per rilevare dati demografici ed identitari. In particolare:

- L' **Eating Attitudes Test (EAT-26).** È una misura self-report composta da 26 item che permette di misurare su una scala Likert da 1 a 6 i sintomi e le preoccupazioni caratteristiche dei Disturbi dell'Alimentazione (Garner et al., 1982), tra cui paura

di ingrassare o di essere in sovrappeso, restrizione calorica, alimentazione incontrollata, esercizio fisico intenso o eccessivo, peso basso, eliminazione tramite vomito, ossessione per il contenuto nutrizionale del cibo, preoccupazioni eccessive e sentimenti di colpa relativi al cibo. Le ricerche hanno dimostrato che costituisce un efficiente strumento di screening e che un punteggio pari o superiore a 20 sull'EAT-26 è predittivo di una diagnosi di disturbo alimentare.

- **Anagrafica Ampia Intersezionale:** è uno strumento costruito a partire da linee guida europee (European Commission, 2023) e validato tramite una fase di consultazione con persone LGBTQIA+, che rileva dati socio-demografici e identitari in particolare relativi ai seguenti aspetti: età, nazionalità, regione di residenza, livello di istruzione, stato occupazionale, stato sentimentale, condizioni potenzialmente marginalizzanti (disabilità, neurodivergenze, malattie croniche o altro), identità razziale/etnica, fede religiosa, identità di genere, sesso assegnato alla nascita, comportamento sessuale, orientamento sessuale, espressione di genere, diagnosi clinica di Disturbo dell'Alimentazione attuale o passata, e/o percezione di un rapporto problematico con il cibo e con il corpo anche in assenza di diagnosi clinica formale.

Il questionario includeva sia domande aperte che domande chiuse a scelta multipla. Per quest'ultime, le persone partecipanti potevano rispondere scegliendo una o più opzioni da una lista di possibili risposte e avevano, inoltre, la possibilità di aggiungere ulteriori opzioni alla voce "altro (preferisco auto-descrivermi)". Ciò ha consentito di lasciare alle persone la possibilità di auto-determinarsi o di argomentare ulteriormente, evitando che fossero in qualche modo sovradeterminate dalle scelte metodologiche di chi ha guidato la ricerca e costrette ad inserirsi all'interno di categorie preimpostate non

adatte ai propri vissuti, con un impatto potenzialmente invalidante e non rispecchiante. Inoltre, poiché il questionario era volto a raccogliere dati personali che possono riguardare argomenti sensibili, tra cui identità sessuale, religione, salute fisica e mentale o altri argomenti che potrebbero essere oggetto di turbamento per alcune persone, si è lasciata aperta la possibilità, in caso di disagio, di lasciare le domande senza risposta passando alla domanda successiva, o di selezionare l'opzione "preferisco non rispondere".

3.4.3 Procedura

La costruzione degli strumenti qualitativi è avvenuta attraverso il metodo della consultazione comunitaria (Harding & Peel, 2007), a cui era possibile partecipare sia online che in presenza, sia in forma individuale che di gruppo, al fine di aumentare il coinvolgimento delle persone partecipanti appartenenti a popolazioni difficili da raggiungere e per questo spesso sottorappresentate nella ricerca psicologica.

Tale metodo è stato selezionato al fine di: (a) massimizzare l'eterogeneità geografica del campione; (b) consentire una maggiore flessibilità, lasciando maggiore libertà alle persone coinvolte di decidere tempi e modalità con cui dedicare il proprio impegno alla ricerca e (c) raggiungere persone che potrebbero non sentirsi al sicuro o a proprio agio nel parlare collettivamente di argomenti delicati, quali la salute mentale, le esperienze di discriminazione e l'identità sessuale, in particolare data la pervasiva e sistemica stigmatizzazione a cui possono essere esposte le persone LGBTQIA+ nel corso della propria vita.

Nello specifico, una versione preliminare dell'Anagrafica Ampia Intersezionale è stata elaborata a partire dalle linee guida dell'Unione Europea (European Commission,

2023), sulla base degli obiettivi della ricerca. Successivamente, questa prima traccia è stata sottoposta ad un processo di confronto e problematizzazione insieme ad alcune persone LGBTQIA+, al fine di decidere insieme la terminologia, i contenuti e l'ordine delle domande, così da far emergere opinioni e vissuti derivanti dai diversi posizionamenti identitari.

La fase di consultazione ha coinvolto 14 persone reclutate tramite social media (Facebook, Instagram, LinkedIn), con il solo requisito di riconoscersi in identità LGBTQIA+. Tutte le persone partecipanti alla consultazione avevano una storia presente o passata di attivismo all'interno di associazioni e movimenti LGBTQIA+, e tutte hanno scelto di partecipare attraverso il metodo della consultazione online individuale (ad eccezione di due persone che hanno preferito partecipare in coppia), per mezzo di email, videochiamata e messaggistica istantanea.

Il questionario definitivo, creato attraverso Google Moduli e della durata di circa 15/20 minuti, è stato poi diffuso sia in forma cartacea che online, sulla base delle raccomandazioni secondo cui Internet è un metodo efficace per raggiungere un'ampia gamma di persone che possono essere difficili da intercettare, attraverso la ricerca mirata di diverse associazioni, organizzazioni e movimenti LGBTQIA+ (Harding & Peel, 2007; Monaco, 2024). Dopo aver fornito il consenso informato richiesto nella prima pagina, le persone partecipanti potevano rispondere alle domande incluse nelle sezioni successive del questionario.

Il primo gruppo di partecipanti è stato invitato a collaborare utilizzando mailing-list e i principali social Network (Facebook, Instagram e LinkedIn) tramite i quali è stato inviato un messaggio privato contenente i dettagli principali della ricerca e un collegamento al questionario online. Tali contatti primari sono stati poi incoraggiati a

diffondere a loro volta il questionario tra le proprie conoscenze, consentendo in questo modo di ampliare il campione.

A tal fine, si è scelto di contattare in maniera mirata, tra le altre, associazioni di persone Intersex ed Asessuali e/o Aromantiche, come "Intersexioni" e "Collettivo Asessuale Carrodibuoi", così da aumentare il livello di coinvolgimento e la rappresentatività di tali popolazioni gravemente invisibilizzate all'interno della ricerca clinica. Inoltre, diverse persone partecipanti hanno trasmesso le informazioni della ricerca e il relativo collegamento al questionario online, a gruppi o reti LGBTQIA+ locali e nazionali.

Per poter raccogliere dati sufficientemente ampi, diversificati e rappresentativi della popolazione, includendo anche individui che non frequentano tali luoghi di aggregazione e/o che non utilizzano social network, la ricerca è stata pubblicizzata non solo online ma anche in presenza, distribuendo il QR code che rimandava all'indirizzo online del questionario. Questo è stato diffuso, insieme a brevi dettagli sulla ricerca, nei pressi dell'ateneo barese durante convegni, lezioni ed esami universitari. Questa fase ha visto inoltre la fattiva collaborazione del Day Hospital sui Disturbi del Comportamento Alimentare" e del "Day Hospital per la Disforia di Genere" del Policlinico di Bari consentendo di rilevare la presenza di un rapporto conflittuale con il cibo e con il corpo tra lɜ utenti che accedono a tali servizi.

La scelta di utilizzare il QR code, piuttosto che direttamente il questionario cartaceo, inoltre, nasce dalla volontà di garantire un accesso sicuro e riservato. L'interesse a tutelare la sicurezza e la privacy delle soggettività LGBTQIA+ ha infatti orientato ogni scelta metodologica, evitando il rischio di outing involontario o esposizione forzata in ambienti pubblici e spesso affollati, come gli spazi sanitari ed universitari.

3.4.4 Analisi dei dati

Integrando i dati relativi al sesso assegnato alla nascita, all'orientamento sessuale e all'identità di genere emersi dall'Anagrafica Ampia Intersezionale, il campione è stato inizialmente suddiviso in tre gruppi principali funzionali agli obiettivi della ricerca: persone LGBTQIA+, persone ciseterosessuali e persone prevalentemente/più eterosessuali (Fig. 1).

La decisione di creare un gruppo distinto composto da persone che si definiscono prevalentemente o più eterosessuali nasce dall'intento di esplorare i vissuti peculiari associati ad orientamenti sessuali non pienamente conformi alle categorie tradizionali, adottando una prospettiva dimensionale piuttosto che dicotomica, alla luce della letteratura che suggerisce un maggior rischio di disturbi alimentari in tali soggettività (Austin et al. 2009, 2013; Beccia et al., 2021; Calzo et al., 2018; Cochran et al., 2007; Hadland et al., 2014; Kuna & Sobów, 2017; Laska et al., 2015; Matthews-Ewald et al., 2014; Shearer et al., 2015; VanKim et al., 2015; Watson et al., 2016; Wichstrøm, 2006). Tale scelta mira ad evitare l'invisibilizzazione identitaria derivante dalla loro automatica e arbitraria inclusione nello spettro LGBTQIA+ o eterosessuale, valorizzando al contempo il principio di autodeterminazione delle persone partecipanti. Questa impostazione metodologica consente, pertanto, di affrontare una criticità evidenziata nella letteratura esistente che ha condotto alla sottorappresentazione di soggettività che, pur non riconoscendosi come "esclusivamente" eterosessuali, tendono ad auto-categorizzarsi come tali a causa delle opzioni di risposta rigidamente binarie fornite in molti studi precedenti (Garbarski, 2021; Jacobsen et al., 2025; Lorenz, 2021; Saperstein, 2025; Tabor et al., 2024).

Le risposte all'EAT-26 sono state invece sottoposte a scoring manuale, consentendo l'identificazione di soggetti con punteggio ≥20, indicativo di un possibile rischio clinico di disturbi alimentari.

Per ciascuna categoria identitaria sono state previste, pertanto, ulteriori sottocategorie in base alle esperienze attuali e pregresse di DA (Tab. 1), distinte come segue:

- attuale rischio di DA, secondo l'EAT-26;
- esperienza autoriportata di un rapporto conflittuale, attuale o passato, con il cibo e con il corpo;
- presenza di una diagnosi clinica, attuale o passata, di Disturbo dell'Alimentazione;
- assenza di rapporto conflittuale, attuale o passato, con il cibo e con il corpo.

Il gruppo LGBTQIA+ è stato poi ulteriormente suddiviso in base all'orientamento sessuale (Fig. 1) e all'identità di genere (Fig. 2). Tale articolazione ha reso possibile un'analisi intra-categoriale (McCall, 2005) più aderente alla complessità del reale. In particolare:

- La classificazione dell'orientamento sessuale era basata su un singolo item: "Con quale orientamento sessuale ti identifichi attualmente?". Le persone partecipanti sono state raggruppate in 5 categorie: persone gay/lesbiche, bi-pan-poli-sessuali/queer, asessuali/demisessuali, eterosessuali e questioning.
- La classificazione dell'identità di genere era basata su due item: 1) "Con quale genere ti identifichi attualmente?" e 2) "Sulla base del tuo aspetto fisico, come ti

hanno definitə alla nascita?". Le persone partecipanti sono state raggruppate in sette categorie: donne cis, donne trans, uomini cis, uomini trans, persone non binary, persone intersex e persone questioning.

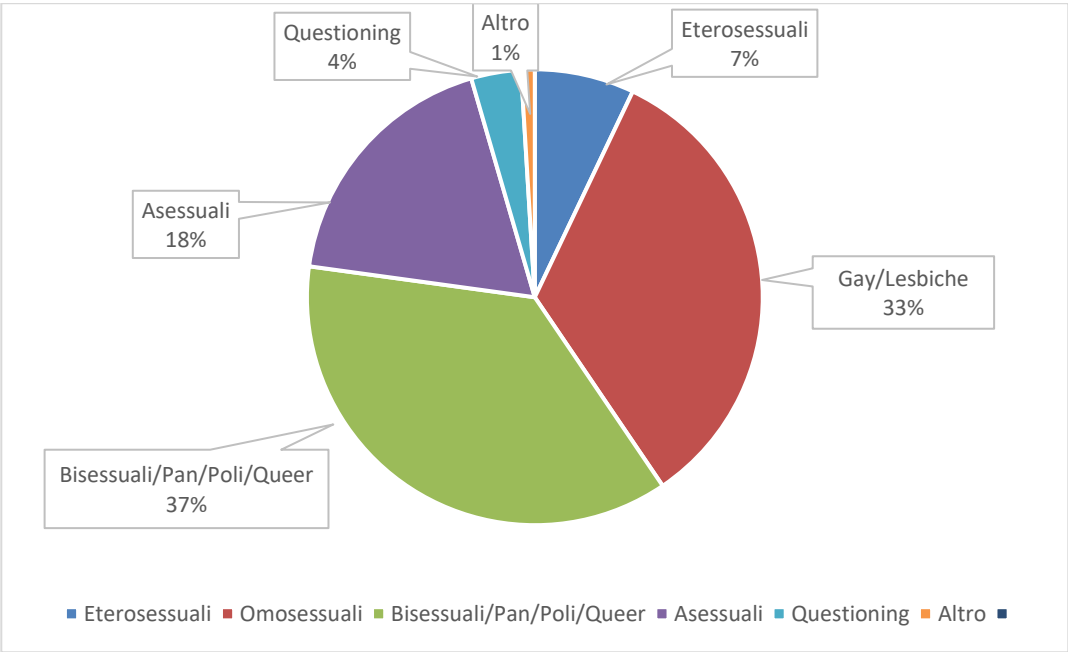

Fig.1 Distribuzione gruppo LGBTQIA+ (n= 311) per orientamento sessuale

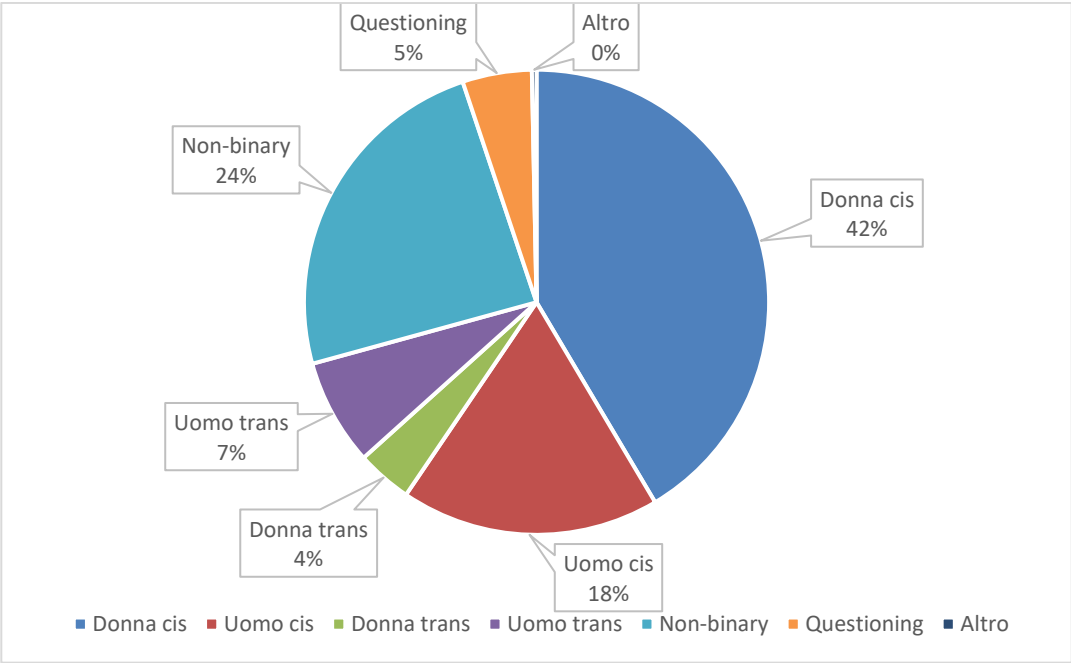

Fig.2 Distribuzione gruppo LGBTQIA+ (n= 311) per identità di genere

4.4.5 Risultati

Il campione complessivo è costituito da 610 persone, di cui 10 sono state escluse per il mancato soddisfacimento dei criteri di inclusione o per la presenza di incoerenze ed omissioni nelle risposte che ne hanno impedito la categorizzazione.

Il campione definitivo dello studio è pertanto costituito da 600 partecipanti, la cui età varia fra 18 e 70 anni (M = 31.9; DS = 9.46). Di questi, 311 si identificano come LGBTQIA+ (51,8 %), 199 come cis-eterosessuali (33,2 %) e 90 come prevalentemente o più etero (15 %) (Fig. 3).

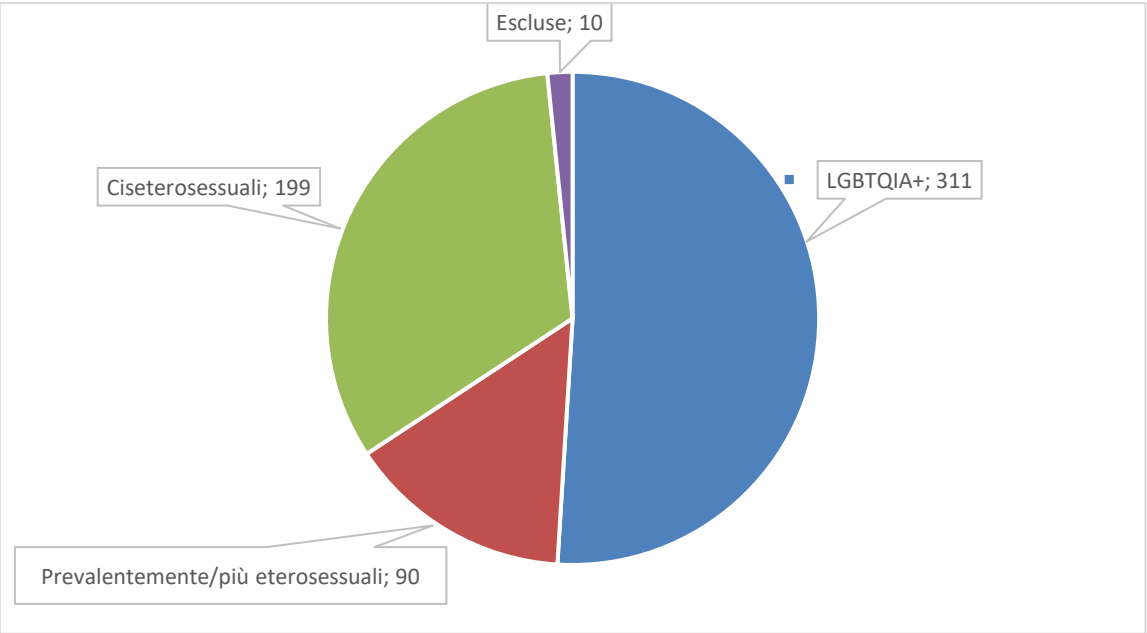

Fig.3 Distribuzione del campione totale (n= 610) per gruppo identitario.

Il campione è quasi esclusivamente di nazionalità italiana (n= 587; 97.8 %) e con un background socio-culturale/etnico caucasico o europeo (n= 536, 89.3 %), con la maggior parte delle persone partecipanti risiedente in Puglia (n= 181; 30.2 %).

I titoli di studio più ricorrenti sono la laurea di I o II livello per il 54.5% (n= 327), la licenza media superiore per il 33.2% (n= 199) e il dottorato per il 6.3% (n= 38) del campione.

Relativamente allo stato occupazione, la maggior parte del campione, pari al 38.7%, ha indicato di essere occupata a tempo pieno (n= 232) seguita da studenti a tempo pieno nel 20 % (n= 120), persone occupate a tempo parziale nel 12.5 % (n= 75), studenti lavoratori (n= 72; 12 %), disoccupatɜ (n= 39; 6.5%), liberɜ professionistɜ (n=27; 4.5%) e altre tipologie di lavori precari, non retribuiti o afferenti alla categoria "altro/preferisco non rispondere" (n= 35, 5.8%).

Rispetto allo stato sentimentale, più della metà del campione (n= 406, 67.7%) ha riportato di essere attualmente in un qualche tipo di relazione. Tra questi, una porzione significativa di partecipanti (n= 264; 44 %) ha riferito di trovarsi in una relazione stabile o intima, 114 (19%) di essere sposate, in un'unione civile o in una relazione convivente e 24 (4%) di avere più di una relazione stabile o intima. Infine, 170 (28,3%) persone si sono definite single e 24 (4%) hanno riferito situazioni categorizzate come "altro/non so/preferisco non rispondere".

Relativamente alla fede religiosa, la maggior parte del campione si è definita atea (n= 195, 32.5 %), agnostica (n= 133, 22.2%) o cristiana (n= 162, 27%). Una percentuale significativa ha risposto non so (n= 55, 9.2%) o preferisco non rispondere (n = 23, 3.8%). La restante parte ha riportato di credere nella religione Buddhista (n= 11, 1.8%), Pagana (n= 3, 0.5%), Hindu (n= 1, 0.2%), Wicca (n=1, 0.2%), Animista (n= 1, 0.2%) o in altre forme personali di spiritualità categorizzate come "Altro" (n= 15, 2.5%).

Una percentuale significativa di partecipanti ha, inoltre, riferito la presenza di una o più condizioni mediche, fisiologiche o psicologiche potenzialmente marginalizzanti

(n=154, 25.7%), di cui 43 con una condizione di neurodivergenza (7.2%), 35 con malattia cronica (5.8%), 32 con problemi di salute mentale (5.3%), 7 con disabilità (1.2%) e 37 con una condizione di intersezione duplice (n= 22, 3.7%) o multipla (n=15, 2.5 %) tra esse. La maggior parte delle persone, tuttavia, ha riportato di non trovarsi in nessuna di tali condizioni (n= 371, 61.8%), mentre 75 partecipanti hanno riportato di non sapere o preferire non rispondere alla domanda (12.5 %).

Per quanto riguarda l'identità sessuale, il campione è costituito da 478 persone AFAB (*Assigned Female At Birth*) che rappresentano il 79,6% del campione, 117 persone AMAB (*Assigned Male At Birth*) pari al 19,5 %, mentre 5 persone (0,8 %) hanno riportato di non sapere o di preferire non rispondere alla domanda relativa al sesso attribuito alla nascita. Inoltre, 5 persone (0.8%) hanno riportato di essere anche persone intersex.

Relativamente all'identità di genere, il campione ha mostrato una netta prevalenza di persone che si identificano come donne cisgender, che costituiscono la maggioranza del campione (n= 378, 63 %), mentre 94 partecipanti si sono identificati come uomini cisgender (15,7 %). Le identità transgender, non binarie e binarie, sono rappresentate rispettivamente dal 12,5 % (n= 75) e dal 5,6 % (n=34) del campione, quest'ultime costituite da 12 donne (2 %) e 22 uomini (3,7 %). Una porzione minore delle persone partecipanti, pari al 2,5% (n= 15), si è definita Questioning o ha riportato di non saper definire la propria identità di genere, mentre un restante 0,7 % (n=4) ha fornito risposte che rientrano nella categoria "altro/preferisco non rispondere".

L'analisi dell'orientamento sessuale ha rivelato una composizione diversificata. L'orientamento esclusivamente eterosessuale è risultato il più comune, dichiarato dal 34,2% del campione (n=205), mentre 104 persone partecipanti si sono identificate come prevalentemente o più eterosessuali (17,3 %). Gli orientamenti esclusivamente

omosessuale e prevalentemente o più omosessuale rappresentano rispettivamente il 10,8% (n= 65) e il 6,7 % (n= 40) del campione. Un'importante fetta di partecipanti ha dichiarato orientamenti non monosessuali, ascrivibili allo spettro bisessuale per il 7,7 % (n= 46), pansessuale per il 6 %, (n=36), queer per l'1,8 %, (n=11), polisessuale per lo 0.3%, (n=2) del campione, o a multiple intersezioni tra questi nel 3,5 % dei casi (n= 21). Inoltre, 56 partecipanti hanno riportato un orientamento, esclusivo o in associazione con altri orientamenti, ascrivibili allo spettro Asessuale, rappresentando una parte significativa del campione (9,3 %). Infine, il 2% (n=12) si è definito Questioning o non sapeva definire il proprio orientamento sessuale, mentre un restante 0,3 % del campione (n=2) ha fornito risposte catalogate come "altro/preferisco non rispondere".

I risultati indicano una disproporzione nelle esperienze conflittuali con il cibo e con il corpo tra i diversi gruppi esaminati (Fig. 4).

Il gruppo prevalentemente/più etero mostra, infatti, la percentuale più alta di persone attualmente a rischio (22,2%), seguito da quello cis-eterosessuale (17,1%) e LGBTQIA+ (15,4%). Tuttavia, tra le persone a rischio la percentuale di coloro che ha avuto una diagnosi clinica è significativamente più alta nel gruppo LGBTQIA+ (50%), rispetto a quello cis-etero (32,3%) e prevalentemente/più etero (10%).

La percentuale di persone LGBTQIA+ che ha riferito una storia passata di DA è, tuttavia, molto più alta (46,3 %) rispetto agli altri gruppi, mentre la percentuale di diagnosi cliniche tra coloro che riportavano problematiche alimentari passate è simile nel gruppo prevalentemente/più eterosessuale (25%) e LGBTQIA+ (24,3%), e significativamente più alta rispetto a quello cis-eterosessuale (11,3%). Nel complesso, tuttavia, le persone LGBTQIA+ hanno ottenuto più frequentemente diagnosi cliniche formali (19 %) di Disturbi dell'Alimentazione, rispetto agli altri gruppi.

Il gruppo cis-eterosessuale, inoltre, riferisce più frequentemente di non aver mai avuto problemi con il cibo e con il corpo (43,2%), mentre le persone LGBTQIA+ mostrano la percentuale più bassa (27,3).

Infine, le percentuali di coloro che non sanno se ne hanno sofferto in passato sono simili nei tre gruppi, con una leggera prevalenza nella popolazione LGBTQIA+ (10,9%).

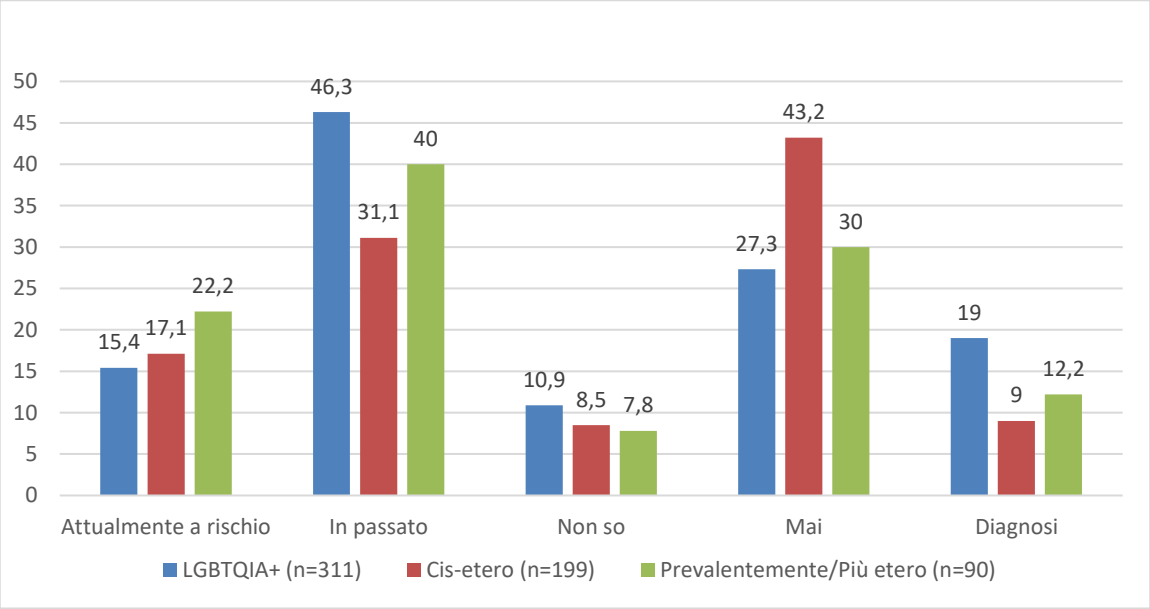

Fig.4 Distribuzione percentuale interna di DA per gruppo identitario

Considerando, inoltre, le persone LGBTQIA+ che riportano esperienze attuali o passate di DA (n= 192, 61.7 %), si nota come il campione sia composto prevalentemente da persone AFAB (n= 155, 80.7%), seguite da persone AMAB (n= 35, 18.2%).

Per quanto riguarda l'identità di genere (Fig. 5), la maggior parte del campione è costituita da persone cisgender (n= 99, 51.6%), di cui 78 donne (41%) e 21 uomini (11%). Una parte rilevante, pari al 41.7 %, inoltre, si identifica come transgender (n= 80), di cui 3.7 % donne (n= 7), 8.3 % uomini (n= 16) e 29.7 % genderqueer, genderfluid, agender o in altre identità di genere non binarie (n= 57).

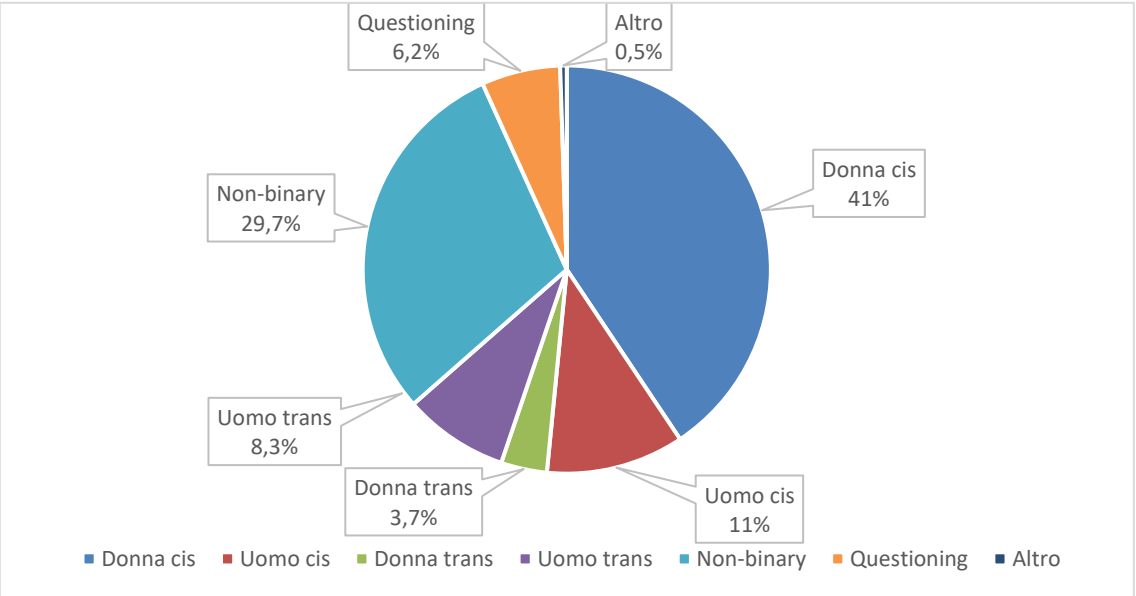

Fig.5 Distribuzione gruppo LGBTQIA+ con esperienze attuali o passate di DA (n= 192) per identità di genere

Per quanto riguarda, invece, l'orientamento sessuale (Fig. 6), gli orientamenti non monosessuali risultano essere quelli più frequenti, infatti il 40.1% (n= 77) del campione si identifica in un orientamento bisessuale, pansessuale, polisessuale e/o queer. Le persone gay/lesbiche (n= 54) e eterosessuali (n=15) rappresentano invece, rispettivamente, il 28.1 % e il 7.8 % del campione.

Una percentuale minore, ma significativa pari al 19.8 % (n= 38) riporta, inoltre, un orientamento all'interno dello spettro asessuale/demisessuale.

Infine, il 6.2% rispetto al genere (n=12) e il 3.6 % rispetto all'orientamento (n=7) si definisce Questioning.

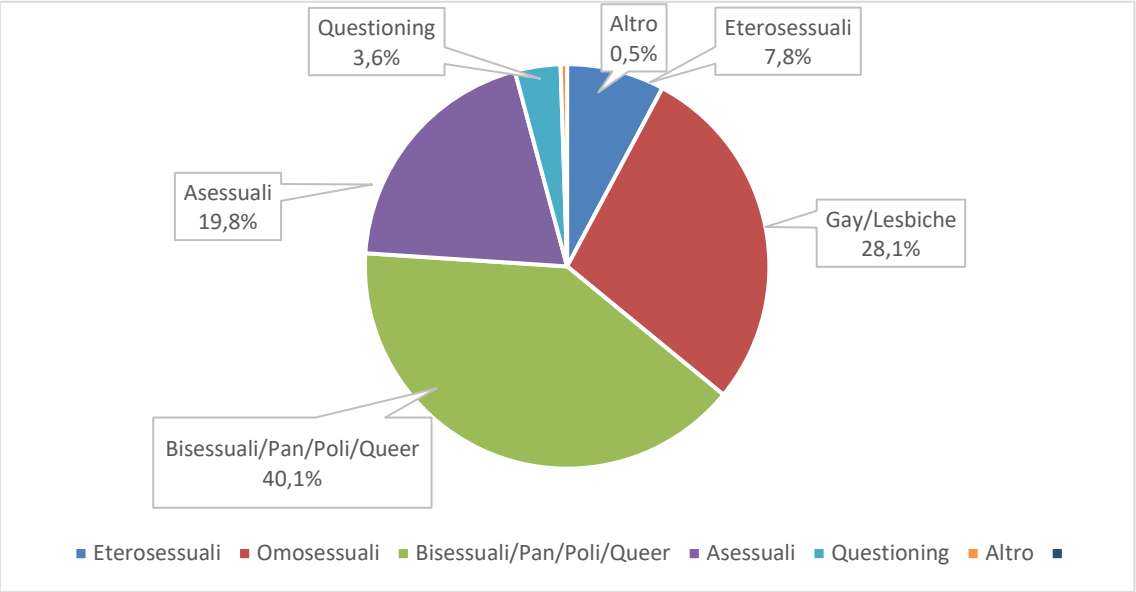

Fig.6 Distribuzione gruppo LGBTQIA+ con esperienze attuali o passate di DA (n= 192) per orientamento sessuale

3.4.6 Discussione

I risultati confermano una significativa prevalenza di sintomi ascrivibili a disturbi alimentari tra le persone LGBTQIA+ e prevalentemente/più eterosessuali, evidenziando una vulnerabilità che merita attenzione clinica e scientifica.

In particolare, considerando l'esperienza complessiva di problematiche alimentari attuali e passate, le persone LGBTQIA+ (62,1%) e quelle prevalentemente/più eterosessuali (62,2%) riportano percentuali simili e superiori rispetto al gruppo cis-eterosessuale (48,3 %). Infatti, le persone LGBTQIA+ mostrano la percentuale più bassa tra coloro che riportano di non aver mai avuto sintomi di disturbi alimentari (27,5%), confermando un maggior rischio di disagio con il cibo e il corpo in questo gruppo. Inoltre, considerando la tendenza ad un minore accesso ai servizi sanitari tra le persone

LGBTQIA+, la presenza di una maggiore prevalenza di diagnosi in questo gruppo (19,1 %) potrebbe riflettere una maggiore cronicità e/o gravità del disturbo che giunge più frequentemente all'attenzione clinica. Tali dati supportano parzialmente l'ipotesi del presente studio secondo cui la prevalenza di sintomatologia alimentare sarebbe stata significativamente più elevata nella popolazione LGBTQIA+, rispetto a quella cis-eterosessuale, coerentemente con la letteratura sul Minority Stress (Meyer, 2013). Quest'ultima, infatti, suggerisce come i gruppi sessuali e di genere minoritari siano esposti a fattori di stress peculiari che possono agire come fattori di rischio cumulativi per lo sviluppo di problematiche psicopatologiche nel corso della vita, compresi i Disturbi dell'Alimentazione (Bayer et al., 2017; Bell et al. 2019; Mason et al. 2017; Parker & Harriger, 2020; Wang et al., 2017; Watson et al., 2016). L'elevata prevalenza di esperienze conflittuali in passato con il cibo e con il corpo potrebbe suggerire l'utilizzo del sintomo alimentare come strategia di coping che, sebbene disadattiva, può essere funzionale a gestire un disagio più profondo legato ad esperienze di discriminazione, rifiuto e invalidazione.

Tuttavia, i dati sulla prevalenza attuale di DA, che risulta essere maggiore nel gruppo prevalentemente o più eterosessuale (22,2%, n=20), non supportano pienamente l'ipotesi H1 del presente studio. Tale discrepanza potrebbe suggerire una diversa traiettoria evolutiva nel decorso dei DA tra i due gruppi o riflettere un limite dell'EAT-26 che, pur essendo uno strumento valido, potrebbe non essere sensibile alle peculiarità delle manifestazioni sintomatologiche di alcune popolazioni minorizzate. Tuttavia, la presenza di una maggiore sintomatologia attuale nel gruppo prevalentemente o più eterosessuale, potrebbe anche riflettere la maggiore vulnerabilità di tali soggettività che, pur non identificandosi con l'eterosessualità esclusiva, non sono ancora pienamente riconosciute

come parte della popolazione LGBTQIA+ e pertanto socialmente invisibilizzate, in linea con la seconda ipotesi del presente studio. Tale interpretazione è coerente, inoltre, con la Teoria del Minority Stress e con letteratura precedente, che indica un rischio maggiore di DA in tali soggettività (Austin et al. 2009; Beccia et al., 2021; Calzo et al., 2018; Cochran et al., 2007; Hadland et al., 2014; Laska et al., 2015; Shearer et al., 2015; VanKim et al., 2015; Watson et al., 2016; Wichstrøm, 2006), spesso sottorappresentate nella ricerca e indotte ad auto-categorizzarsi come "eterosessuali" sulla base delle opzioni dicotomiche fornite, pur non riconoscendosi esclusivamente come tali.

Colpisce, inoltre, l'elevata percentuale di persone LGBTQIA+ (50,8%), prevalentemente/più eterosessuali (52,2) e cis-eterosessuali (42,7 %) che riportano esperienze di disagio alimentare attuale e/o passato senza aver mai ricevuto una diagnosi formale, indicando una sottovalutazione clinica che colpisce soprattutto le soggettività invisibilizzate.

In linea con i dati generali sui DA, inoltre, anche in questo studio le persone AFAB (80,6 %) sono sovra-rappresentate, sebbene la presenza di persone AMAB (18.3%) e intersessuali (1%) evidenzi come i disturbi alimentari possano riguardare molteplici corpi e vissuti. La quota significativa di persone transgender (41,5 %), binarie (13 %) e non-binarie (28,5 %), conferma ad esempio il legame importante tra incongruenza di genere e DA.

Anche l'elevata prevalenza di orientamenti bi-pan-poli-sessuali e queer (40.3%) tra coloro che riportano esperienze attuali o passate di DA è coerente con il modello del Minority Stress Multiplo, il quale descrive il doppio stigma vissuto da alcune soggettività, spesso invisibilizzate e discriminate anche all'interno della stessa comunità LGBTQIA+, a causa del loro orientamento non monosessuale (American Psychological Association,

2021, Brewster & Moradi, 2010; Burleson, 2005; Rust, 1992; Shearer et al., 2015). Studi precedenti hanno ad esempio riscontrato livelli più elevati di sintomi di disturbi alimentari tra le persone bisessuali (Shearer et al., 2015; Tabler et al., 2019).

La presenza di invalidazioni multiple, unitamente alla difficoltà di esperire un senso di appartenenza comunitario, può essere inoltre un vissuto comune anche a soggettività asessuali (14,1 %) o questioning (10%), suggerendo come la presenza peculiare di afobia, in una cultura ancora fortemente allonormata, così come esperienze di incertezza/esplorazione identitaria possano costituire ulteriori fattori di vulnerabilità per la sintomatologia alimentare, in linea con le ipotesi del presente studio e con studi precedenti (Austin et al., 2013; Brownstone et al., 2023; Hadland et al., 2014; Kuna & Sobów, 2017; Matthews-Ewald et al., 2014; Shearer et al., 2015).

L'invalidazione del sé emerge pertanto come una possibile variabile esplicativa, suggerendo che la difficoltà di esperire vissuti di appartenenza e riconoscimento sociale possa essere correlata al rischio di disturbi alimentari.

Nel complesso, coerentemente con la letteratura, i risultati del presente studio supportano l'ipotesi che le minoranze sessuali e di genere siano esposte a un rischio maggiore di disturbi alimentari, sottolineando la necessità di strumenti diagnostici e di intervento sensibili alle peculiarità delle esperienze vissute da tali soggettività, che integrino il vissuto identitario con le dinamiche socioculturali di marginalizzazione e invalidazione nella lettura del sintomo alimentare.

3.5 Studio 2: Disturbi dell'Alimentazione e Invalidazione del Sé nella Popolazione LGBTQIA+

3.5.1 Partecipanti

Per lo studio qualitativo, le persone partecipanti sono state reclutate da Marzo 2025 a Agosto 2025 tra coloro che avevano compilato il questionario nella fase precedente della ricerca, sulla base dei seguenti criteri di inclusione:

1. identificarsi come persona LGBTQIA+ e/o con orientamento prevalentemente/più eterosessuale;
2. aver espresso esplicita disponibilità a partecipare alla seconda fase della ricerca, lasciando un proprio recapito a cui poter essere ricontattatə;
3. avere una storia presente e/o passata di rapporto conflittuale con il cibo e con il corpo, come indicato da uno o più delle seguenti condizioni:
    a) aver ottenuto un punteggio ≥ 20 nell'EAT-26, indicativo di un rischio attuale di disturbi alimentari;
    b) aver ricevuto una diagnosi clinica di Disturbo dell'Alimentazione nel corso della vita;
    c) aver riportato una storia passata di rapporto problematico con il cibo e con il corpo, anche in assenza di diagnosi clinica, nel corso della vita.

Sono state condotte in totale 22 interviste, tutte incluse nel campione finale. L'età delle persone partecipanti varia dai 23 ai 53 anni, con una media di 34,5 anni (DS= 9,05).

Per quanto riguarda l'identità di genere, la maggior parte delle persone intervistate si è riconosciuta in un'identità Transgender (n=12, 54.5%) di cui 3 uomini trans (13.6%), 1 donna trans (4.5%), 6 persone Non Binary (27.3 %), 1 persona Transmasculine (4.5%) che non si riconosceva totalmente nel non binarismo, mentre 1 persona si è riconosciuta come Non Binary e Intergender (4.5 %), considerando l'essere una persona intersex come parte integrante della propria identità di genere. Inoltre, il campione è costituito da 7 persone Cisgender (31.8%), di cui 5 donne (22.7%) e 2 uomini (9.1 %). Infine, 3 persone si sono definite Questioning (13.6 %).

Per quanto riguarda l'orientamento sessuale, una parte significativa del campione è rappresentato da persone Bisessuali e/o Pansessuali (n= 10, 45.4 %), seguite da persone gay/lesbiche (n= 5, 22.7 %), di cui 3 gay (13.6 %) e 2 lesbiche (9.1 %), e Asessuali e/o Demisessuali (n= 5, 22.7 %). Infine, 2 persone hanno riportato un orientamento Questioning (9.1 %).

La Tabella 1 fornisce le caratteristiche complete e intersezionali delle persone intervistate.

ID	Età	Identità di genere	Orientamento sessuale	Background	Religione	Altre condizioni	EAT-26	Diagnosi DA	Durata
1	32	Donna Cisgender	Lesbica Demisessuale	Caucasico	Agnostica	Neurodivergenze	24	No	40 m
2	31	Questioning	Asessuale Omoromantico	Caucasico	Preferisco non risp	Nessuna	9	No	27 m
3	31	Uomo Transgender	Bisessuale	Caucasico	Agnostico	Disturbo mentale	29	No	62 m
4	45	Genderfluid	Pansessuale	Misto	Possibilista	Neurodivergenze	33	Sì	69 m

5	46	Non Binary	Demisessuale Biromantico	Caucasico	Agnostico	Disabilità, Neurodivergenze	32	Sì	38 m
6	25	Uomo Cisgender	Gay	Caucasico	Cristiana	Disturbo mentale	33	Sì	40 m
7	23	Questioning	Bisessuale	Caucasico	Atea	Disturbo mentale	27	Sì	47 m
8	36	Donna Cisgender	Bisessuale Pansessuale	Caucasico	Atea	Non so	34	Sì	53 m
9	33	Transmasc Non Binary	Bisessuale	Caucasico	Atea	Nessuna	2	Sì	63 m
10	53	Uomo Transgender	Gay	Caucasico	Agnostico	Non so	2	Sì	63 m
11	44	Donna Cisgender	Bisessuale	Caucasico	Agnostico	Disturbo mentale, Neurodivergenze	1	Sì	50 m
12	31	Donna Transgender	Bisessuale Questioning	Caucasico	Agnostico	Disturbo Mentale	8	Sì	76 m
13	24	Donna Cisgender	Bisessuale	Caucasico	Atea	Nessuna	20	Sì	53 m
14	40	Donna Cisgender	Lesbica	Caucasico	Atea	Disabilità, Malattia Cronica, Disturbo Mentale	27	Sì	68 m
15	39	Non Binary	Lesbica	Caucasico	Atea	Neurodivergenze	1	Non so	38 m
16	26	Non Binary	Gay Questioning	Caucasico	Cristiana	Nessuna	10	No	67 m
17	32	Non Binary Intergender	Pansessuale	Caucasico	Animista	Neurodivergenze	10	Sì	91 m

18	23	Transmasc	Demisessuale Panromantico	Caucasico	Agnostico	Nessuna	0	Sì	69 m
19	35	Uomo Transgender	Prevalentemente Etero Demisessuale	Caucasico	Atea	Disturbo Mentale	5	No	71 m
20	24	Non Binary	Pansessuale	Caucasico	Atea	Nessuna	25	Non so	30 m
21	36	Uomo Cisgender	Gay	Caucasico	Wicca	Nessuna	25	No	34 m
22	42	Agender Questioning	Pansessuale	Caucasico	Agnostico	Malattia Cronica, Disturbo Mentale, Neurodivergenze	0	No	95 m

Tab. 1 Caratteristiche del campione intervistato (n= 22).

3.5.2 Strumenti

Per la fase qualitativa dello studio, è stato utilizzato un protocollo di intervista semi-strutturata, co-costruita insieme a partecipanti LGBTQIA+ durante la fase di consultazione comunitaria, con il fine di coprire una serie di temi considerati rilevanti per tali soggettività con esperienze di disagio con il cibo e con il corpo.

L'intervista semi-strutturata era composta da 16 domande-guida, articolate nelle seguenti sei aree: 1) domande introduttive, 2) identità sessuale, 3) corpo e gender expression, 4) esperienze e vissuti con figure professionali, 5) commitment con la comunità LGBTQIA+ e 6) domande conclusive.

La scheda completa dell'intervista utilizzata è presentata nella Tabella 2.

Intervista Semi-strutturata

Domande Introduttive

1. Qual è il tuo nome? (puoi dirmi quello che preferisci o con cui vieni chiamatə abitualmente)
2. Quali sono i tuoi pronomi?
3. Qual è la tua età?

IDENTITA' SESSUALE

4. Come ti descriveresti dal punto di vista della tua identità di genere?
    - E dal punto di vista del tuo orientamento sessuale?
5. Ricordi quando hai cominciato a farti delle domande e ad avere consapevolezza della tua identità sessuale?
    - Che emozioni hai provato in quel periodo?
6. Focalizziamo ora l'attenzione sulla fase della tua vita che va tra gli 8 ai 12 anni:
    - Che emozioni provavi rispetto alla tua identità genere?
      E al tuo orientamento sessuale?
    - Sentivi di avere la possibilità di esprimerti liberamente?
    - Quali erano le reazioni da parte dei tuoi familiari?
    - E dei tuoi coetanei?
7. Queste reazioni hanno, secondo te, influenzato il tuo modo di vivere la tua identità di genere e il tuo orientamento sessuale?

CORPO E GENDER EXPRESSION

8. Pensando sempre alla fase 8-12 anni, hai ricordi specifici rispetto ai cambiamenti corporei avvenuti in quel periodo?
9. Rispetto al tuo corpo, hai mai avuto un ideale da raggiungere rispetto alla tua immagine corporea?
    - Il modo in cui ti percepisci oggi, corrisponde a questo ideale?
10. Secondo te, i vissuti legati alla tua identità sessuale hanno influenzato o influenzano il tuo rapporto con il corpo?

VISSUTI LEGATI ALLE FIGURE PROFESSIONALI

11. Hai mai parlato dei tuoi problemi con il cibo e con il corpo con qualcunə?

12. Hai mai discusso dei tuoi problemi alimentari anche con psicologə, medicə o altrə professionistə sanitariə?
    - Se sì, com'è stata questa esperienza?
    - Ti sei sentitə compresə nelle tue difficoltà con il cibo e con il corpo, anche rispetto alla tua specificità come persona LGBTQIA+?
13. Secondo te, cosa dovrebbero sapere i professionistə sanitariə che lavorano su disturbi alimentari rispetto ai vissuti specifici delle persone LGBTQIA+?

COMMITMENT

14. Hai mai frequentato qualche associazione LGBTQIA+? (Partecipazione attiva o sporadica)

Domande Conclusive

15. Qual è stata la tua esperienza nel partecipare a questa intervista e nel parlare delle tue esperienze con il cibo e con il tuo corpo?
16. C'è qualcos'altro che vorresti condividere con me?

Tab.2 Domande guida per l'intervista semi-strutturata utilizzata nello studio

3.5.3 Procedura

Come per lo Studio 1, anche per questa fase qualitativa si è scelto di seguire il metodo della consultazione comunitaria (Harding & Peel, 2007), a cui era possibile partecipare sia online che in presenza, sia in forma individuale che di gruppo, al fine di: (a) massimizzare l'eterogeneità geografica del campione; (b) consentire una maggiore flessibilità relativamente ai tempi e alle modalità di partecipazione alla ricerca e (c) raggiungere persone che potrebbero non sentirsi al sicuro o a proprio agio nel parlare collettivamente di argomenti delicati, quali la salute mentale, le esperienze di discriminazione e l'identità sessuale.

Nello specifico, una prima guida per l'intervista semi-strutturata è stata inizialmente sviluppata a partire dagli obiettivi della ricerca e dai temi considerati maggiormente rilevanti dalla letteratura esistente sulla relazione con il cibo e con il corpo nelle soggettività LGBTQIA+. Questa prima versione dell'intervista è stata successivamente sottoposta ad un processo di consultazione con alcune persone che si identificavano come appartenenti alla comunità LGBTQIA+, al fine di integrare prospettive e vissuti derivanti da specifici posizionamenti identitari.

In particolare, la fase di consultazione ha coinvolto 12 persone reclutate tramite social media (Facebook, Instagram, LinkedIn), con l'unico requisito di riconoscersi in un'identità LGBTQIA+. Tutte le persone che hanno accettato di partecipare alla consultazione avevano una storia presente o passata di attivismo all'interno di associazioni e movimenti LGBTQIA+, e tutte hanno scelto di partecipare attraverso il metodo della consultazione online individuale per mezzo di email, videochiamata e messaggistica istantanea. Tale processo di confronto non ha evidenziato nessuna particolare criticità relativamente ai contenuti individuati, al lessico utilizzato o al potenziale ordine delle domande, consentendo così di confermare la struttura originaria dell'intervista senza apportare modifiche. Tuttavia, la consultazione ha consentito di mettere in luce l'importanza della postura assunta da chi conduce l'intervista stessa, in particolare suggerendo di evitare di declinare le domande in termini generici ed universalizzanti come "identità sessuale", introdurre messaggi di *trigger warning* in prossimità di contenuti particolarmente delicati ed esplicitare ripetutamente la libertà della persona partecipante di decidere se e in che misura rispondere alle domande. Tali riflessioni ribadiscono ancora una volta l'imprescindibilità di un atteggiamento

relazionale quanto più possibile paritario, rispecchiante ed affermativo affinché si possano praticare forme di cura autenticamente incarnate.

Le persone partecipanti alla prima fase quantitativa della ricerca e che rispettavano i criteri di inclusione per questa seconda fase, sono state ricontattate tramite l'e-mail o il recapito telefonico da loro fornito nel questionario utilizzato nello Studio 1, per prendere parte alla fase successiva.

La scelta di ricontattare anche persone che riportavano un rapporto problematico con il cibo e con il corpo anche in assenza di diagnosi clinica, è coerente con l'obiettivo di dare priorità e di valorizzare i vissuti di sofferenza soggettivi superando i criteri diagnostici nosografici, alla luce anche dei loro limiti di rappresentatività in riferimento alle popolazioni minorizzate con bisogni peculiari (Austin et al., 2013; Brown & Keel, 2023; Durwood et al., 2021; Lavender 2021; Murray et al., 2017; Nagata, Ganson, & Austin, 2020; Nagata, Ganson, & Murray, 2020; Roach, 2018; Smith et al. 2017). Indagare, infatti, esclusivamente quadri clinici formalmente diagnosticati potrebbe oscurare potenziali specificità cliniche, impedendo di rilevare forme di sintomatologia alimentare che potrebbero esprimersi in maniera differente e peculiare all'interno delle diverse soggettività identitarie (Shepherd et al., 2022), e contribuire ad invisibilizzare la sofferenza di popolazioni che già sperimentano gravi disparità nell'accesso ai servizi di salute (Council of Europe, 2024). In questo senso, lo studio è stato guidato dall'obiettivo di indagare non solo la presenza di Disturbi dell'Alimentazione, ma anche la presenza di *Alimentazione Disordinata,* una variabile spesso studiata soprattutto in relazione alla Teoria dell'Oggettivazione (Moradi & Huang, 2008) e strettamente correlata al rischio di Disturbi dell'Alimentazione (Katzman, 2005), in linea anche con la prospettiva

femminista di depatologizzazione di un disagio comune legato ad una normatività di genere (Bordo, 1993; Holmes, 2016; Malson, 1998; Saukko, 2008; Wolf, 1991).

Le interviste sono state condotte online attraverso la piattaforma Teams e hanno avuto una durata compresa tra 27 e 95 minuti, a seconda della quantità di informazioni condivise delle persone partecipanti, con una media di 56,5 minuti.

Prima di iniziare le interviste le persone partecipanti hanno espresso esplicito consenso orale alla video-registrazione e/o alla trascrizione automatica dell'intervista stessa e all'utilizzo del colloquio a fini di ricerca. La possibilità di avere a disposizione le trascrizioni automatiche e le videoregistrazioni ha consentito di focalizzarmi, nel corso delle interviste, anche sul linguaggio non verbale, con la possibilità di prendere appunti sulle espressioni facciali, sui movimenti corporei, sulla postura, sui sorrisi e sui momenti di commozione, senza la necessità di focalizzare l'attenzione sulla registrazione dei soli contenuti verbali.

Considerando, inoltre, la concettualizzazione dell'AT Riflessiva come metodo di analisi situato condotto da una singola persona, incompatibile con un'idea di "accuratezza" o "affidabilità" della codifica (Braun & Clarke, 2021b; 2022), ho prestato particolare attenzione durante le interviste alle risonanze relazionali derivanti dalla mia storia personale di recovery da un Disturbo dell'Alimentazione, nonché all'influenza del mio posizionamento come donna cis, eterosessuale, occidentale, femminista e con un ruolo clinico ed accademico, come evidenziato anche dalla ricerca qualitativa femminista, queer ed intersezionale (Holmes, 2016; Tang, 2002; Tracy, 2013).

Sono inoltre consapevole che, pur essendo un metodo coerente con l'obiettivo di valorizzare le voci di soggettività generalmente invisibilizzate, come qualsiasi altro metodo, seppur qualitativo, di produzione della conoscenza, anche l'AT Riflessiva

implica la necessità di compiere una serie di scelte da parte di chi conduce la ricerca attraverso le quali si opererà inevitabilmente una selezione e interpretazione delle informazioni raccolte, come affermato da Fine (2002) e sottolineato da Braun e Clarke (2006).

3.5.4 Analisi dei dati

Le interviste sono state videoregistrate e trascritte tramite piattaforma TEAMS, e analizzate attraverso l'Analisi Tematica (TA) Riflessiva (Braun & Clarke, 2006), ampiamente utilizzata nella ricerca qualitativa in psicologia. La TA Riflessiva, coerente con un approccio situato, costruttivista e non positivista, permette di generare i temi ritenuti significativi attraverso l'analisi e l'interpretazione delle interviste condotte, e di esplorare in profondità le narrazioni e i significati soggettivi attribuiti ai vissuti legati al corpo e all'alimentazione.

Si tratta, infatti, di un metodo flessibile per identificare, organizzare e descrivere un set di dati, piuttosto che una metodologia specifica teoricamente informata (Braun & Clarke, 2006; 2022), coerente con l'obiettivo di valorizzare le esperienze e le voci delle persone partecipanti considerate le maggiori esperte della propria storia e pertanto indispensabili per poter giungere ad una comprensione situata del tema oggetto di indagine (Braun & Clarke, 2013; Gareth et al., 2017). Tale metodo, inoltre, risulta essere particolarmente adatto per accedere ai vissuti di soggettività sistematicamente invisibilizzate e per affrontare argomenti delicati, come i disturbi alimentari e le esperienze di discriminazione (Hesse-Biber, 2017; Polkinghorne, 2005).

In linea con le raccomandazioni per i metodi e la raccolta dati nell'Analisi Tematica Riflessiva (Braun & Clarke, 2022), si è data inoltre priorità alla qualità dei dati

raccolti, ponendo particolare attenzione alla relazione tra la persona partecipante e l'intervistatrice, tale da creare uno spazio percepito come sicuro, rispecchiante e affermativo. A tal fine, come evidenziato dalle autrici, pur seguendo l'ordine e la configurazione delle domande guida co-costruite per l'intervista, è stato mantenuto uno stile di conduzione flessibile che privilegia la spontaneità e la naturalezza della conversazione intersoggettiva, piuttosto che l'omogeneità della forma strutturale tra le interviste stesse. Tale flessibilità ha consentito un'esplorazione profonda di vissuti e significati, preservando allo stesso tempo la variabilità delle esperienze data dai diversi posizionamenti identitari.

Si è scelto, inoltre, di utilizzare un'analisi tematica combinata, integrando un approccio induttivo con un approccio basato sulla teoria, che consente di lasciarsi guidare da una specifica cornice teorica valorizzando al contempo i vissuti esperienziali delle persone intervistate, coerentemente con un paradigma costruttivista critico (Sue & Spanierman, 2022).

Per l'analisi delle interviste è stata, pertanto, consapevolmente utilizzata una lente teorica queer femminista ed intersezionale (Collins & Bilge, 2016; Crenshaw, 1991; Hooks, 2000; Jagose, 1996; Muñoz, 2019), capace di mettere in discussione le categorie dominanti legate ai generi, ai corpi e alle sessualità riconoscendole come costrutti sociali storicamente situati e successivamente interiorizzati dai singoli. Tale approccio deduttivo, sebbene non orientato alla mera conferma di una teoria preesistente, consente infatti di esplorare le articolate intersezioni attraverso cui norme, sistemi di potere e pratiche di resistenza si inscrivono nei corpi, tanto individuali quanto collettivi, ricollocando al contempo il disturbo alimentare, da un piano meramente "privato" e soggettivo, ad un piano profondamente "politico" e strutturale.

Inoltre, i codici sono stati generati utilizzando principalmente un approccio latente (focalizzato sui significati impliciti o più profondi), sebbene si sia mantenuto un approccio di analisi anche a livello semantico (focalizzato sui significati più espliciti e sull'esperienza diretta). Da un lato infatti l'approccio latente, coerente con il paradigma costruzionista, ha consentito di collegare specifici significati soggettivi alle condizioni socio-strutturali attraverso cui le esperienze individuali sono prodotte e riprodotte socialmente (Burr, 1995). Dall'altro, l'approccio semantico ha consentito di mantenere il focus sull'obiettivo di valorizzare le voci delle persone partecipanti nell'ottica di una redistribuzione del potere epistemico (Fricker, 2007), evitando il rischio di sovradeterminare i significati soggettivi ed esperienziali a partire dal sapere accademico. Di conseguenza, l'uso del livello latente, sebbene rappresenti di per sé un lavoro intrinsecamente interpretativo, mira ad integrare e superare l'analisi del puro contenuto semantico per esplorarne i significati sottesi, alla luce delle norme e dei pregiudizi socio-culturali interiorizzati che possono aver condizionato e plasmato le esperienze stesse riportate nei dati (Braun & Clarke, 2006).

Per la generazione dei temi, è stato utilizzato l'approccio in sei fasi descritto da Braun e Clarke (2006, 2013) per l'Analisi Tematica Riflessiva, che includono: 1) familiarizzazione con i dati, 2) generazione dei codici iniziali, 3) ricerca dei temi, 4) revisione dei temi 5) definizione e denominazione dei temi e 6) produzione del report.

In primo luogo, al termine di ogni intervista è stata condotta una prima fase interpretativa, con l'annotazione di alcune riflessioni preliminari. Le trascrizioni automatiche di ogni intervista sono state lette più volte, verificandone la correttezza attraverso un controllo incrociato con le video-registrazioni, quando disponibili, correggendo eventuali errori di trascrizione e aggiungendo ulteriori interpretazioni sul

significato dei dati (memo) in accordo anche con il linguaggio non verbale mostrato dalle persone partecipanti (Fase 1 - Familiarizzazione).

Successivamente, si è passati ad una prima fase di codifica volta a identificare le categorie concettuali ritenute più pregnanti e i loro collegamenti, guidata dai dati e dalla conoscenza della letteratura (Fase 2 – Generazione dei codici).

Le categorie codificate sono state poi sussunte all'interno di temi principali e sottotemi significativi, insieme all'identificazione di citazioni illustrative per ogni tema e sottotema, valutando le varie alternative con cui i codici generati potessero essere categorizzati, combinati o scissi (Braun & Clarke, 2021b) (Fase 3 - Ricerca dei temi, Fig. 7).

Sono stati poi letti nuovamente, dapprima gli estratti dei dati codificati per ciascun tema e successivamente tutte le trascrizioni raccolte, al fine di perfezionare e approvare i temi e i sottotemi precedentemente generati, verificandone la coerenza e la significatività sia rispetto alla narrazione complessiva nella singola intervista, sia rispetto all'intero set di dati tra le diverse interviste (Fasi 4-5 - Revisione e definizione dei temi). La generazione di temi e sottotemi ha infatti seguito come criterio primario, come raccomandato dalle autrici, la loro rilevanza nella storia soggettiva delle singole persone intervistate in relazione alle domande di ricerca, piuttosto che la frequenza della loro comparsa tra tutte le interviste condotte (Braun & Clarke, 2022).

Infine, si è proceduto alla preparazione di un report finale, confluito nel paragrafo di Discussione (cap. 4) del presente lavoro di tesi (Fase 6 - Produzione del report).

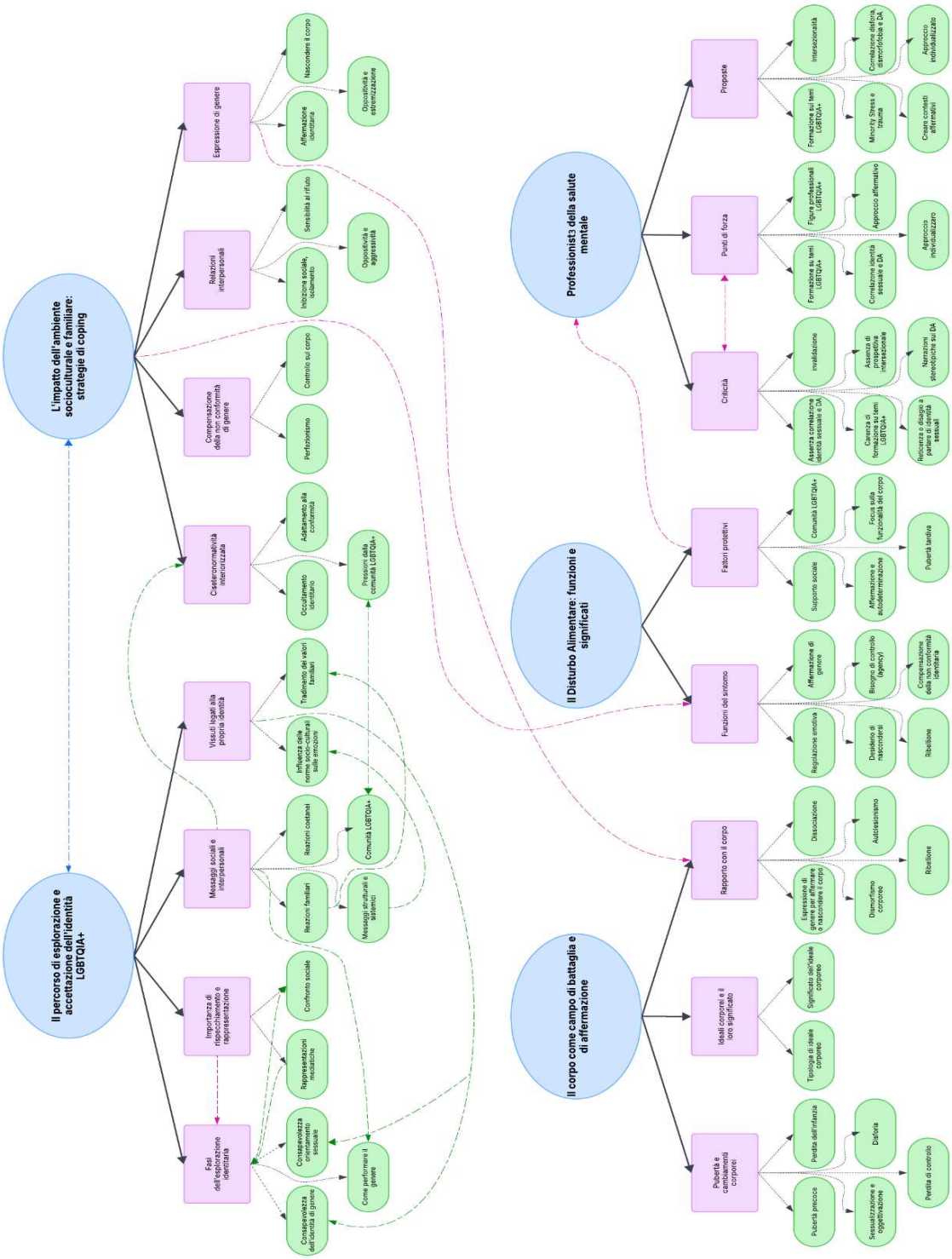

Fig. 7 - Mappa tematica iniziale, che mostra temi, sottotemi e codici principali (Fase 3 – Ricerca dei temi)

Lo schema di codifica, con le definizioni dei codici utilizzati per individuare i temi e i sottotemi, insieme alle rispettive citazioni illustrative, è riportato nella Tabella 3.

TEMI	SOTTOTEMI	CODICI	ESTRATTI
Tema I: Percorsi di sviluppo identitario in una società ciseteronormativa	1. Percorsi di esplorazione e consapevolezza identitaria	a) Consapevolezza orientamento sessuale b) Consapevolezza dell'identità di genere c) Importanza del confronto sociale e delle rappresentazioni mediatiche	"Cioè, queste domande magari non prendevano tanto la forma di domande. Però il pensiero di, cioè, che ci fosse qualcosa di più nella mia sessualità, io ce l'ho sempre avuto. O comunque quando ero più piccolina, proprio bambina, banalmente mi sentivo diversa dalle altre bimbe" (Part. 8) "Per quello che riguarda l'identità di genere, invece, è successo un po' più tardi, proprio anche qua per una mancanza di modelli o di parole, per mettere in discussione la cosa" (Part. 5) "Mi esce totalmente a caso su Instagram un video di una persona che dice 'Ciao sono un'attivista asessuale'. (…) mi vedo tutti, i contenuti del suo profilo (…) e dico 'OK, perché sta parlando di me?!'" (Part. 2)
	2. Influenza dei messaggi sociali e interpersonali: tra vissuti di liberazione e Minority Stress	a) Reazioni familiari b) Reazioni coetanei c) Messaggi strutturali e sistemici d) Comunità LGBTQIA+	"Paradossalmente per me pesava di più la non visibilità della violenza fisica in sé, non che quella non fosse grave, però a quella ero più abituata, il non essere vista è stato ancora peggio per me" (Part. 1) "Una certa rabbia, anche, che è rabbia per come si è trattate sia per il proprio corpo, sia per l'orientamento sessuale, comunque. Sembra che la retorica anche quotidiana sia quella che non importiamo, perché le persone queer non importano, le persone LGBT non importano, cioè comunque sono sempre delle cittadine e dei cittadini di serie B." (Part. 8)

			"Mi trovavo in contesti che avrebbero dovuto essere safe, ma in cui molto spesso sentivo… cioè, c'erano, non so, molte microaggressioni, ad esempio, nei confronti della bisessualità o (…) di tutto quello che un po' esce dal 'sei gay, sei lesbica o sei trans', ma in modo molto binario, ecco." (Part. 5)
	3. Strategie di coping: come sopravvivere in un contesto invalidante	a) Negazione b) Occultamento identitario c) Conformità alla ciseteronormatività d) Perfezionismo e) Ritiro sociale	"La mia, come dire, era una maschera doppia, fuori e dentro perché fuori fingevo, ma anche dentro in realtà io fingevo una cosa che non riuscivo a essere, no? E come se in qualche modo mi consideravo io stesso una persona anormale. E allora, se è anormale non lo dire in giro" (Part. 10) "Il mio scopo era sempre quella di passare inosservata, perché se riuscivo a passare inosservata, ovviamente le persone non mi avrebbero attaccata, non sentendomi diversa da loro" (Part. 17) "C'era questo dover essere bravo, educato, gentile che va bene a scuola e che si comporta bene. E forse io poi mi sono costruito molto nella testa il fatto di, per andare bene, nonostante questa cosa che non riesco a togliermi dentro, a oscurare, devo fare come loro si aspettano da me. Questo mi ha accompagnato per molta parte della mia vita, purtroppo. Però è nato tutto da lì." (Part. 6)
Tema II: Il Corpo tra Consapevolezza Identitaria e Inadeguatezza	1. Pubertà e cambiamenti corporei	a) Pubertà precoce b) Disforia c) Sessualizzazione e oggettivazione	"Stavo abbastanza bene perché comunque il mio corpo non mi tradiva, tante volte mi scambiavano, mi capitava spessissimo di essere chiamato al maschile (…) non avevo realmente messo in conto il fatto che poi il corpo si sarebbe trasformato (…) E io non mi ritrovavo più, non mi sono più ritrovato" (Part. 10)

		d) Perdita dell'infanzia e) Perdita di controllo	"Mi vergognavo molto del mio corpo, 'molto' da femmina. Anche perché, appunto, poi la mia famiglia era molto cattolica, quindi bisognava non mettersi troppo in mostra, non sembrare poco serie, quindi io non mi sono mai truccata, non… (…) c'entrava più con la praticità e il fatto di non essere una tentazione e di non fare cose che una brava donna cattolica non avrebbe fatto" (Part. 22) "Questa comparsa dei primi peli sulla faccia, mi aveva creato disagio, ma anche… diciamo, tutte le alterazioni un po' ormonali, emotive, fisiche… Era come se quella parte che stavo cercando di trattenere al contempo stesse cercando di uscire." (Part. 6)
	2. I Diversi Ideali Corporei e i significati correlati: tra Perfezionismo, Affermazione e Compensazione.	a) Tipologie di ideale corporeo b) Significato dell'ideale corporeo	"A un certo punto è come se si fossero sovrapposti il volere un'ideale maschile e un'ideale femminile perché dentro di me volevo vedermi maschile, sempre in termini generici. Poi però comunque essendo socializzato come donna, sentivo di dover rientrare anche in quelli femminili, quindi desideravo entrambi allo stesso momento per motivi diversi" (Part. 3) "Per me era una fragilità in più, cioè oltre ad essere timido, oltre ad essere sensibile, introspettivo, ero anche non conforme dal punto di vista di quello che per me sembrava il corpo, lo chiamo normale poi non sono termini più adeguati, come quello dei miei compagni. Per me il corpo magro voleva dire essere accettato, andare bene." (Part. 6)
	3. Il Rapporto con il Corpo: tra Espressione, Dissociazione e Autolesionismo.	a) Espressione di genere per affermare o nascondere il corpo b) Dismorfismo corporeo	"Il rapporto col corpo per una persona queer ha anche molto a che fare con la riappropriazione del corpo e anche con il fatto di andare fuori dai binari che sono previsti per un genere o per l'altro, no? Mi sono fatta questa cosa, l'undercut, che è una stupidata (…) però ha molto a che fare con, appunto, il fatto di dire 'ho i capelli lunghi, sì, ma non per piacere agli uomini. Per

		c) Dissociazione d) Autolesionismo	piacere a me'. Quindi anche di sfida allo sguardo eteronormato." (Part. 22) "Era come se avessi la mente separata tra ciò che è sai e ciò che senti, così come è separata tutt'ora la mia mente tra ciò che so - ho un corpo femminile - e ciò che sento - mi guardo nello specchio, mi incontro il mio sguardo ed è lo sguardo di un uomo. E la stessa cosa è la separazione tra ciò che so - un organismo per sopravvivere ha bisogno di questo [cibo] - e ciò che sento io - però non ne ho bisogno, io riesco lo stesso anche senza." (Part. 10) "Per sentire di nuovo il corpo, cioè io mi facevo male in modo molto, molto grave. E lo facevo anche per riconnettermi col corpo da un lato, per risentirlo… cioè, non solo per abusarne, per punirlo, ma lo facevo anche un po' per sentirlo questo corpo, perché non lo sentivo io." (Part. 12)
Tema III: Il Disturbo Alimentare come Strategia di Sopravvivenza	1. Funzione di Controllo, Agency e Ribellione.	a) Regolazione emotiva b) Bisogno di controllo e Agency c) Ribellione e autodeterminazione	"Tendo a cercare di controllare quello che mi è rimasto di controllabile controllando l'alimentazione. Perché di fatto certi pensieri, certi desideri, certe incongruenze che ci sono…non sono, non sono gestibili." (Part. 14) "Come se non volessi dare agli altri la soddisfazione di avermi piegato, non so come dire, no? Cioè, "ok, allora adesso è finita la mattata. Sei una donna, stai con un uomo, possiamo metterci tutti tranquilli che questa roba l'abbiamo risolta" e quindi quello è stato un po' il mio modo di ribellarmi a questa cosa. (…) Quello invece lo potevo fare, quello era tutto nelle mie mani, non dovevo chiedere niente a nessuno. Era una cosa che potevo fare io in maniera autonoma e ottenendo dei risultati auspicabili, no? Niente seno, niente ciclo." (Part. 10)
			a) "la possibilità di dimagrire mi sembrava la possibilità di avere un

	2. Funzione Identitaria e Affermativa	a) Affermazione di genere b) Assunzione identitaria	fisico più asciutto e quindi in qualche modo più maschile." (Part. 3) b) "I disturbi alimentari non ti lasciano mai, li gestisci (…) Forse è anche legato alla radice da dove provengono, È proprio una parte di te (…) perché a volte quando non ti trovi devi diventare qualcuno." (Part. 4)
	3. Funzione di Occultamento e Compensazione	a) Bisogno di nascondersi b) Compensazione della non conformità identitaria c) Bisogno di validazione esterna	"Il non voler essere vista. Può rientrare all'interno di qualcosa che è normale, quindi un corpo anoressico, quello era la normalità. Se non rientra in questi canoni allora non devi essere vista. tutto quello che esiste rivolto a un qualcosa che non rientra nei canoni, cioè, avere una pulsione, un'attrazione sessuale nei confronti di una donna devi reprimerlo, perché non rientra nella norma e quindi non può esistere." (Part. 1) "Cercare di rispondere a determinate aspettative corporee era anche un tentativo di distogliere l'attenzione dal resto, di sentirmi meno oppressa per quanto riguardava il mio orientamento sessuale. Cioè, io cercavo di, probabilmente inizialmente, di tamponare la situazione agendo su quello su cui potevo agire perché sul mio orientamento sessuale io non ho mai ritenuto di poter agire, neanche di doverlo fare. Sul corpo c'ho provato." (Part. 14) "Finalmente posso esplorare la mia sessualità con tutti, tutte le sue sfumature, per poterlo fare, però, bisogna che io sia bella, abbia un corpo che viene desiderato" (Part. 8)
Tema IV: Risorse e Proposte per un Nuovo Approccio alla Cura	1. Il Ruolo delle Figure Professionali per la Salute Mentale: Criticità e Punti di Forza.	a) Formazione su temi LGBTQIA+ b) Correlazione identità sessuale e DA	"Non mi sono sentito molto accolto e allo stesso tempo mi sono reso conto che anche le sedute poi successive, praticamente mettevo costantemente da parte tutto quello che potesse intercettare questo tema perché mi sentivo anche a disagio, cioè mi rattristava anche la possibile reazione e

		c) Invalidazione d) Reticenza o disagio a parlare di identità sessuali e) Prospettiva intersezionale f) Approccio affermativo g) Disparità sanitarie, accessibilità, barriere sistemiche h) narrazioni stereotipiche sui DA i) figure professionali LGBTQIA+	quindi proprio lo evitavo. Però questo chiaramente è un problema (…) Anche parlare di altre cose diventa difficile eludendo questo discorso qua, no? (Part. 9) "Ho dovuto un po' lottare da una parte con lo stereotipo femminile nell'anoressia nervosa, quindi un ragazzo con anoressia nervosa già era abbastanza eclatante tra virgolette, strano per i professionisti e quando ho portato in terapia anche tutto, diciamo la parte dell'orientamento sessuale che ha avuto assolutamente un ruolo in tutto questo, per me è stato difficile" (Part. 6) "E' una persona LGBT, la persona che mi segue, questa cosa per me è (…) un grande valore aggiunto, cioè perché alcune cose non devo neanche spiegare, cioè non ho… proprio facilita tanto la conversazione su molti temi" (Part. 8)
	2. Disturbi Alimentari: Fattori di Rischio e Fattori Protettivi	a) Supporto sociale b) Comunità LGBTQIA+ c) Affermazione d) Focus sulla funzionalità del corpo e) Grassofobia f) Intersezione con altre condizioni g) esperienze traumatiche	"Adesso sono 5 o sei anni che sono out con tutti, anche sulla mia identità di genere, frequento degli spazi per persone trans e non binari, e questa cosa mi ha sicuramente aiutato molto, nel senso che adesso come che sia il mio corpo so che è il corpo di una persona non binaria e non ho bisogno di essere in un certo modo per affermarmi come tale" (Part. 5) Adesso il mio ideale estetico è più legato (…) a essere in salute che avere un corpo che magari… a un certo tipo di aspetto. Non perché voglio essere magro e bello, tra virgolette, ma perché voglio essere in grado di fare delle cose a livello fisico, correre, sollevare le cose senza sentirmi male, (…) cioè, funziono bene." (Part. 18) "Tutta questa preoccupazione con l'immagine, sia in termini di genere sia in termini di peso, risposta da parte degli altri al fatto di essere in sovrappeso ecc, mi ha generato un

			senso di vergogna che tutt'ora per me è diventato costitutivo" (Part. 4) "Il terzo aspetto della mia persona, che ritengo proprio identitario, è quello dell'autismo e dell'ADHD, per cui ero comunque una bambina, una ragazzina che aveva molte difficoltà con i coetanei. E non saprei…cioè, questa sensazione di essere strana, diversa e tutto quanto, cioè, mescola un po' tutti questi aspetti di me che mi facevano sentire comunque appunto un po' un'aliena in mezzo agli altri."(Part. 5)
	3. Proposte per il Futuro: Formazione e Intersezionalità.	a) Formazione su temi LGBTQIA+ b) Prospettiva intersezionale c) Approccio affermativo e individualizzato d) Focus su Minority Stress e trauma e) Intersezione tra disforia, dismorfia e DA f) Intersezione tra adultità, genitorialità queer e DA g) Neuroqueerness	"Per me, banalmente vedere non so anche solamente una targhettina LGBT friendly, piuttosto che una piccola bandierina arcobaleno in uno studio oppure online…quello davvero spiana la strada a qualsiasi tipo di reticenza che uno possa avere, per quanto banale possa sembrare." (Part. 6) "Certi obiettivi erano legati alla dismorfia e altri alla disforia, per cui (…) non avevo la comprensione di che cosa fosse legato al genere e che cosa all'ideale fisico di peso, di magrezza. Quindi le due cose si sono un po' mischiate (…) tante cose non erano legate alla magrezza, ma alla forma del mio corpo, a proprio, a livello di ossa, di forma e di cose… quindi non erano cose che potevano modificarsi con l'alimentazione, ecco." (Part. 18) "Arrivare in psichiatria essendo neurodivergente e essendo queer, secondo me, soprattutto quando c'è un problema legato al corpo, effettivamente…il corpo diventa l'unica cosa sulla quale puoi agire spesso, no? Sul quale hai una agency e quindi, paradossalmente, se il personale non è adeguatamente formato rischia di fare peggio" (Part. 22)

Tab.3 Schema di codifica utilizzato, con citazioni illustrative.

A partire dalla consapevolezza dell'impossibilità di giungere ad una "saturazione tematica" (Guest et al., 2006) all'interno di un approccio metodologico di tipo riflessivo, in cui non vi è una singola verità da scoprire, ma ciascuna storia di vita porta con sé la possibilità intrinseca di co-costruire nuove cornici di senso e pertanto la generazione di nuovi temi (Malterud et al., 2016; Mason, 2010), le persone partecipanti sono state reclutate fino al raggiungimento di quello che è stato considerato un sufficiente "potere informativo" (Malterud et al., 2016) dei dati raccolti, in relazione allo scopo della ricerca.

3.5.5 Risultati e Discussione

Come standard per la ricerca qualitativa, i risultati e la discussione sono presentati in una sezione integrata (Flick, 2014), utilizzando citazioni illustrative accompagnate dall'identità autoriportata della persona intervistata.

Spesso le narrazioni delle persone partecipanti possono coprire più di un tema, poiché i temi e i sottotemi non sono mutualmente esclusivi, ma più spesso in intersezione tra loro, e la categorizzazione in aree tematiche risponde a mere finalità didattiche ed esplicative.

Sulla base del loro "potere informativo" (Malterud et al., 2016), per la fase qualitativa sono state condotte un totale di 22 interviste con persone LGBTQIA+, tutte incluse nel campione finale, considerate sufficienti a generare informazioni rilevanti al fine di rispondere ai quesiti di ricerca.

Attraverso l'Analisi Tematica Riflessiva, sono stati generati quattro temi principali, ciascuno dei quali suddiviso in 3 sottotemi specifici, rappresentative delle esperienze delle persone intervistate con il cibo e con il corpo:

1. *Percorsi di sviluppo identitario in una società ciseteronormativa*.

   Il primo tema descrive i processi interni ed esterni che hanno accompagnato i percorsi di consapevolezza identitaria e i relativi processi di significazione in relazione al contesto, sia a livello familiare che sociale.

   - *Percorsi di esplorazione e consapevolezza identitaria*. Questo sottotema approfondisce l'ampia gamma di vissuti, cognizioni ed emozioni che può accompagnare il percorso di esplorazione della propria identità sessuale e di genere, spesso a partire dal confronto con le norme e le aspettative sociali.
   - *Influenza dei messaggi sociali e interpersonali: tra vissuti di liberazione e Minority Stress*. Questo sottotema si concentra sulle reazioni esperite, e spesso interiorizzate, in relazione alle proprie specificità identitarie da parte della famiglia, dei coetanei e dalla società più ampia.
   - *Strategie di coping: come sopravvivere in un contesto invalidante.* Questo sottotema descrive le strategie di coping messe in atto dalle persone intervistate per far fronte all'intersezione tra vissuti soggettivi e aspettative socio-relazionali.

2. *Il Corpo tra Consapevolezza Identitaria e Inadeguatezza*. Il secondo tema si concentra su come i cambiamenti corporei e le relative aspettative esterne, impattino sulla percezione di sé e del proprio corpo.

   - *Pubertà e cambiamenti corporei*. Questo sottotema approfondisce in particolare come le profonde trasformazioni puberali possano attivare nuovi, e talvolta conflittuali, processi di significazione legati al sé e al corpo.
   - *I Diversi Ideali Corporei e i Significati Correlati: tra Perfezionismo, Affermazione e Compensazione***.** Tale sottotema mette in luce la molteplicità

di ideali corporei che possono essere interiorizzati a partire dalla specificità dei vissuti e delle aspettative socio-culturali, e i significati che essi possono assumere sulla base delle identità e della storia individuale.

- *Il Rapporto con il Corpo: tra Espressione, Dissociazione e Autolesionismo***.** Quest'ultimo sottotema descrive, infine, le diverse modalità con cui il corpo può divenire terreno di lotta e affermazione, condensando norme, pressioni e aspettative esterne e interne.

3. *Il Disturbo Alimentare come Strategia di Sopravvivenza*. Il terzo tema mette in luce il Disturbo Alimentare non come mera patologia, ma come una complessa strategia di coping, evidenziando come con diverse funzioni volte ad affrontare il disagio psico-emotivo, corporeo e identitario.
   - *Funzione di Controllo, Agency e Ribellione*. Questo sottotema illustra come il controllo sul cibo e sul corpo possa essere un mezzo per compensare l'assenza di controllo su aspetti identitari invalidati o come forma di ribellione nei confronti delle norme ciseteronormative.
   - *Funzione Identitaria e Affermativa*. Il secondo sottotema descrive come i disturbi alimentari non siano solo un tentativo di raggiungere un ideale estetico, ma possano divenire un modo per "diventare qualcunə" o per "diventare sé stessi".
   - *Funzione di Occultamento e Compensazione***.** Quest'ultimo sottotema si focalizza sul DA come strumento di protezione da giudizi e vittimizzazioni attraverso il tentativo di nascondersi, o come forma di compensazione della non-conformità di genere per mezzo del perseguimento speculare di una conformità estetica.

4. *Risorse e Proposte per un Nuovo Approccio alla Cura*. Il quarto e ultimo tema si concentra sulle esperienze cliniche e relazionali delle persone partecipanti con il disturbo alimentare, individuando le risorse che hanno permesso loro di affrontare le difficoltà, le criticità che hanno ostacolato il percorso di recovery e le proposte per un approccio terapeutico affermativo e informato.
    - *Il Ruolo delle Figure Professionali per la Salute Mentale: Criticità e Punti di Forza.* Questo sottotema si focalizza sugli ostacoli e sulle risorse incontrati dalle persone intervistate in ambito terapeutico e sanitario, che hanno influenzato il percorso di recovery dal DA.
    - *Disturbi Alimentari: Fattori di Rischio e Fattori Protettivi.* Questo sottotema illustra gli elementi che hanno rappresentato fattori scatenanti, di mantenimento e protettivi nelle esperienze delle persone intervistate con il disturbo alimentare.
    - *Proposte per il Futuro: Formazione e Intersezionalità.* Questo sottotema raccoglie i suggerimenti delle persone partecipanti per migliorare i percorsi terapeutici e i contesti di cura.

Ogni tema e sottotema è descritto in dettaglio di seguito, attraverso le voci delle persone intervistate.

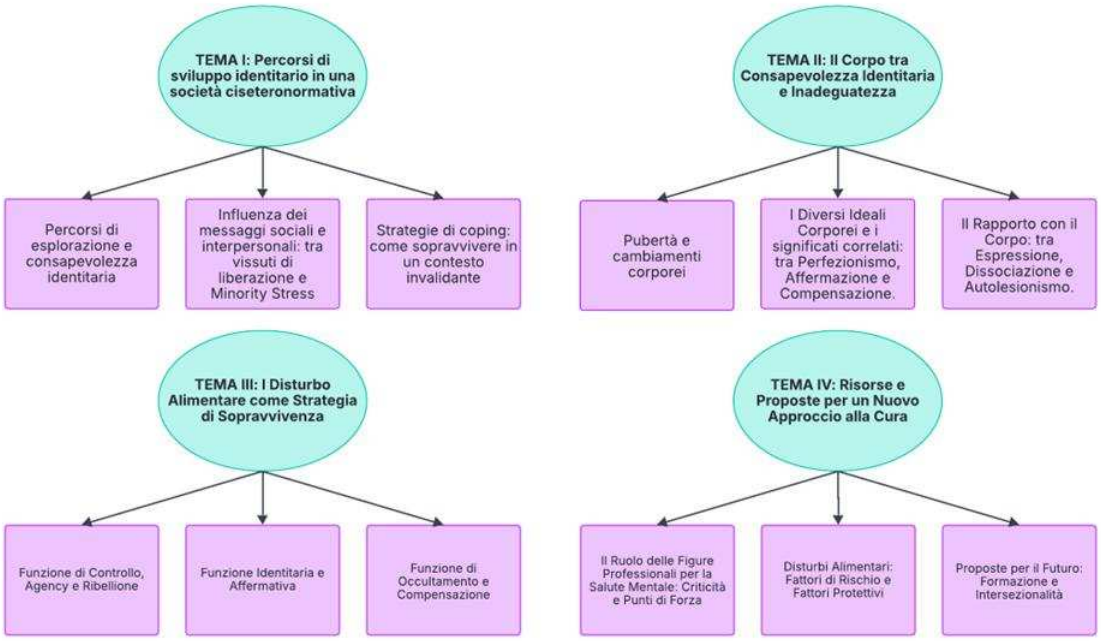

Fig. 8 Mappa tematica finale, che mostra i quattro temi principali e i corrispondenti sottotemi (Fasi 4-5 - Revisione e definizione dei temi)

I. Percorsi di sviluppo identitario in una società ciseteronormativa

Questo prima tema raccoglie i percorsi di consapevolezza e i vissuti delle persone partecipanti relativi al proprio orientamento sessuale e alla propria identità di genere, così come essi si sono sviluppati all'interno di un sistema socioculturale ancora fortemente ciseteronormativo. La persistenza, infatti, di norme relative al genere e alla sessualità, che regolano le nostre esistenze a livello sistemico e strutturale, rende l'impatto con tale regime epistemico, qual è la ciseteronormatività (Rich, 1980), esperienza comune ed inevitabile. Esso è pertanto esperito da ogni persona indipendentemente da come si declina la propria identità sessuale, sebbene il più delle volte in forma inconsapevole, rappresentando il mare in cui ciascuna è immersa fin dalla nascita e in cui continua a

navigare pur senza spesso riuscire a percepirne l'esistenza: come i pesci protagonisti della storia di David Foster Wallace che solo quando posti di fronte ad una domanda strutturata hanno la possibilità di chiedersi "Ma cosa diavolo è l'acqua?" (D.F. Wallace, 1987). Tuttavia, le strutture discorsive e normative possono essere molto più evidenti, fino a diventare insostenibili, per tuttɜ coloro che non si rispecchiano negli unici modelli comportamentali, relazionali e corporei prescritti, come nel caso delle persone LGBTQIA+, per le quali il peso dell'acqua può diventare tale da impedire la propria libertà di movimento, di espressione e la propria stessa esistenza.

Le narrazioni raccolte, descrivono infatti come le persone LGBTQIA+ debbano invariabilmente intraprendere il proprio naturale percorso di esplorazione e consapevolezza identitaria all'interno di un contesto sociale non pensato per loro, quando non apertamene ostile o violento, evidenziando come le barriere impermeabili che ostacolano il flusso esistenziale di alcune soggettività rendano, pertanto, alcune vite legittime ed intelligibili, mentre altre impreviste (Lonzi, 1974) o abiette (Butler, 1993). Questo tema mostra, dunque, come l'esplorazione e la consapevolezza identitaria rappresenti per alcune soggettività un percorso non lineare, spesso tortuoso e mai neutro, in cui il naturale cammino di crescita e sviluppo diventa un campo di tensione tra diritto di autodeterminazione e necessità di sopravvivenza.

a) Percorsi di esplorazione e consapevolezza identitaria

Questo prima sottotema esplora i processi interni ed esterni attraverso cui le persone partecipanti sono giunte alla comprensione della propria identità e alla scoperta di nuovi modelli esistenziali, nonché linguistici, in cui potersi autenticamente rispecchiare.

Per la maggior parte delle persone intervistate, infatti, una prima forma di consapevolezza della propria identità di genere e del proprio orientamento sessuale è emersa molto presto nel corso dell'infanzia, percepita soprattutto sotto forma di vissuti e pensieri che, sebbene non ancora formulati in termini di domande strutturate, erano elicitati dal confronto o dallo scontro con le norme sociali e dalla sensazione di diversità rispetto ai pari o di essere "un pesce fuor d'acqua" (Partecipante 14 – Donna Cisgender, Lesbica), come riportato da una partecipante.

In particolare, le prime percezioni e i primi vissuti legati all'identità di genere emergono molto precocemente, già nella primissima infanzia, evidenziando come il senso profondo del proprio genere non sia un mero apprendimento socio-cognitivo, ma come questo sia intimamente legato al proprio nucleo identitario emergente.

> Già dalla scuola elementare credo, avevamo questa cosa dei grembiulini diversi e io sapevo che quello che mettevo io era sbagliato per me (…). Ricordo già dall'asilo le battaglie con mia mamma per indossare solo vestiti maschili, giocavo solo coi maschi a scuola, nei giochi di finzione interpretavo sempre personaggi di sesso maschile. È veramente una cosa che ho, che ho da sempre, ho sempre saputo ci fosse qualcosa che non andava, insomma che non aveva funzionato.
> (Partecipante 10 - Uomo Trans, Gay)

> Per quanto riguarda l'identità di genere, è un qualcosa che ho sempre sentito, quindi anche quando ero molto piccola, però chiaramente non avevo le parole per esprimerlo e anche oggi fatico ad avere un po' le parole per esprimere e dire come ci si sente ad essere una persona non binaria.
> (Partecipante 20 - Non Binary, Pansessuale)

> Io ho avuto dei segnali qua e là già da quando avevo 5, 6 anni. Non erano pensieri veri e propri ma erano, per farti un esempio, una specie di aspettative. Ad esempio (…) quando mi guardavo allo specchio da piccolino ed ero ancora piatto pensavo che avrei sviluppato dei pettorali maschili.

> Questo era un pensiero, nel senso, un'immagine che avevo, ma non era ovviamente poi un pensiero sviluppato, perché ero molto piccolo.
> (Partecipante 3 - Uomo Trans, Bisessuale)

Analogamente, le persone intervistate ricordano di aver cominciato ad esperire delle sensazioni prima, e a porsi delle domande poi, sul proprio orientamento sessuale in età molto precoce. Tali vissuti e riflessioni iniziali hanno rappresentato i primi tasselli di un puzzle attraverso cui giungere a costruire un'immagine più nitida della propria identità sessuale, grazie anche ad una graduale consapevolezza della direzione della propria attrazione emotivo-affettiva e/o sessuale.

> Io credo un po' sempre in realtà, cioè non in una forma, come posso dirti, strutturata. Cioè, queste domande, cioè magari non prendevano tanto la forma di domande, però il pensiero di, cioè, che ci fosse qualcosa di più nella mia sessualità, io ce l'ho sempre avuto (…) quando ero più piccolina, proprio bambina, banalmente mi sentivo diversa dalle altre bimbe. Poi crescendo, cioè io me lo ricordo sempre un po' questo pensiero di dietro, da qualche parte.
> (Partecipante 8- Donna Cisgender, Bisessuale Pansessuale)

> Sì, sicuramente qualche avvisaglia, che poi ho definito tale più avanti, l'ho avuta già alle elementari quando non me ne rendevo conto, comunque non mi facevo domande riguardo, diciamo, una mia… più, non so, una visione dei miei compagni diversa rispetto alle mie compagne, quindi una maggior facilità ad entrare in connessione con le mie compagne e un modo di vedere i miei compagni in maniera un po' diversa. (…) Poi alle medie ho avuto modo di prendere un po' più coscienza di questa cosa, quindi, tra compagni che avevano le fidanzatine, che parlavano delle ragazze, io mi sono sempre sentito un po' un po' diverso in questo, in questo contesto.
> (Partecipante 6 – Uomo Cisgender, Gay)

Sebbene tali vissuti identitari siano molto precoci, la maggior parte delle persone partecipanti riconduce, tuttavia, la piena consapevolezza del proprio orientamento e della

propria identità di genere all'adolescenza o alla prima età adulta, con la possibilità di decostruire la normatività appresa e trovare "parole per dirsi".

> È successo intorno ai 23 anni, 22/23 anni, che ho detto "no, ma aspetta, ma io forse sono una ragazza trans". Però c'era tanto, tanta confusione già da prima. (…) E quindi ci ho messo un po' a sviluppare… tanti un po', quasi 10 anni, a sviluppare questa consapevolezza e a formulare il pensiero concreto nella mia testa. Però c'erano già le avvisaglie, chiamiamole così.
> (Partecipante 12- Donna Trans, Bisessuale Questioning)

> Domande vere e proprie sull'identità di genere ho iniziato a pormele verso i 22 anni, quindi dopo tutta una serie di indizi sparsi qua e là che però non avevo mai elaborato. A 22 ho scoperto l'esistenza degli uomini trans e ho iniziato un po' tutto a cliccare.
> (Partecipante 3 – Uomo Trans, Bisessuale)

> Ho preso coscienza della mia identità Asessuale in realtà solo da …tre anni, più o meno, anche se poi diciamo, c'erano delle avvisaglie che me l'hanno fatto sospettare anche da tanto tempo prima (…) è nato dal fatto che negli anni, con l'attivismo e tante robe, ho scardinato talmente tante robe che mi ero reso conto che magari quell'argomento l'avevo lasciato un po' nell'angolo.
> (Partecipante 2 – Questioning, Asessuale Omoromantico)

> Penso di essermi iniziata ad interrogare verso la fine delle elementari e l'inizio delle scuole medie, quindi 11-12 anni, però non ho mai iniziato a prenderne consapevolezza, fino ai miei vent'anni, quando ho iniziato anche a sperimentare e anche a parlarne con altre persone, a confrontarmi con le esperienze di altre persone e quindi lì… anche ad informarmi, banalmente, su che cosa sono gli orientamenti, eccetera.
> (Partecipante 13 – Donna Cisgender, Bisessuale)

La comprensione della propria identità di genere e quella del proprio orientamento sessuale, inoltre, non rappresentano quasi mai dei percorsi coincidenti o paralleli, ma più spesso stratificati, in cui il genere tende ad essere vissuto come una realtà invariabile,

coerente con le concezioni essenzialiste dominanti su sesso e genere, che diviene più resistente ai processi soggettivi di messa in discussione e di relativa decostruzione delle norme sociali, necessari a giungere al proprio nucleo identitario.

> Per quello che riguarda l'identità di genere, invece, è successo un po' più tardi [rispetto all'orientamento sessuale] proprio, anche qua, per una mancanza di modelli o di parole, per mettere in discussione la cosa.
> (Partecipante 5 – Non Binary, Demisessuale Biromantico)

> Ho raggiunto prima una consapevolezza sull'orientamento sessuale e poi, dopo una consapevolezza sull'identità di genere, anche qua per mancanza di rappresentazioni, di conoscenza. Quindi essendo un tema più sdoganato l'orientamento sessuale, è una cosa che ho che ho compreso prima anche perché vedevo più rappresentazione.
> (Partecipante 18 – Transmasc, Demisessuale Panromantico)

> Con questo, diciamo, ci ho fatto più pace perché l'orientamento sessuale è più semplice dell'identità di genere da gestire.
> (Partecipante 20 – Non Binary, Pansessuale)

In alcuni casi, tuttavia, il percorso di consapevolezza identitaria può seguire un ordine inverso. Infatti, l'interiorizzazione del costrutto di genere come componente primaria e sovraordinata fa sì che venga adottato spesso come criterio di riferimento con cui confrontare la direzione della propria attrazione sessuo-affettiva, pertanto come fase preliminare e necessaria del processo di autodeterminazione.

> Io credo anche di aver capito, concettualizzato, relativamente tardi il fatto di essere una ragazza, anche per il fatto di essermi sempre innamorata di ragazze (…) non mi suonava niente strano, cioè, sono un ragazzo, mi piacciono le ragazze, stop, cioè vita facile: bianca, etero, cis e tutto, no? Ho fatto en plein. L'esplorazione dell'orientamento sessuale per me è stata molto complicata perché è avvenuta tutta dopo la transizione.

(Partecipante 12- Donna Trans, Bisessuale Questioning)

> Poi mi è successa una cosa molto strana perché a 15 anni mi sono reso conto di provare questa attrazione verso le donne, che era una vera e propria attrazione sessuale e sentimentale, e poi l'ho rimossa completamente, l'ho completamente messa da parte. (…). Alla bisessualità sono arrivato in realtà molto più tardi (...) è stato un percorso un po' strano questo qua perché è come se per affermarmi come lesbica avevo avuto bisogno di rinnegare l'attrazione verso gli uomini, però poi una volta che ho elaborato l'orientamento sessuale diciamo come lesbica e poi ho fatto la transizione sono riuscito ad accettare la bisessualità.
> (Partecipante 3 – Uomo Trans, Bisessuale)

La ricerca di nuove parole per dirsi e la loro assimilazione come parte costitutiva del Sé è pertanto spesso ostacolata, oltre che da timori e resistenze socialmente indotte, anche dagli schemi ciseteronormativi e binari interiorizzati a partire dai quali tendiamo a leggere il mondo e la nostra stessa realtà interiore. Molte persone intervistate hanno, infatti, evidenziato come abbiano avuto bisogno di un tempo ulteriore per passare dall'esplorazione, ad un primo riconoscimento, fino alla piena accettazione della propria identità, e come in tale processo di autodeterminazione sia stato dirimente il confronto sociale e l'incontro con rappresentazioni mediatiche non stereotipiche e non ciseteronormative.

> Allora, le primissime domande direi a 21 anni, perché sono sempre cresciuta con l'idea di dover, utilizzo il termine "dovere" proprio, del dover rientrare all'interno dell'eterosessualità.
> (Partecipante 1 – Donna Cisgender, Lesbica Demisessuale)

> Prima di riuscire a fare coming out con me stessa e a sentirmi libera appunto di farmi certe domande, di esplorare certe cose anche solo col pensiero, ho dovuto prima liberarmi di tutta una serie di sovrastrutture e di condizionamenti.

(Partecipante 5 – Non Binary, Demisessuale Biromantico)

> Cioè, non se ne parlava, non c'era modo di esplorare, cioè se uno non avesse una forte identificazione, come per esempio lesbica o gay, cioè, non c'era proprio modo di avere altre identità. Cioè, la bisessualità, per esempio, io non ne ho mai sentito, cioè nel senso non se ne parlava proprio. E tutt'ora c'è chi dice "no, non esiste", quindi… nel senso, era proprio un altro mondo, nel senso non c'era proprio modo.
> (Partecipante 11 – Donna Cisgender, Bisessuale)

> Nel 2020 più o meno, io mi innamoro perennemente di un fumetto (…) Quindi risalgo all'autrice, e inizio a leggere (…) che dice "sono asessuale bla bla" e mi si iniziano a smuovere delle cose nel cervello e inizio a cercare altre informazioni. Le leggo, mi spavento e chiudo tutto e dico "non voglio sapere niente, non è vero", punto. (…) Succede che poi nel 2021 tipo, 2022, mi esce totalmente a caso su Instagram un video di una persona che dice "Ciao sono un'attivista asessuale" (…) mi vedo tutti i contenuti del suo profilo (…) e dico "Ok, perché sta parlando di me?!".
> (Partecipante 2- Questioning, Asessuale Omoromantico)

L'impatto del contesto socio-culturale è evidente, inoltre, nella frequenza con cui le persone intervistate riportano un netto cambiamento nelle emozioni, nei vissuti e nelle cognizioni che hanno accompagnato il proprio percorso di esplorazione e di consapevolezza identitaria che riflette il graduale, ma spesso consapevole, scontro con le norme e gli sguardi disciplinanti, così come la loro successiva interiorizzazione.

Se, infatti, nell'infanzia dominano emozioni positive di gioia, spontaneità, naturalezza, oltre che di entusiasmo e pura curiosità nei confronti della scoperta di sé e della propria sessualità, con il proseguire del processo di socializzazione e soprattutto con l'inizio della scolarizzazione, tali vissuti cominciano ad essere sempre più condizionati e contaminati dalle norme e dai giudizi esterni tramutandosi, o combinandosi con, paura, disagio, tristezza, vergogna e senso di colpa.

La cosa che ricordo e che, diciamo, mi colpisce tanto rispetto a quello che provavo, ho provato, poi alle medie, al liceo, è che alle elementari qualsiasi tipo di pensiero, chiaramente non era un'attrazione fisica, ma proprio solamente mentale, era completamente… non, diciamo, influenzata da un giudizio mio interno, era proprio pura, semplice. Quindi, per quanto non abbia tantissimi ricordi al riguardo, questa cosa, invece la sento molto, non avevo assolutamente nulla che al mio interno giudicasse quello che io provavo (...) Di scoperta, di esplorazione priva di qualsiasi preconcetto, preimpostazione, percorso prestabilito. Diciamo che era una bellissima sensazione, adesso ripensandoci, davvero.
(Partecipante 6 – Uomo Cisgender, Gay)

Lì per lì le avrei descritte solo come piacevoli. Sicuramente mi sentivo bene in quello che stavo sentendo. Poi quando è iniziato tutto questo… a un certo punto inizia a tramutarsi in qualcosa di cui avere paura, da cui essere proprio spaventata.
(Partecipante 1- Donna Cisgender, Lesbica Demisessuale)

Crescendo sicuramente il mio senso di poter parlare è cambiato, è diminuito, sì. Si è ristretto, sicuramente. Quando ero più piccola parlavo in maniera molto più libera.
(Partecipante 8- Donna Cisgender, Bisessuale Pansessuale).

Devo dire che da bambino proprio, vabbè, metto dentro anche l'asilo, ma le elementari eccetera, è sempre stata una cosa molto…cioè, io l'affrontavo in maniera, come si può dire, cioè a cuor leggero anche, avevo una certa autostima di me (…) e poi diciamo con le superiori ho iniziato a prendere proprio consapevolezza di questa cosa della percezione degli altri, no? E ha iniziato poi lì ad avere un risvolto diverso su quello che pensavo di me, no? E da lì ha iniziato quello che è stato un po' forse un periodo di negazione, lo chiamerei così, in cui proprio attivamente cercavo di dare un'idea diversa (…) direi che la sensazione era, cioè, quasi di panico.
(Partecipante 16 – Non Binary, Gay Questioning)

L'esito di tale condizionamento sociale, che spegne e colpevolizza la sana spinta esplorativa e il relativo entusiasmo, è l'arrivo al momento della piena consapevolezza

della propria identità con emozioni ambivalenti e spesso contraddittorie in cui il senso di gioia e liberazione per la scoperta del sé, si combina alla paura e all'ansia per i significati comunemente associati alle soggettività percepite come non conformi e per la marginalizzazione a cui spesso vanno incontro.

> Quando invece ho, appunto, avuto quel pensiero più strutturato, da un lato tantissima paura ovviamente, ma anche una grande gioia e una grande serenità (…) una grande esaltazione anche, cioè quindi emozioni molto contrastanti.
> (Partecipante 12- Donna Trans, Bisessuale Questioning)

> Un misto di curiosità, eccitazione e paura, perché comunque…Ad esempio, sapevo che mia madre non vedeva di buon occhio questo, cioè non avrebbe visto di buon occhio questa cosa (…) Cioè, sono proprio partita da "ah, allora non è così per tutti" a farmi tutta una serie di domande, a provare tutta una serie di cose che sono appunto curiosità da una parte, sollievo anche per aver iniziato a trovare dei nomi per parlare della mia esperienza, però, allo stesso tempo anche, appunto, vergogna, senso di colpa, paura eccetera.
> (Partecipante 5 – Non Binary, Demisessuale Biromantico)

> Disagio con me stessa mai. Ho provato un disagio a livello familiare e lì le emozioni… per cui le emozioni erano contrastanti: cioè, una tranquillità interiore, dal mio punto di vista, e un totale disagio nei confronti della realtà in cui mi trovavo, perché io vengo da una famiglia sostanzialmente, potremmo dirla, molto omofoba e quindi questa duplicità di situazioni l'ho avvertita da subito perché ne ero comunque consapevole, ecco.
> (Partecipante 14 – Donna Cisgender, Lesbica)

È evidente, dunque, come i percorsi di sviluppo identitario siano per le persone LGBTQIA+ invariabilmente più complessi e tortuosi proprio in virtù della loro natura imprevista, e come i processi di decostruzione degli immaginari e delle norme di genere appresi ed interiorizzati sin dalla più tenera età, costituiscano fasi para-normative che attraversano le diverse fasi del ciclo di vita delle soggettività queer.

b) Influenza dei messaggi sociali e interpersonali: tra vissuti di liberazione e Minority Stress

Questo secondo sottotema esplora nello specifico come il complesso sistema socio-culturale e relazionale in cui si esplicano le nostre esistenze agisca, a vari livelli, come vettore di significati condizionando e plasmando cognizioni, vissuti e comportamenti.

Le narrazioni raccolte rivelano, infatti, come i feedback e le reazioni da parte dell'ambiente circostante, a livello familiare, amicale, sociale e istituzionale, siano fin dall'infanzia alternativamente o contemporaneamente fonte di invalidazione, di discriminazione e/o di violenza motivate dalla rottura di norme e aspettative attese a livello socio-culturale, dalla percezione di non similarità a livello interpersonale o di una vera e propria minaccia all'ordine sociale.

In particolare, famiglia e scuola rappresentano spesso i primi luoghi in cui le identità queer sono, implicitamente o esplicitamente disapprovate, invalidate e silenziate, generando e rinforzando vissuti di vergogna e invisibilità.

Nella maggior parte delle storie raccolte, le forme di invalidazione da parte delle figure genitoriali sono avvenute perlopiù con modalità implicite attraverso pressioni educative verso ruoli ed espressioni di genere stereotipicamente femminili o maschili, commenti discriminatori e ostili rivolti ad altre persone queer, totale evitamento e negazione del tema dell'identità sessuale all'interno del contesto familiare, o altri comportamenti variamente rivelatori di un'intima resistenza, ostilità o disapprovazione, generando forme complesse di stress minoritario (Meyer, 2003) e interiorizzazione del rifiuto (Herek et al., 2009).

L’esposizione, infatti, a commenti denigratori o posizioni reazionarie nei confronti dei temi LGBTQIA+, anche se non esplicitamente dirette alla propria persona, contribuiscono fin dall’infanzia alla percezione del proprio ambiente familiare come un luogo non sicuro in cui la libera espressione del proprio vero Sé non verrebbe accolta e validata, elicitando il bisogno di difese di repressione o anche di negazione identitaria.

> Ricordo, ad esempio, di una ragazza del nostro paese che era andata via. (…) E girava voce che fosse lesbica o insomma queer e sembrava l'argomento più scioccante del mondo. E mi ricordo che io personalmente mi ero sentita molto “cavolo, e se dovesse capitare a me? Probabilmente anche loro parlerebbero così di me, oppure altre famiglie, amiche della mia famiglia parlerebbero di me” (…) Non ho mai, diciamo, fino a un certo punto della mia vita, diciamo, fatto coming out, quindi non c'era neanche l'impressione che io fossi così, però ricordo che si utilizzavano anche nomi o espressioni dispregiative o comunque anche in modo scherzoso, però era abbastanza la norma e ricordo che comunque mi sentivo abbastanza presa in causa, anche se non ero direttamente presa in causa.
> (Partecipante 13 – Donna Cisgender, Bisessuale)

> Mio padre è una persona che (…) fa ironia su delle cose su cui, secondo me, non dovrebbe farla (…) e quindi d'altra parte ricevevo, appunto, tutta questa valangata di cose non molto politically correct. (…) Quindi credo di aver comunque avuto dei problemi e di avere tutt'ora, appunto, dei problemi a parlare di queste cose con i miei perché sento… c'è praticamente una certezza rispetto a certe cose di cui gli ho parlato che non… cioè, mio padre ne soffrirebbe seriamente perché su tutti gli altri va bene, però su mia figlia e su mio figlio… no, non va bene, insomma.
> (Partecipante 7- Questioning, Bisessuale)

> Specialmente quando ero più piccola, la mia famiglia era particolarmente unita e i momenti di unione erano legati all'andare a messa, le celebrazioni religiose, quindi Natale, Pasqua, queste cose qui, la domenica sempre assieme. E quindi anche quando uscivano questi argomenti, percepivo che chiaramente nella mia famiglia c'erano degli argomenti tabù e opinioni molto forti e mia madre andava un po’…si accodava a queste opinioni nonostante non fossero prettamente le sue, diciamo. E quindi forse anche per quello, ripensandoci direi no, non è… non mi, non mi sentivo forse così libera di esprimermi.

(Partecipante 13 – Donna Cisgender, Bisessuale)

Analogamente, reazioni genitoriali di evitamento, ridimensionamento e negazione del tema identitario, riduce lo spazio mentale a disposizione del caregiver in cui il Sé possa essere pensato e rispecchiato nella sua autenticità, elicitando lo stesso bisogno di evitamento e negazione nelɜ figlɜ come strategia necessaria a preservare la relazione e l'amore genitoriale.

> C'è sempre stata una sorta di patina di non detto, di "non pensarlo", "non dirlo", in famiglia. Non è mai stato tirato fuori l'argomento dell'attrazione, dell'orientamento sessuale. Perché…perché è considerato molto tabù, molto tabù.
> (Partecipante 6 – Uomo Cisgender, Gay)

> Evidentemente, comunque, io parlavo delle donne, ma in qualche modo non veniva percepito come un effettivo…non è mai sorta, secondo me, la domanda, la questione. Io mi ricordo che, appunto, facevo commenti sulle ragazze che vedevo in televisione e quelle venivano viste, cioè, molto ridimensionate, della serie "è una bambina" quindi dice cose così, a caso.
> (Partecipante 3 – Uomo Trans, Bisessuale).

> Io non ci vedevo nulla di male, però era poi banalizzato, no? Quindi ho iniziato io stessa a depotenziarmi, non so se si può dire così, e un po' a conformarmi sì, cioè ad agire come facevano tutte le altre persone intorno a me. (…) Mio papà, magari, una banale presa in giro, tipo appunto per minimizzare, per sorvolare.
> (Partecipante 15 – Non Binary, Lesbica)

Tali forme di silenziamento e invalidazione rappresentano spesso, infatti, vere e proprie microaggressioni che impediscono alɜ figlɜ di essere vistɜ, di rispecchiarsi nello

sguardo genitoriale come funzione indispensabile per lo sviluppo di una sana autostima e di un Sé sufficientemente coeso ed integrato.

Gli scambi comunicativi, emotivi e relazionali posti in essere dai caregivers, sono pertanto inevitabilmente intrisi di valori familiari, religiosi e culturali, oltre che essere rivelatori di intimi progetti e desideri genitoriali, i quali vengono trasmessi implicitamente e/o esplicitamente alꝛ figlꝛ influenzando lo sviluppo del loro senso di Sé.

Se il soddisfacimento, o la conformità, a tali valori e desideri rafforza la relazione ed il senso di appartenenza familiare, la loro trasgressione può instillare un senso di colpa o di tradimento profondamente radicato.

Nella maggior parte dei casi, il timore di deludere le aspettative e i progetti genitoriali è strettamente, e quasi inevitabilmente, intrecciato alla consapevolezza della propria identità come imprevista o non conforme all'ordine sociale che necessita, per il prosieguo del proprio percorso di soggettivazione ed autodeterminazione, di una fase preliminare di decostruzione, per la ricostruzione di nuovi scenari esistenziali possibili.

> Purtroppo, nasco e cresco in una famiglia molto, molto… come dire, attaccata a quella che è l'idea della famiglia, tra virgolette, tradizionale quindi la mia educazione si è basata molto sull'idea dell'avere una famiglia, avere una moglie, avere dei figli, studiare, avere una buona carriera. Sicuramente l'idea, un pochettino forse distorta, non voglio criticarlo, però, un po' bigotta, cristiano cattolica che mi hanno inculcato, non mi ha per niente aiutato nel mio percorso di affermazione del mio orientamento, della mia identità.
> (Partecipante 6 – Uomo cisgender, Gay)

> Mia madre mi ha sempre fatto molto pesare che non ero la figlia che si immaginava, cioè lei usava sempre, ormai no, però fino a tempi recenti si lamentava del fatto che lei quando è rimasta incinta e ha saputo che avrebbe avuto una bambina, si immaginava delle cose e quelle cose non le aveva, quindi c'era anche questo tradimento qua, no? Che magari quando ero più piccolo cercavo di… mi sentivo in colpa e la vivevo male.
> (Partecipante 9 – Transmasc Non Binary, Bisessuale)

> C'era un po' quasi un senso di colpa per non essere la persona che lei [*la madre*] avrebbe voluto che fossi.
> (Partecipante 5 – Non Binary, Demisessuale Biromantico)

> Mia madre, mi ricordo, (…) stava lavando il lavandino del bagno, fece un'espressione di una sofferenza immensa proprio in viso, cioè come se l'avessero pugnalata al cuore. E là io capii che non era una cosa che potevo condividere con lei, cioè non era un percorso che avrei potuto condividere con lei e mi chiusi di nuovo (…) ho visto mia madre piangere di nascosto, che comunque è una cosa forte, no? Perché per loro è un lutto. È stato un lutto. E quindi vederlo…
> (Partecipante 19 - Uomo Trans, Prevalentemente Eterosessuale Demisessuale)

In altri casi, tale fase para-normativa del ciclo di vita della famiglia di fronte a percorsi evolutivi inattesi, si intreccia con patti impliciti e lealtà invisibili con le figure genitoriali, che bloccano lɜ figlɜ all'interno di vissuti profondamente conflittuali. In questo complesso intreccio diadico di aspettative, emozioni e bisogni privi di reciprocità, il proprio Sé più autentico viene ad assumere il significato di un tradimento egoistico e inaccettabile dell'amore genitoriale, complessificando ulteriormente le dinamiche psico-emotive vissute all'interno delle relazioni familiari.

> Quando dicevo che mia madre mi si lamentava che non ero la figlia che voleva, rientrava anche in questo tema qua perché mio padre era violento con me e con mia madre e quindi per me la maschilità era qualcosa di estremamente negativo, no? E anche quando ho preso le distanze, questo tradimento si è riproposto, percepito da parte di mia madre, perché io stavo rifiutando quel patto lì, no? Quindi sottraendomi la stavo abbandonando.
> (Partecipante 9 – Transmasc Non Binary, Bisessuale)

> Io sono cresciuto in una famiglia quasi completamente femminile un po', non troppo, però un po' religiosa (…) e mi hanno un po' inculcato questo

timore del corpo maschile e degli uomini (…) Come se in qualche modo andassi a tradire questa lunga storia di distanza dagli uomini, no?
(Partecipante 3- Uomo Trans, Bisessuale)

Mia mamma è una super femminista. E questo ha giocato un ruolo importante nel fatto che io abbia negato il mio modo di essere. Perché mi sembrava di farle un dispetto, io amavo tantissimo mia mamma quando ero piccolo, era il mio sole e quindi sapevo di darle un dispiacere nel non voler essere una femmina.
(Partecipante 10 - Uomo Trans, Gay)

In alcuni casi, invece, la rivelazione o la scoperta di un'identità LGBTQIA+ è stata seguita da reazioni esplicite di ostilità, rifiuto e da comportamenti punitivi fino a giungere a violenze fisiche e psicologiche, il cui nucleo di sofferenza si caratterizza sempre, tuttavia, per il bisogno primario di rispecchiamento e validazione.

I problemi sono peggiorati nel tempo e io sono arrivata a, più o meno a 16 anni, diciamo, quando sono iniziate una serie di battutine proprio esplicite e acide. E poi il culmine è stato raggiunto dopo che mia madre si è letta il mio diario (…) e lì la situazione è diventata disastrosa, perché poi era un problema persino uscire con la mia migliore amica o trovarmi fuori con qualcuno (…) È stato pesante, perché… perché poi da piccole, chiamiamole, insinuazioni, battutine, si è passati a attacchi più o meno aperti e quindi la situazione è andata com'è andata.
(Partecipante 14 – Donna Cisgender, Lesbica)

Il secondo compagno di mia mamma, perché si sono separati quando ero piccolo, era una persona molto intollerante in generale, una persona molto prepotente e quindi lui mi prendeva anche un po' in giro. Ecco, c'era questa componente qua e mi faceva sentire abbastanza a disagio. L'idea, proprio che non ci fosse uno sbocco, ecco, forse quello l'ho ricevuto proprio da lui. L'idea che non che non ci fosse posto per questa cosa, quindi, cioè in un modo o nell'altro, dovevo entrare in un in un canale accettato. Faceva battutine (…) Insomma, è sempre stato abbastanza ostile.
(Partecipante 10 - Uomo Trans, Gay)

> Siamo andati verso un muro, io e la mia famiglia. Dico questo perché purtroppo quando io ho condiviso questa cosa con i miei familiari ho subìto degli atteggiamenti molto violenti dal punto di vista prettamente fisico, più che verbale (…) E dal punto di vista anche psicologico, ma proprio sottile (…). Paradossalmente per me pesava di più la non visibilità della violenza fisica in sé, non che quella non fosse grave, però a quella ero più abituata, il non essere vista è stato ancora peggio per me.
> (Partecipante 1- Donna Cisgender, Lesbica Demisessuale)

Anche laddove il contesto familiare abbia rappresentato un luogo *sicuro*, fonte di supporto e libertà di espressione, permane tuttavia in egual modo la percezione che il proprio vissuto identitario rappresenti un'eccezione all'interno di un più ampio sistema sociale. Tale percezione è, inoltre, spesso rinforzata anche dal senso di timore e di insicurezza vissuto dai caregivers rispetto al modo migliore di "gestire" una situazione imprevista e di garantire protezione da un contesto sociale non altrettanto supportivo, provocando spesso un doppio legame (Bateson et al., 1956) in cui le dinamiche comunicative hanno un effetto disorientante e disorganizzante.

> Era difficile per me interpretare, da una parte mi dicevano che volevano solo il mio bene, mi volevano bene, dall'altra ho percepito un disagio enorme per loro nei miei confronti, un non capire, un non trovare una sol.., non sapersi spiegare questa cosa, quindi non una rabbia, ma tanta tristezza, tanta paura, tanto "cosa facciamo adesso? Cosa può succ…cosa succederà, come mai?" E chiaramente questo si è riflesso tantissimo su di me.
> (Partecipante 6 – Uomo cisgender, Gay)

> Quindi c'erano dei momenti in cui sentivo di potermi esprimere liberamente e sapendo che però, cioè, avendo questa percezione che fossero dei momenti un po' speciali, a modo loro (…) Perché comunque erano loro [i genitori] che mi compravano le Barbie, però poi erano sempre loro che mi dicevano tipo "Ok, sicuro che la vuoi portare fuori?", no? Quindi… non era mai né un'imposizione, né, come dire, un… però, ovviamente, cioè anche da loro io ho imparato che era una cosa fuori dalla norma, ecco.
> (Partecipante 16 – Non Binary, Gay Questioning)

Anche le relazioni con i pari rappresentano, inoltre, un'area particolarmente e quasi universalmente problematica, in cui la percezione interiore ed interiorizzata di diversità ed inadeguatezza già instillata in precedenza, incontra, rinforzandosi, la disparità di interessi, vissuti e modalità di espressione rese evidenti dal confronto diretto e dai tentativi di socializzazione con i coetanei, amplificando la distanza interpersonale ed il senso di alienazione.

In questo senso, è soprattutto il contesto scolastico a rappresentare quasi invariabilmente per le persone intervistate un luogo complesso, caratterizzato spesso da isolamento sociale, derisione, microaggressioni e, in alcuni casi, da veri e propri atti di bullismo.

> Ho fatto fatica coi coetanei perché non riuscivo a stare con le compagne, non riuscivo a stare con i bambini. Con le ragazzine non mi sentivo di far parte delle loro conversazioni, delle cose che a loro sembravano interessare. E però ai maschi a quel punto mi respingevano perché comunque non ero un maschio ed ero una femmina strana per loro.
> (Partecipante 10 - Uomo Trans, Gay)

> Ho avuto dei problemi di bullismo (…) Già dalla materna, quindi quando avevo 4-5 anni, spesso ho ricevuto dei commenti "ah ma sei un maschiaccio, ah ma sei un maschio, ah I. è un maschio" e cose di questo genere che a me lasciavano… facevano sentire estremamente male, devo dire, perché appunto non mi sono mai vista come un maschio. (...) quindi penso che mi vedessero un po' come una stramba, ecco, per quella che era la mia apparenza fisica.
> (Partecipante 7 – Questioning, Bisessuale)

> Venivo preso molto in giro. Soprattutto alle medie anche, ho subito un po' di bullismo. Niente di particolarmente eclatante, però, cose anche abbastanza sgradevoli. E cioè, insomma, mi capirai, tornare a casa piangendo lamentandomi del fatto che ero stato trattato male, avevo abbastanza

interiorizzato che fosse comunque colpa mia, che c'avevo qualcosa che non andava (…) Si, venivo abbastanza ridicolizzato.
(Partecipante 9 – Transmasc Non Binary, Bisessuale)

Si è creata questa condizione per cui per metà avevo attacchi verbali e continui da parte di questa persona, in più appunto non teneva le mani a posto e quindi era ancora più fonte di disagio.
(Partecipante 14 – Donna Cisgender, Lesbica)

Erano più i miei coetanei che mi giudicavano. Male, male, in maniera molto, molto dura.
(Partecipante 4 – Genderfluid, Pansessuale)

La preclusione precoce di esperienze relazionali positive tra pari contribuisce pertanto a generare e rinforzare vissuti di vergogna, senso di inadeguatezza, ritiro sociale, ipervigilanza e sensibilità al rifiuto che, nelle esperienze riportare dalle persone partecipanti, ha in molti casi condizionato gli schemi relazionali e, conseguentemente, i successivi rapporti interpersonali.

Ha portato poi a forgiare in me una personalità molto introversa, molto, anche molto introspettiva, perché mi facevo molte domande (…) Adesso anch'io sono una persona… tutt'ora sono una persona molto introspettiva, meno introversa, però la mia timidezza, la mia sensibilità anche al giudizio degli altri, purtroppo è stata molto molto toccata da questo periodo delle medie.
(Partecipante 6 – Uomo cisgender, Gay)

Purtroppo, quel senso di ansia, di vergogna che mi porto dietro, per quanto adesso è veramente poco rispetto a prima, c'è. (…) Quindi sicuramente mi hanno toccato in qualche modo e me le porto dietro, inevitabilmente. Quindi purtroppo ho ancora molti traumi alle spalle. Molti traumi che hanno influenzato ovviamente il modo di vivere il mio orientamento sessuale (…) perché non mi hanno portato ad accettare subito, soprattutto a incolparmi, la colpa era mia, io che volevo essere diverso a tutti i costi, perché non mi potevo adeguare in qualche modo, perché questo senso

di peccato poi è entrata di mezzo anche la religione cattolica in questo…quindi mi hanno influenzato tantissimo in maniera negativa.
(Partecipante 2 – Questioning, Asessuale Omoromantico)

Eppure, io fin da piccola sentivo di voler fare amicizia con tutti, di voler parlare, mi sentivo estremamente estroversa. Però poi vedendo le risposte intorno a me son diventata timida. (…) Però è più uno scudo per proteggermi che altro (…) Nella mia identità sessuale, ugualmente, tutto quello che ho vissuto, ovviamente mi ha portata a essere molto più raccolta, essere un po' più solitaria, anche se non vorrei.
(Partecipante 17 – Non Binary Intergender, Pansessuale)

Un aspetto significativo riportato da più persone intervistate è, inoltre, il permanere di una struttura gerarchica e di oppressione all'interno della stessa comunità LGBTQIA+, in base alla quale alcune soggettività, generalmente quelle che hanno alle spalle una storia più lunga di lotte, riconoscimento sociale e autodeterminazione, possono fare fatica a lasciare spazio e a condividere posizionamenti sociali faticosamente conquistati.

Ho avuto un insulto afobico al pride da un ragazzo gay. (…) come se gli uomini gay fossero, diciamo, al di sopra della piramide, che ne so, le persone bisessuali o tutti gli altri orientamenti, tutti giù. Poi, comunque, uomini gay "in un certo modo", quindi comunque con un certo tipo di aspetto, un certo tipo di robe, cioè ho visto una sorta di dinamica eteronormata riproposta in chiave queer.
(Partecipante 2 – Questioning, Asessuale Omoromantico)

Mi trovavo in contesti che avrebbero dovuto essere safe, ma in cui molto spesso sentivo… cioè, c'erano, non so, molte microaggressioni, ad esempio, nei confronti della bisessualità o di tutte queste cose, cioè della sessualità, di tutto quello che un po' esce dal "sei gay, sei lesbica o sei trans", ma in modo molto binario, ecco.
(Partecipante 5 – Non Binary, Demisessuale Biromantico)

Tale riproduzione di gerarchie normative intra-gruppo, suggerisce la possibile interiorizzazione di logiche sistemiche basate sulla scarsità delle risorse e sui processi di riconoscimento per differenziazione all'interno della realtà sociale, oltre che di potenziali pregiudizi o omonormatività interiorizzata, che rivelano la complessità e intersezionalità delle forme di oppressione e privilegio.

Se, tuttavia, le relazioni all'interno dei primissimi contesti educativi e di socializzazione, come la scuola, sono state perlopiù dominate dalla difficoltà di esperire un senso di accoglienza, condivisione e appartenenza al gruppo dei pari, tale percezione di diversità ed incompatibilità è spesso rinforzata e legittimata dalle più ampie strutture sociali ed istituzionali, le quali creano un substrato di significati condivisi, interiorizzati sia da chi agisce che da chi riceve i comportamenti discriminanti. La presenza, così come l'assenza, di interventi da parte delle figure adulte ed istituzionali, infatti, come insegnanti, figure psicologiche o mediche, contribuiscono spesso all'invisibilizzazione e alla patologizzazione delle soggettività queer, riproducendo un sistema oppressivo che alimenta un immaginario collettivo dominato dal modello normativo cisgenere ed eterosessuale.

> L'ambiente circostante era molto molto machista. Ma partendo proprio da piccolo, da scuola, anche dalla suddivisione dei giochi. (…) Quindi diciamo l'ho vissuta male per gli altri. (…) Pure, che ne so, quando dicevo "ho visto quel cartone lì" – "ma quello è da femmine" oppure "non fare queste cose, giochiamo con quest'altro". Chiusura a 360°, sì. Ma anche dagli adulti, eh. Io mi ricordo anche gli insegnanti a scuola che mi dicevano, per esempio "sei un ragazzo non essere timido perché i ragazzi non sono timidi", io c'ho questa voce che ogni tanto mi ritorna in testa.
> (Partecipante 2 – Questioning, Asessuale Omoromantico)

> Anche questo ricordo che purtroppo mi ha confuso parecchio, di uno psicologo che era venuto a parlarci di affettività che ci aveva ribadito che se

> provavamo qualcosa per, diciamo, i nostri coetanei dello stesso sesso non c'era da preoccuparsi, che era solamente una fase di sperimentazione. E questa cosa, diciamo, da una parte mi ha dato una speranza a cui mi sono aggrappato per tanto tempo, che mi ha portato a impormi di cambiare la visione del mondo, cambiare quella parte istintiva, emotiva che veniva fuori. Quindi al pensiero istintuale del "che bel ragazzo" subito alla mia mente doveva cambiare quell'espressione in "no, devo guardare la ragazza, devo dire che bella ragazza" ed è stato molto, molto doloroso, ecco.
> (Partecipante 6 – Uomo cisgender, Gay)

L'invalidazione si annida pertanto non solo all'interno dei microsistemi in cui la persona è direttamente inserita (come la famiglia, la scuola o le comunità), ma anche nella pervasività dei messaggi sistemici (come da parte di figure professionali) che nascono, si alimentano e si consolidano a partire dal macrosistema (Bronfenbrenner, 1979), ovvero da quelle strutture di potere che creano e legittimano a livello istituzionale quelle microaggressioni agite a livello individuale, in un processo circolare autoperpetuante.

c) Strategie di coping: come sopravvivere in un contesto invalidante

Questo sottotema esplora nello specifico come l'esposizione alle norme sociali fondate sul binarismo di genere e sull'eterosessualità obbligatoria (Rich, 1980) e la loro successiva introiezione, si riflettano sul mondo emotivo della persona e si esplichino poi in specifiche modalità comportamentali e relazionali.

Una delle principali strategie di adattamento utilizzata dalla quasi totalità delle persone partecipanti consiste nell'occultamento della propria identità e rappresenta una nota conseguenza del Minority Stress (Meyer, 2003).

Di fronte, infatti, alla pervasività dei messaggi familiari, amicali, sociali e istituzionali che molto spesso convergono verso il silenziamento e l'invalidazione delle

identità LGBTQIA+, la persona apprende a vedere sé stessa attraverso le medesime lenti socio-culturali di cui il sistema ci dota nel momento stesso in cui veniamo al mondo, interiorizzando la percezione di un sé sbagliato o "anormale" che tenterà, appunto, di occultare.

Tale espressione di stigma sessuale interiorizzato (Herek, 2007; Herek et al., 2009), rappresenta pertanto una strategia di adattamento volta non solo a soddisfare le aspettative sociali, ma anche ad evitare forme di rifiuto e vittimizzazione e che può collocarsi lungo un continuum che va da atteggiamenti di repressione o simulazione identitaria a fini adattivi, a vere e proprie forme di negazione del vero Sé che viene allontanato dalla consapevolezza.

> Anche oggi non mi sento pienamente libera di esprimermi per paura di deludere o comunque di non conformarmi ad un'aspettativa sociale. Di essere derisa, presa in giro, discriminata e quindi nel dubbio tendo ad essere il più conforme a quella che è la mia identità, diciamo, assegnata alla nascita.
> (Partecipante 20 - Non Binary, Pansessuale)

> Non mi sentivo molto libero, sentivo sempre che dovevo cercare di capire come poter performare purtroppo il genere adeguatamente, quindi cercavo di capire "come mi devo vestire? Ma come mi devo muovere? Ma quali sport devo fare?" Non c'era verso, comunque, perché comunque non ingranava sta cosa quindi…appunto, alcuni miei comportamenti venivano sanzionati eccetera (…) ho cercato veramente tanto di allinearmi a dei parametri che fossero adeguati al genere che ci si aspettava da me. Perché vivevo comunque con un senso di colpa il fatto di non riuscire a corrispondere bene, no? Non che non ci provassi, appunto.
> (Partecipante 9 – Transmasc Non Binary, Bisessuale)

> Il mio atteggiamento, purtroppo, per come ero stato educato e cresciuto, è stato quello di rifiuto, di diniego, di… in qualche modo convincermi che non era così, che potevo ancora cambiare, che era solo una fase, che non dovevo preoccuparmi. Bastava contenere questa parte qui di

me, cosa che mi ha portato a silenziare una parte della mia identità, perché in generale ho in qualche modo…Sì, soffocato una parte di me.
(Partecipante 6 – Uomo cisgender, Gay)

I tentativi di occultare il proprio Sé più autentico possono essere, inoltre, finalizzati a rendersi invisibili, cioè ad evitare quanto più possibile di essere notati con il rischio di divenire potenziali oggetti di rifiuto e discriminazione, ma possono anche essere volti a fare spazio ad un falso Sé idealizzato in grado di conformarsi alle aspettative ciseteronormate, mettendo "in un cassetto la gran parte di me" (Partecipante 14 – Donna Cisgender, Lesbica), come affermato da una partecipante.

Me ne sono stato buono, lasciando che tutto succedesse nella mia testa, ho vissuto soprattutto di immaginazione, insomma. Tutti penso, più o meno, indossiamo una maschera, no? Però la mia era, come dire, era una maschera doppia, fuori e dentro. Perché fuori fingevo, ma anche dentro in realtà io fingevo una cosa che non riuscivo a essere, no? (…). È come se in qualche modo mi consideravo io stesso una persona anormale. E allora, se è anormale non lo dire in giro, speriamo che nessuno se ne accorga e gestiscitela per conto tuo. Ecco un po' è stato quello che io ho fatto più o meno tutta la vita.
(Partecipante 10- Uomo Trans, Gay)

Ho dovuto iniziare a reprimere perché il messaggio che era passato è che chi ero non andava bene, e quindi come faccio a essere chi non sono? Copio. Ogni 5 anni creavo una nuova maschera di me rispetto… copiando tutto quello che facevano i miei coetanei, quindi il modo di parlare, di gesticolare, di muoversi, camminare… Poi ovviamente se ero da sola, invece, mi allenavo a essere praticamente un'ombra (…) Però il mio scopo era sempre quella di passare inosservata.
(Partecipante 17 – Non Binary Intergender, Pansessuale)

Nella mia mente di ragazzina delle scuole medie si è tradotto in un qualcosa che non deve essere fatto. E quindi fino a 21 anni ho sempre avuto rapporti con gli uomini e non mi sono mai domandata nulla, nonostante stessi male in quei rapporti, fino a quando poi ho iniziato a pormi delle domande quindi dall'età proprio di 21 anni.

(Partecipante 1- Donna Cisgender, Lesbica Demisessuale)

In altri casi, invece, la principale strategia utilizzata è stata una forma di adattamento alle pressioni normative più flessibile che consente alla persona di discernere i contesti in cui la propria identità può essere liberamente espressa, dalle situazioni e dai contesti in cui invece tali aspetti identitari necessitano di essere attentamente sorvegliati e repressi a fini adattivi e difensivi. Coerentemente con il concetto di "coming out strategico" (Orne, 2011) tale strategia prende, infatti, in considerazione i vantaggi e i rischi emotivi, relazionali e materiali conseguenti allo svelamento identitario.

> L'influenza è stata più su "Ok, in questo contesto, con queste persone posso essere più esplicito, nel senso più visibilmente me stesso e con quest'altra persona magari devo essere un pochino più sottotono, un pochino meno appunto, appariscente, un pochino più invisibile" o comunque magari non… cioè, non esplicitare la cosa per paura che poi attivi nell'altra persona e la faccia scattare o la metta a disagio.
> (Partecipante 18 – Transmasc, Demisessuale Panromantico)

> Alla fine, la modalità che ho trovato a quell'età era un po' di vivere una finzione, cioè, fingevo con gli altri di essere, appunto, questa femmina maschiaccio, mentre dentro di me mi fingevo maschio, cioè nella mia testa io ero, le cose che vivevo le viveva un maschio, però con gli altri fingevo di essere un po' una femmina. Non sono mai riuscito a fingere del tutto, però cercavo di trovare il modo di… che mi lasciassero un po' stare, ecco, no? Cioè, accontentare un pochino e quindi così ogni tanto davo soddisfazione a mia mamma e magari mi mettevo una cosa un po' più vagamente femminile.
> (Partecipante 10 - Uomo Trans, Gay)

Sebbene funzionale a prevedere potenziali episodi di vittimizzazione, discriminazione e rifiuto, e talvolta necessario alla propria sicurezza, tali strategie di coping richiedono un notevole dispendio di energie psichiche ed emotive che portano la persona a permanere in uno stato di ipervigilanza volto da un lato a monitorare gli stimoli

esterni alla ricerca di potenziali minacce, e dall'altro al controllo di sé al fine di reprimere le espressioni identitarie stigmatizzate.

> Per me è stato molto difficile, perché ho dovuto lottare con una parte di me che diciamo in qualche modo mi imponeva, mi diceva di dover essere come gli altri si aspettavano che io dovessi essere per poter essere accettato, per poter essere "normale", tra virgolette.
> (Partecipante 6 – Uomo Cisgender, Gay)

Strettamente correlato alla percezione di un ambiente minaccioso e alla necessità di occultare ed invisibilizzare la propria identità queer, vi è anche un'altra strategia difensiva attuata da molte delle persone partecipanti, ovvero il ritiro sociale.

Indossare, infatti, una maschera identitaria, selettivamente o costantemente, può essere come abbiamo visto estremamente gravoso in termini emotivi e psicologici in virtù del senso di dissociazione tra un Sé pubblico e un Sé privato che, sebbene consenta il mantenimento delle relazioni sociali, lo fa a spese, tuttavia, di un senso intimo di coerenza e di autenticità.

Per molte persone, pertanto, il ritiro dalla relazionalità può essere la strategia più funzionale a difendersi dal rischio di minacce fisiche e psicologiche sottraendosi allo stesso tempo alle pressioni normative, che si delinea come diretta conseguenza della rinuncia a qualsiasi forma di accettazione ed appartenenza sociale, soprattutto quando complessificata dalla presenza di più componenti marginalizzate.

> Ero già convinto di avere qualcosa che non va. Poi lo attribuivo a una mia insufficienza, non al fatto che mi leggessi secondo dei parametri che non andavano bene per me. (…) c'era forte questo senso di solitudine, pure quando andavo alle elementari mi ricordo comunque ero la ragazzina che a ricreazione stava da sola a leggere, poi cercava magari di socializzare con le altre ragazzine e non funzionava tantissimo questa cosa, cioè c'era sempre

> qualcosa che stonava, io ci provavo in tutti i modi, ma non c'era verso. Quindi, cioè, avevo delle amicizie, però insomma, cioè, c'era questo scarto che sentivo molto forte e tendevo anch'io, magari un po' a isolarmi.
> (Partecipante 9 – Transmasc Non Binary, Bisessuale)

> Vedevo proprio che non capivano, c'era una distanza, ma non potrei dire un vero e proprio giudizio o un respingimento. Era proprio un'incomprensione e io non ero in grado di spiegarmi, non mi fidavo abbastanza, non pensavo che avrebbe portato a niente di buono aprirmi con qualcuno, perché tanto nella mia testa io avevo rinunciato a poter vivere questa cosa, quindi (…) proprio mi chiudevo, mi proteggevo e loro rimanevano un po' così che "che strana persona", ecco.
> (Partecipante 10 – Uomo Trans, Gay)

> Però il mio scopo era sempre quella di passare inosservata perché, se riuscivo a passare inosservata, ovviamente le persone non mi avrebbero attaccata, non sentendomi diversa da loro. Poi mi vedevano diversa lo stesso, però intanto mi definivano "la strana" ed essere strana comunque vuol dire avere una specie di scudo, perché se sei strana, comunque, non ti toccano neanche (…) Quindi è una maniera molto solitaria di vivere che ho avuto e con queste… difficoltà, dal punto di vista sociale, infinite anche perché io son nata comunque sia, oltre che intersex, anche con una malformazione congenita.
> (Partecipante 17 – Non Binary Intergender, Pansessuale)

Anche il perfezionismo viene riportato frequentemente dalle persone intervistate quale strategia di adattamento volta a compensare la propria percepita intrinseca mancanza o difettosità identitaria, performando un Sé socialmente rispettabile e per questo auspicabilmente inattaccabile.

Tale meccanismo difensivo è spesso descritto come funzionale a raggiungere un duplice obiettivo: da un lato rappresenta una strategia per rafforzare i tentativi di occultamento della propria componente identitaria stigmatizzata, deviando l'attenzione dello sguardo giudicante esterno sugli aspetti socialmente apprezzabili e soggettivamente più controllabili; dall'altro, la performatività di un Sé perfetto idealizzato rappresenta per

molte persone il tentativo di sostituire, sopprimere o colmare una parte di sé considerata inaccettabile e fonte di vergogna personale e sociale, al fine di ottenere forme di validazione. Se la prima finalità si pone, dunque, come più strategica e strumentale a sottrarsi allo sguardo altrui performando una perfetta "normalità", in linea con il desiderio di invisibilità e di evitamento di potenziali minacce, la seconda si configura come maggiormente identitaria poiché l'investimento narcisistico sulle proprie performance stra-ordinarie è funzionale a richiamare su di sé sguardi di validazione volti a compensare una fragile autostima. In questa dinamica di vantaggi secondari risultanti da tale meccanismo di compensazione identitaria, sia il comportamento che il corpo diventano strumenti di negoziazione relazionale, volti ad ottenere e meritare appartenenza, accettazione e, non ultimo, amore.

> C'era questo… più dover essere bravo, educato, gentile, che va bene a scuola e che si comporta bene. E forse io poi mi sono costruito molto nella testa il fatto di - per andare bene nonostante questa cosa che non riesco a togliermi dentro, a oscurare - "devo fare come loro si aspettano da me". Questo mi ha accompagnato per molta parte della mia vita, purtroppo. Però è nato tutto da lì.
> (Partecipante 6 – Uomo Cisgender, Gay)

> Questo fatto di essere molto brava a scuola mi ha tenuto al riparo da altri fastidi, diciamo, perché comunque uno fa il suo dovere, è una tranquilla, non …e quindi nessuno andava a vedere più di tanto… Non faceva più troppe domande, cose tipo: "perché non hai il fidanzato?".
> (Partecipante 11- Donna Cisgender, Bisessuale)

> Mi sono chiuso molto e leggevo tantissimo. E infatti ho puntato molto anche su quello per darmi un po'… per crearmi un po' un personaggio accettabile, mi viene da dire questo. Ovviamente una cosa di cui ho preso consapevolezza con la terapia molto più avanti, però sì. Quindi mi sono buttato molto su quell'aspetto che comunque invece era l'unica cosa che veniva premiata e però era abbastanza isolato.

(Partecipante 9 – Transmasc Non Binary, Bisessuale)

> Cercare di rispondere a determinate aspettative corporee era anche un tentativo di distogliere l'attenzione dal resto, di sentirmi meno oppressa per quanto riguardava il mio orientamento sessuale. Cioè, io cercavo probabilmente, inizialmente, di tamponare la situazione agendo su quello su cui potevo agire perché sul mio orientamento sessuale io non ho mai ritenuto di poter agire, neanche di doverlo fare. Sul corpo… c'ho provato. E probabilmente proprio per rispondere a delle aspettative che alla fine erano in famiglia, sempre. Quindi le due cose tendevano ad andare a braccetto. (Partecipante 14 – Donna Cisgender, Lesbica)

L'occultamento identitario, il ritiro sociale e il perfezionismo, noti fattori di rischio che creano un terreno fertile per l'insorgere di un rapporto disfunzionale con il cibo e con il corpo, in tale cornice di senso non sono pertanto ascrivibili a mere caratteristiche individuali e familiari, ma si configurano come espressioni sintomatiche di un sistema che disciplina, silenzia ed opprime qualsiasi soggettività non conforme al modello culturale egemone.

II. Il Corpo tra Consapevolezza Identitaria e Inadeguatezza

Questo tema pone al centro della riflessione il corpo come fulcro di un complesso processo dialettico: da un lato come luogo in cui si radica e con cui si esprime l'emergente consapevolezza identitaria, dall'altro come terreno della lotta intrapsichica tra desiderio di affermazione e senso di inadeguatezza.

Le narrazioni raccolte descrivono l'esperienza corporea come un'esperienza mai neutra, ma sempre e fin da subito marcata da norme, codici e aspettative in cui la centralità del corpo si imprime sia in quanto fonte di impulsi e desideri considerati minacciosi, che come destinatario di processi di disciplinamento e normalizzazione (Foucault, 1975).

I tre sottotemi individuati approfondiscono, pertanto, le diverse modalità con cui le pressioni e le aspettative sociali possono impattare sulla percezione del Sé incarnato, creando un terreno in cui il corpo vissuto e il corpo pensato arrivano a confliggere.

In tale dinamica, in cui si gioca la tensione tra l'esigenza di esistere autenticamente e la pressione ad aderire ai modelli estetici, relazionali e comportamentali dominanti, i processi di soggettivazione sono perturbati e spesso sostituiti da veri e propri processi di assoggettamento (Foucault, 1975).

a) Pubertà e cambiamenti corporei

Questo prima sottotema approfondisce una fase dello sviluppo evolutivo dirimente per i processi di consapevolezza ed affermazione identitaria, in cui il corpo gioca un ruolo di primo piano. La pubertà, infatti, rappresenta un periodo di notevoli cambiamenti sia corporei che intrapsichici, in cui il Sé sperimenta il processo di incarnazione in un corpo sessualmente connotato e con esso la direzione intersoggettiva di impulsi e desideri più specificamente di natura erotico-sessuale.

Per la maggior parte delle persone intervistate, il periodo dello sviluppo puberale è stato vissuto come particolarmente critico e talvolta traumatico in cui il corpo comincia ad essere percepito come fonte di disagio o vergogna, causa di commenti e sguardi indesiderati, inizio della perdita di controllo, ma anche di spensieratezza e, in quanto tale, punto di non ritorno.

In particolare, è soprattutto la pubertà precoce ad essere esperita come conflittuale e disturbante, poiché vissuta come improvvisa ed inaspettata esacerbando la sensazione

di perdita di controllo verso un corpo che sembra prendere vita propria, imponendo trasformazioni non volute.

> Per me è stato abbastanza traumatico, appunto. Ho sviluppato molto presto, quindi ho incominciato a sentire che il mio seno stava incominciando a crescere appunto intorno agli 8 anni, 8 anni e mezzo.
> (Partecipante 7 – Questioning, Bisessuale)

> Già alla fine delle elementari ero alta come sono alta adesso, avevo il seno… E soprattutto il seno, che ancora adesso è la cosa che mi suscita più disforia. Non ero probabilmente neanche attrezzata per capire cosa stava succedendo al mio corpo, per cui questa sensazione di separazione proprio tra quello che sentivo di essere e quello che il mio corpo stava diventando ha iniziato sicuramente ad acuirsi in quegli anni.
> (Partecipante 5 – Non Binary, Demisessuale Biromantico)

> Mi ricordo forse la comparsa dei baffetti che mi aveva reso molto…mi aveva creato molta, molto disagio, devo dire. Forse perché sono stato anche uno dei primi ragazzini a svilupparsi in classe.
> (Partecipante 6 – Uomo cisgender, Gay)

Tali cambiamenti precoci della propria corporeità, pertanto, ampliano drasticamente la distanza relazionale con i pari imponendo un rapporto fondato sulla diversità, piuttosto che sulla similarità, anche sul piano corporeo oltre che su quello identitario, quest'ultimo spesso già percepito nelle fasi evolutive precedenti.

La sua natura inaspettata ed improvvisa, inoltre, può generare un periodo di disallineamento tra lo sviluppo corporeo e quello psicologico, i cui tempi possono non coincidere, durante il quale la persona può sentirsi priva delle risorse e della maturità necessarie ad affrontare ed elaborare positivamente le trasformazioni in atto. La difficoltà di attribuire significati appropriati e di trovare riferimenti relazionali in cui rispecchiarsi

può, pertanto, favorire sentimenti di estraneità o dissociazione verso il proprio Sé corporeo, come vedremo in seguito.

La sensazione di perdita di controllo sperimentata nella fase puberale, può declinarsi anche in termini di uno svelamento forzato da parte del corpo di quell'identità che si cerca disperatamente di tenere nascosta, a sé e agli altri, a causa della forza dirompente di impulsi e desideri difficilmente contenibili. Con l'inizio della pubertà, infatti, la distinzione tra i sessi, attraverso marcatori sessuali che diventano esteriormente visibili, può diventare più evidente, sia a causa della maturazione dei caratteri sessuali secondari, sia per mezzo di un'omologazione nell'espressione di genere dovuta all'interiorizzazione di norme e pratiche sociali dominanti. Questa netta categorizzazione sociale dei sessi, in senso dicotomico e mutualmente escludente, può avere pertanto un impatto disorientante per tutte quelle soggettività che non si conformano all'ordine simbolico, come quelle Non Binary, che si trovano di fronte all'impossibilità di trovare una propria collocazione all'interno del sistema binario imposto, complicando significativamente anche le dinamiche di socializzazione tra pari.

> Mi ricordo che questo, questa comparsa dei primi peli sulla faccia, mi aveva creato disagio, ma anche, diciamo, tutte le alterazioni un po' ormonali, emotive, fisiche…Era come se quella parte che stavo cercando di trattenere al contempo stesse cercando di uscire.
> (Partecipante 6 – Uomo Cisgender, Gay)

> Fino agli 11 anni tutto sommato era un ambiente abbastanza protetto e non ho avuto particolari problemi, però il cambio di scuola ha coinciso poi con un inizio di cambio fisico. Ha iniziato a crescere il seno, a spuntare appena appena e ho conosciuto comunque, nella scuola poi dove sono stato, ho conosciuto una maggiore caratterizzazione sessuale nei miei coetanei che nella scuola dove andavo, boh, o non la vedevo io, o comunque non era particolarmente presente e quindi mi sono ritrovato con in classe maschi

> “maschi”, femmine “femmine” già con tutta una serie di atteggiamenti, anche. E io non mi, non mi ritrovavo più, non mi sono più ritrovato.
> (Partecipante 10 - Uomo Trans, Gay)

Sentimenti di ansia, vergogna e rifiuto sono particolarmente frequenti soprattutto nelle persone trans*, binarie e non binarie, per le quali le trasformazioni corporee indotte dalla pubertà possono essere vissute come vere e proprie forme di tradimento da parte del proprio corpo. Quest’ultimo, infatti, smette di essere percepito come luogo sicuro e rappresentativo, ovvero come parte integrante del Sé, per divenire una componente scissa, minacciosa ed avversa poiché strettamente associata alla paura dell’inatteso, alla perdita di controllo e ad un senso di crescente estraneità.

> Stavo abbastanza bene perché comunque il mio corpo non mi tradiva, tante volte mi scambiavano, mi capitava spessissimo di essere chiamato al maschile: “giovanotto”, “bimbo”, “ragazzino”. Ed era una cosa che mi faceva sentire molto, molto bene e pensavo di poterlo comunque fare sempre, non avevo realmente messo in conto il fatto che poi il corpo si sarebbe trasformato. (…). quindi l'età della pubertà è stata proprio brutta, quel passaggio lì, proprio l’età delle medie, l'ho vissuta proprio male, male.
> (Partecipante 10 - Uomo Trans, Gay)

> La cosa più traumatica è stata lo sviluppo del seno (…). Cioè, a me è cresciuto proprio tantissimo in fretta (…). Lì è iniziata proprio, secondo me, la mia caduta rovinosa nella disforia, nei disturbi alimentari ecc, questo è stato proprio “l’evento”.
> (Partecipante 3- Uomo Trans, Bisessuale)

Al contrario, la pubertà ritardata può rappresentare in questo senso un fattore protettivo, soprattutto nelle soggettività trans* per le quali il prolungamento di una fase infantile, in cui il corpo permane in una forma non ancora pienamente connotata rispetto al genere, consente di ridurre gli stati disforici e allo stesso tempo di favorire la

mentalizzazione dei cambiamenti futuri offrendo, eventualmente, il tempo necessario per intraprendere tempestivamente un percorso di affermazione di genere.

> Cioè, lo sviluppo puberale è arrivato un po' tardi per me, intorno ai 15 anni. E quindi il corpo non lo vivevo malissimo fino a quel, fino ai 12 anni, non mi dava problemi, da quel punto di vista (…) ero rassegnata anche, no? So che dovevo andare in quella direzione… cioè, è naturale che io ci vada e ci vado. Era segnato no, per me.
> (Partecipante 12- Donna Trans, Bisessuale Questioning)

Lo sviluppo di caratteri sessuali secondari può assumere, inoltre, a seconda dei vissuti soggettivi e dell'autodeterminazione identitaria, una valenza diversa e peculiare rispetto al sistema di significati veicolato e comunemente condiviso all'interno del contesto socio-culturale dominante. In virtù di tale discrepanza di vissuti e significati, data dall'adozione di un'interpretazione ciseterosessista e normativa dei corpi e delle soggettività, la presenza di sentimenti disforici nei confronti di componenti corporee socialmente desiderabili, così come di sentimenti euforici verso caratteri sessuali socialmente disapprovati, può avere un impatto invalidante e disorientante sui vissuti soggettivi relativi al corpo, evidenziando la forza delle pressioni esterne.

> E c'erano le ragazzine nello spogliatoio che cominciavano a confrontarsi "a me sta crescendo il seno" e cose così, eccetera. E io mi sono vantato del fatto che mi stessero crescendo i peli, ovviamente nello sconcerto generale, perché per me era un segno di crescita, no? Quindi stavamo parlando di quello… "Ah vedi? Sono sto crescendo anch'io, che figo". Questa cosa, ovviamente di nuovo, è stata mortificata eccetera, quindi pure lì. Pure il rapporto con i peli è stato… perché è una cosa di cui mi dovevo vergognare.
> (Partecipante 9 – Transmasc Non Binary, Bisessuale)

> Non ho mai avuto un'esplosione di forme, non ho i fianchi, non ho il seno, non …cioè, ora ti dico che sono fortunata, all'epoca magari ne soffrivo.

(Partecipante 15 – Non Binary, Lesbica)

I processi di disciplinamento e normalizzazione dei corpi, che cominciano molto presto nell'infanzia, sembrano raggiungere pertanto il loro apice durante la pubertà e l'adolescenza, ovvero nel momento in cui il percorso evolutivo si concretizza, si *incarna*, nei corpi che cominciano ad essere osservati e giudicati come corpi sessuati. Le pressioni normative si fanno, pertanto, in questo periodo più intense, elicitando vissuti di oggettivazione e sessualizzazione precoce, spesso alimentati anche da un'educazione familiare improntata su concezioni sessiste e su valori rigidamente cattolici in cui il corpo, soprattutto femminile, è descritto come colpevolmente provocatore.

> Mi vergognavo molto del mio corpo, "molto" da femmina. Anche perché, appunto, poi la mia famiglia era molto cattolica, quindi bisognava non mettersi troppo in mostra, non sembrare poco serie, quindi io non mi sono mai truccata (…) cioè, paradossalmente mia mamma mi spingeva verso un'androginia (…), c'entrava più con la praticità e il fatto di non essere una tentazione e di non fare cose che una brava donna cattolica non avrebbe fatto.
> (Partecipante 22- Agender Questioning, Pansessuale)

> I cambiamenti fisici dalla fine delle elementari in poi io non li ho accettati con serenità, ecco. Non perché mi mettesse a disagio la cosa in sé, ma per …perché lì ritenevo una cosa mia, che dovesse avvenire con il tempo che doveva esserci, senza che fossero necessari commenti o pressioni dall'esterno.
> (Partecipante 14 – Donna Cisgender, Lesbica)

La precoce oggettivazione e sessualizzazione dei corpi è strettamente legata anche ad un iniziale mutamento della propria immagine corporea, derivante dall'interiorizzazione dello sguardo oggettivante esterno. L'adozione di una visione di sé in terza persona, infatti, non solo segna l'inizio di un processo automatico di

automonitoraggio e autovalutazione critica del proprio corpo, ma in conseguenza di ciò segna anche la fine di una spensieratezza infantile. La mancata aderenza delle proprie caratteristiche corporee alle norme socioculturali relative ai generi, inscritta all'interno di processi di attribuzione di significati culturalmente appresi, è vissuta come responsabilità individuale o colpa morale, segnando così la perdita di una purezza tipica dell'età infantile.

> Poi ho cominciato anche ad avere i primi peli, insomma, (…) mi dava fastidissimo veramente, in zone che potevano essere viste da altri, averceli perché mi sembravano un sinonimo di sporco in un certo senso e di perdita di un qualche di una qualche liscità e bambinezza che invece c'era, c'era *prima.*
> (Partecipante 7 – Questioning, Bisessuale)

> Mi ricordo che quello mi dava un po', cioè, avevo un po' questa idea nella mia testa di doverlo coprire (…), non appena c'era un minimo, un po' di seno bisognava assolutamente mettere il reggiseno, perché guai se si vede qualcosa. Cioè, comunque questa un po', quasi questa paura, no? Questa corsa a coprirlo, a nasconderlo mi ricordo.
> (Partecipante 8- Donna Cisgender, Bisessuale Pansessuale)

In molti dei racconti la pubertà è, quindi, riportata in diversi modi e con riferimento a significati peculiari, come la fine di uno spazio di neutralità e pertanto di possibilità: con l'infanzia, infatti, termina anche la sensazione rassicurante di poter sfuggire in qualche modo a forme di controllo corporeo e identitario, preservando il proprio senso di *agency* e di libertà. Il corpo non è mai, infatti, solo corpo biologico, ma sempre corpo sociale, culturalmente letto, disciplinato, categorizzato, oggettivato.

Un corpo sociale che cambia diventando un corpo sessuato e sessualizzato sarà vissuto, pertanto, come un corpo esposto allo sguardo sociale, dunque più facilmente leggibile e categorizzabile secondo le norme dominanti, su cui sarà sempre più urgente

esercitare un rigido controllo, segnando il passaggio dal "corpo che sono" al "corpo che abito" (Lemma, 2012).

b) Ideali Corporei e Significati Correlati: tra Perfezionismo, Affermazione e Compensazione

Questo sottotema mette in luce come gli ideali corporei che spesso fanno da sottofondo agendo come forza motrice di comportamenti alimentari disfunzionali, non siano sempre e necessariamente legati a canoni estetici, ma si intersechino con bisogni e significati più profondi: colmare il bisogno di validazione, affermare il proprio Sé più autentico, compensare una percepita non conformità identitaria.

In virtù di tale profonda eterogeneità di significati soggettivi, anche le tipologie di immagini corporee idealizzate saranno varie tanto quanto le funzioni che si ritiene possano assolvere grazie al loro soddisfacimento.

I racconti delle persone partecipanti evidenziano, infatti, come non ci siano modelli corporei univoci, universalmente idealizzati, e inoltre come questi siano non solo culturalmente, ma anche soggettivamente costruiti: corpi magri, longilinei, muscolosi, androgini, atletici o diverse combinazioni e sovrapposizioni tra essi trovano tutti spazio all'interno di un universo emotivo in cui la necessità di riconoscersi, comunicare e trovare il proprio posto nel mondo passa attraverso la corporeità.

Se la magrezza resta l'immagine corporea desiderata più frequentemente dalle persone intervistate, essa si declina tuttavia in modi molto diversi tra loro, talvolta anche ambivalenti e sovrapposti.

> Ho iniziato un processo di dimagrimento, no? E lo facevo con in testa, però quell'ideale maschile (…) E quindi anche l'idea di dimagrire forse avrebbe enfatizzato una serie di cose magari, che ne so, le spalle, un fianco un po' più stretto che io reputavo caratteristiche maschili, attraenti, piacenti, eccetera. E per assurdo adesso cerco di mantenere un fisico magro per avere un aspetto più androgino possibile, no? Quindi qui sta un po' poi il controsenso.
> (Partecipante 16 – Non Binary, Gay Questioning)

Per alcune persone il corpo magro rappresenta l'ideale estetico maggiormente valorizzato e apprezzato a livello socioculturale, la cui interiorizzazione è spesso descritta come una conseguenza pressocché inevitabile a causa della pervasività delle pressioni normative a cui siamo quotidianamente esposte.

> Ero molto più sensibile, cioè alla magrezza, soprattutto delle ragazze nei film o nelle riviste. Nei film, nei telefilm. Tra l'altro veramente io quando avevo 12, 13 anni era all'inizio degli anni 2000, quindi anche un momento in cui veramente a livello mediatico, le immagini che venivano passate andavano tutte in un'unica direzione (…) io mi mettevo subito a paragone dei personaggi femminili di quel film a livello fisico, di corpo, e naturalmente il paragone non era mai favorevole per me, non c'era mai un paragone da cui ne uscisse vincitrice io.
> (Partecipante 8- Donna Cisgender, Bisessuale Pansessuale).

Tuttavia, la magrezza è spesso associata non solo all'idea di una bellezza socialmente condivisa e pertanto universalmente riconosciuta, ma anche a significati che vanno oltre la mera dimensione estetica, fungendo da conferma anche a livello morale in quanto indice di determinazione, forza di volontà, efficienza e capacità di prendersi cura di sé.

> Cioè, vedevo lei, altissima, magrissima, volevo essere come lei. Volevo essere, dicevo, "voglio essere determinata come lei". E il fatto di non riuscire a fare una dieta così restrittiva, neanche per tre ore mi portava a dire "non sei buona a nulla, neanche a decidere quello che devi mangiare".

(Partecipante 1- Donna Cisgender, Lesbica Demisessuale)

> C'erano quelle cose che si dicono a tutte le ragazzine (…) nel senso di vestirsi bene, di fare attenzione a come ti vesti… e anche di essere magre, nel senso, mia madre poi è sempre stata una che ha avuto, ce l'ha tutt'ora, questa ossessione delle diete quindi io l'ho presa proprio da lì anche l'insoddisfazione verso l'immagine corporea. Però, nel senso, questo senso di dover essere curata… curata poi nel senso di vestita in modo femminile, il trucco, queste cose… io queste cose le ho sempre sofferte.
> (Partecipante 11 – Donna Cisgender, Bisessuale)

Un'ulteriore e peculiare fonte di pressione verso specifici ideali estetici, che spesso si somma o si sovrappone al macrocontesto socioculturale, è rappresentata inoltre dall'insieme di pratiche, norme e contesti legati più strettamente al mondo LGBTIQIA+, come ad esempio le App di Dating o i luoghi di intrattenimento specificamente dedicati alla comunità. La presenza, infatti, di un forte simbolismo culturale, che assume un'importante funzione identitaria radicata nella storia dei movimenti e delle lotte per la liberazione, si intersecano con i bisogni di riconoscimento e di appartenenza spesso presenti nei vissuti delle persone LGBTQIA+, che può rendere difficile svincolarsi dalle aspettative e dalle norme intra-gruppali.

Tali dinamiche possono pertanto configurarsi come forme di pressione verso una vera e propria conformità alle norme subculturali, che esitano in una performatività non solo a livello estetico, ma talvolta anche a livello sessuale, funzionale a percepire un senso di appartenenza ed accettazione.

> Perché negli ambienti gay c'è tanta tossicità, sia per via, appunto, di questa selezione di…che puntano tutti all'aspetto fisico, no? Anche spesso lo guardano e giudicano, tanto giudizio. Ecco, giudicano tanto. Quindi io mi sentivo tanto giudicato (…) E lì non mi piaceva tanto, anche perché c'era una pressione sessuale molto alta.

(Partecipante 21 – Uomo Cisgender, Gay)

> Credo che ci fosse anche una cosa molto più superficiale. Una motivazione molto più superficiale in atto cioè, nel senso, banalmente (…) in quel periodo mi iscrivo per la prima volta alle App di Dating, no? Dove comunque cioè, voglio dire, la situazione è spietata. Cioè, devi…cioè, è tutto apparenza e quindi anche già solo quello. Cioè, devo essere bella, devo piacere, devo fare colpo subito su una persona.
> (Partecipante 8- Donna Cisgender, Bisessuale Pansessuale).

> La cultura LGBT che solitamente, diciamo, a livello macro è la cultura gay, drag, quella scena lì, no? Che è molto, secondo me, legato a quello che può essere un contesto di fashion, moda, spettacolo, danza, ballo, sempre in quella direzione che, secondo me, la dice tanto su quello che poi sono gli esempi e gli ideali che tutte queste persone si fanno, no? E sarebbe molto importante che si capisse che tutto questo, di eccessi, di estetica, di apparire sono per compensare tutta la mancanza che c'è invece a livello emotivo, a livello interiore (…) Applicazioni di incontro specifiche o cose del genere, ma è veramente una cosa selvaggia, cioè ci si nasconde tantissimo dietro a tutte quelle che sono le apparenze (…) abbiamo basato questa nostra cultura, perché purtroppo è una vera e propria cultura, su una serie di canoni e di idee che sono molto svilenti a volte, no? Anche il fatto che bisogna sempre essere belli, prestanti, super palestrati sennò non ti cerca nessuno e ci siano, ci sia tanta, tanta, tanta categorizzazione.
> (Partecipante 16 – Non Binary, Gay Questioning)

La pressione a dover aderire, talvolta in maniera simultanea e conflittuale, alle aspettative e alle norme di genere dominanti al fine di essere riconosciute e accettate come persone appartenenti alla comunità LGBTQIA+, ma allo stesso tempo percepite e affermate nella propria unicità identitaria, è spesso messa in luce soprattutto dalle persone trans* che evidenziano differenze peculiari tra soggettività binarie e non binarie.

Se per le prime possono subire maggiormente il peso di un'immagine corporea normativa di maschilità e femminilità a cui aderire, al fine di essere riconosciute e legittimate nella propria identità all'interno di un sistema fortemente binario, le persone

non binary possono invece subire il peso dell'assenza di rappresentazione che rinforza il senso di invisibilità e delegittimazione, spesso ostacolando lo stesso processo di auto-riconoscimento identitario, ma aprendo anche maggiori spazi di libertà e immaginari possibili.

> Perché diciamo come vedi la mia espressione di genere è femminile e quindi il chiedersi se ci fosse un modo per essere una persona non binary, se ci fossero delle condizioni da dover rispettare per poterlo essere, quindi diciamo un po' più angosciante come percorso.
> (Partecipante 20 - Non Binary, Pansessuale)

> Il fatto di avere quell'ideale di corpo, no? Un po' tipico della persona trans che ha il canone del genere opposto al quale morfologicamente tendenzialmente non corrisponde (…) per me invece è stata proprio un "devi essere così", sempre per l'aspetto performativo così importante per me, e quindi, cioè per me (…) c'era quell'immagine lì, e se non sei così non sei donna.
> (Partecipante 12- Donna Trans, Bisessuale Questioning)

> La storia del corpo sbagliato (…) credo che influenzi negativamente (…) sia le persone trans che si definiscono binarie, sia le persone trans che si definiscono non binarie. Anzi, forse è peggio per le persone trans per cui, come dire, un termine di genere binario è importante perché ci si gettano proprio (…) perché poi vedi tutta una serie di carichi emotivi spaventosi, vedi anche conflitti tra le persone, pretese, per cui devi …se non ti comporti in un certo modo, allora non sei una persona trans oppure non ti sei accettato, oppure una serie di cose che sono tutte proiezioni verso l'esterno. Sicuramente una persona non binaria c'ha la difficoltà a farsi riconoscere, poi spesso anche all'interno della propria comunità (…) però spesso vedo anche che c'è una maggiore…ci si riconosce una maggiore libertà a partire da sé, come dire, si concentrano di più a partire da sé.
> (Partecipante 9 – Transmasc Non Binary, Bisessuale)

L’estrema variabilità e complessità dei posizionamenti identitari, pertanto, sottolinea l’importanza di relazioni, contesti e pratiche discorsive in cui potersi flessibilmente conoscere e riconoscere, piuttosto che semplicemente conformarvisi.

> A proposito del bisogno di appartenenza, anche per dire la parola non binario, (…) cioè, puoi guardare tutti i video che ti pare, puoi studiare quanto ti pare, ma è solo confrontandoti con gli altri che ti dà anche legittimità, magari a come ti senti, a una serie di cose no, e dici “OK, in questa storia mi trovo bene in questa no”. Anche rispetto alla narrativa che c'è di solito sulle persone trans (…) “Mi sono sempre sentito così”, “sono nel corpo sbagliato”, per me è stata veramente tossica perché non è la mia storia e quindi non era quello in cui mi potevo riconoscere finché non incontri altre persone che hanno altri strumenti per capire che magari ci sono anche altri modi di raccontarsi.
> (Partecipante 9 – Transmasc Non Binary, Bisessuale)

> Un grande tema (…) è sintetizzato dalla frase “le persone non binary non vi devono un'androginia”, no? Perché è un po’ questo stereotipo che una persona non binary (…) debba per forza esprimere un aspetto che sia indefinito, indecifrabile, a metà no, tra un maschile e un femminile. (…) Solo che l'idea di androgino della società è legata a un corpo magro e, secondo me, questo poi spinge a una serie di…perché banalmente è il ragionamento che ho fatto io, alla fine della fiera.
> (Partecipante 16 – Non Binary, Gay Questioning)

In molti casi, inoltre, la volontà di soddisfare gli ideali estetici dominanti risulta essere ancora più esplicitamente svincolata dal desiderio di incarnare un modello estetico in quanto tale, riflettendo un’esigenza più profonda per la quale il raggiungimento del corpo idealizzato è riconosciuto come mezzo, piuttosto che come fine.

In particolare, per molte persone intervistate, il corpo si inscrive all’interno di quella ricerca di perfezione discussa in precedenza, spesso vissuta come necessaria e strumentale a compensare una percepita intrinseca imperfezione a livello identitario. La possibilità di incarnare un modello corporeo ideale rappresenta, pertanto, per soggettività

pervasivamente invalidate ed emarginate, la possibilità di attenuare i vissuti di inadeguatezza e solitudine per soddisfare un bisogno fondamentale di appartenenza e validazione.

> Perché per me era una fragilità in più, cioè oltre ad essere timido, oltre ad essere sensibile, introspettivo, ero anche non conforme dal punto di vista di quello che per me sembrava il corpo lo chiamo "normale", poi non sono termini più adeguati, come quello dei miei compagni. I miei compagni per me erano dei corpi giusti, io invece no (…) per me il corpo magro voleva dire essere accettato, andare bene.
> (Partecipante 6 – Uomo cisgender, Gay)

> Uno è stato più legato al sentirsi solo (…). E dopodiché è entrato in gioco il discorso di dire tipo, "OK, forse non piaccio. Perché sono diversa. Allora magari posso modificare delle cose", eccetera. E una delle cose che io alla fine ho deciso di modificare è stato un po' l'aspetto fisico (…) coincide con il periodo in cui io mi sono detta "Ah, aspetta, cerchiamo di sembrare più maschili per conformarci".
> (Partecipante 16 – Non Binary, Gay Questioning)

> Sì, le due cose sono andate troppo di pari passo, il dimagrimento e il coming out. (…) penso di sì. Cioè, non posso essere non a norma sotto così tanti aspetti, sicuramente, con tutto che mi sono sempre sentita io di non essere conforme mai per tutta la mia vita, ma almeno dal punto di vista fisico, comunque del corpo.
> (Partecipante 8- Donna Cisgender, Bisessuale Pansessuale).

Analogamente, anche il desiderio di occupare meno spazio, di passare inosservatə, fino a diventare invisibilə è riportato come una delle motivazioni principali alla base del desiderio di modificare la propria corporeità.

Il corpo è individuato, pertanto, ancora una volta come il mezzo attraverso cui soddisfare il bisogno di sottrarsi allo sguardo sociale giudicante ed oggettivante, derivante dallo scontro tra la propria identità minorizzata e le aspettative sociali.

> Mi sarebbe piaciuto essere piccola, minuta e magra. Io sono sempre stata la bambina alta perché ero sempre la più alta della classe, quindi non ero solo, diciamo, grassottella, ma ero anche "grande". Quindi diciamo, la mia presenza si vedeva sempre (…) Forse è legato sempre alla presenza e a come io penso o vorrei essere percepita dagli altri. È comunque il desiderio di… non nascondermi, perché non vorrei essere così esagerata, però essere meno visibile. Essere meno presente nello spazio e quindi forse anche questo si collega al modo in cui io vivo il mio orientamento, in un modo un po' più tranquillo, un po' più pacato, non esuberante. Perché è anche il modo in cui vorrei che il mio corpo fosse percepito nello spazio.
> (Partecipante 13 – Donna Cisgender, Bisessuale)

La presenza di un corpo vissuto come bersaglio di norme e aspettative sociali che ci si sente in dovere di rispettare, è messo in luce anche dal graduale, ma netto mutamento a cui la percezione dell'immagine corporea e delle relative pressioni normative vanno incontro, parallelamente al senso di Sé, durante il percorso di esplorazione e consapevolezza identitaria.

> Questi disturbi si sono esauriti più o meno quando io ho iniziato a vivere come una ragazza molto mascolina e quindi in qualche modo forse è venuto meno… l'aspettativa sociale è leggermente venuta meno, per tutti gli stereotipi che sappiamo, nel senso che, non so, la lesbica più mascolina in qualche modo se è un po' sovrappeso è più accettabile della ragazza femminile sovrappeso, non lo so, comunque fatto sta che a un certo punto questo problema è sparito proprio da solo. E poi facendo la transizione è quasi appunto sparito.
> (Partecipante 3- Uomo Trans, Bisessuale)

> Nel momento in cui ho iniziato ad avere rapporti con donne, è migliorato, nel senso che il peso del giudizio si è praticamente azzerato, cioè l'unico giudizio è il mio. Non mi sono mai sentita giudicata fisicamente, cioè dal punto di vista delle fattezze fisiche, dalla persona con cui stavo o che poteva piacermi o con cui mi relazionavo, no. Quello devo dire che è assolutamente migliorato, mentre in fase, diciamo così, forzatamente eterosessuale quella cosa la pativo, assolutamente, soprattutto in confronto con le altre (…) perché lì credo che sia proprio il prodotto meglio riuscito del

patriarcato, nelle donne eterocis… cioè, ci sia proprio la tendenza a farsi a pezzi in maniera reciproca.
(Partecipante 15 – Non Binary, Lesbica)

La magrezza può, quindi, divenire anche uno strumento di neutralizzazione del corpo, che porta con sé un significato profondo di sfida, ribellione e difesa dallo sguardo patriarcale oggettivante e sessualizzante. L'idealizzazione di un corpo androgino non sessualmente connotato, in questo senso, può essere legato, anche nelle soggettività trans*, non necessariamente ad un'esigenza di rispecchiamento e affermazione della propria identità di genere, quanto al desiderio di resistere al *male gaze* e alla cultura ciseteropatriarcale. La difficoltà o il rifiuto di aderire ai ruoli di genere imposti alla femminilità, possono essere in questi casi gestiti e trasformati per mezzo di una modificazione di come il corpo appare e performa la femminilità stessa.

[*con un corpo androgino*] gli attributi sessuali erano più nascosti e io li volevo nascondere in un certo senso, no? (…) se avevi quel tipo di fisicità, mi sembrava appunto che non sarei stata vista per le mie tette, ma per la persona che ero, perché appunto c'era sempre questo scherzo che girava, no? Che appunto "entrano prima le tette e poi E.", oppure cioè "quando entri nella stanza aumenta l'entropia dell'universo". Oppure gente che mi parlava guardandomi le tette… e a me questa roba qua mi disturbava tanto, no? Anche perché, appunto, ero in una fase in cui tutto quello che era sessuale, considerato sessuale, per me era una cosa negativa e quindi … cioè, mi sembrava di essere, e lo ero, oggettificata.
(Partecipante 22- Agender Questioning, Pansessuale)

Io avevo una percezione di me stessa come diversa o inadeguata a certi ruoli, che andava ben al di là della sola immagine corporea. (…) cioè, non ho mai posto in questione, in realtà neanche adesso, la mia identità come donna però (…) in questo senso c'era un disagio, un sentire di non appartenere, non *fit in*. (…) io quello che soffrivo di più è il dover essere una donna femminile e in qualche modo il dover essere interessata e suscitare l'interesse degli uomini, secondo certi canoni. (…) Sicuramente è molto difficile scindere questa sensazione di non essere adeguata al ruolo femminile di donna, dal

(…) non avere un corpo ideale dal punto di vista della attrattività sessuale eterosessuale, no?
(Partecipante 11 – Donna Cisgender, Bisessuale)

Gli ideali estetici, pertanto, variano non solo a seconda dei diversi generi, ma anche dell'intersezione dei singoli posizionamenti identitari, subendo pressioni diverse e peculiari provenienti sia dalla macro-cultura ciseteronormativa, che dalle micro-culture presenti all'interno della comunità LGBTQIA+.

A partire da quest'appartenenza contestuale molteplice e simultanea, le persone possono subire una duplice influenza da parte di norme corporee che talvolta arrivano a coesistere, altre a confliggere ed altre ancora ad influenzarsi vicendevolmente, l'una rinforzando o attenuando l'altra.

A un certo punto è come se si fossero sovrapposti il volere un'ideale maschile e un'ideale femminile perché dentro di me volevo vedermi maschile, sempre in termini generici. Poi però comunque essendo socializzato come donna, sentivo di dover rientrare anche in quelli femminili, quindi desideravo entrambi allo stesso momento per motivi diversi (…) non solo il desiderio di vedersi maschile, ma la pressione di essere femminile in un certo modo, quindi magra, perché poi io andavo a fare un'equazione tra magro e maschile. Volevo essere più magra per tanti motivi: perché non volevo essere presa in giro, ma anche perché volevo vedermi con un fisico diverso. Quindi si sono sovrapposte delle cose.
(Partecipante 3- Uomo Trans, Bisessuale)

Per me il rapporto col peso è stato problematico sia per la mia identità di genere, ma anche per quello che è il genere con cui sono stato cresciuto, il mio sesso assegnato alla nascita che si portava dietro certe aspettative.
(Partecipante 9 – Transmasc Non Binary, Bisessuale)

Un altro importante bisogno psico-emotivo a cui una specifica immagine corporea può rispondere, è il bisogno di affermazione identitaria. La maggior parte delle persone

intervistate, soprattutto persone con identità trans* binarie e non binarie, hanno descritto la presenza di un'ideale corporeo distante da ciò che le norme sociali considerano auspicabile e desiderabile, segnando un netto contrasto con l'idea di una volontà di conformarsi a dei modelli estetici con cui spesso vengono, invece, spiegati i disturbi dell'alimentazione.

La generica magrezza può essere, infatti, più specificamente declinata nel desiderio di raggiungere un ideale corporeo "androgino", "asessuato" o "efebico" attraverso il quale sottrarsi ai processi di genderizzazione, così da non poter essere letto, interpretato e "interpellato" (Butler, 1993) secondo norme di genere binarie.

> A me non interessava avere appunto, un corpo che fosse gradevole per i ragazzi o attraente per loro. Io non volevo avere curve, non volevo avere i fianchi, non volevo avere il seno. Cioè, se pensavo al corpo che desideravo era appunto …non tanto un corpo da bambina, ma proprio un corpo che somigliasse a quello che sentivo di essere, ecco.
> (Partecipante 5 – Non Binary, Demisessuale Biromantico)

> Un po' un ragazzino, un adolescente ragazzino, una figura un po'… non del tutto sessualizzata, no? Cioè, sicuramente un corpo di maschio, quindi col petto piatto, coi fianchi stretti, però, non un maschio adulto con le spalle larghe, col petto comunque largo. Ma per me l'ideale è, non so se la parola è giusta, un po' efebico.
> (Partecipante 10 - Uomo Trans, Gay)

> Io ho sempre avuto voglia di avere un corpo molto longilineo e da un certo punto in poi mi ha incominciato a dare fastidio l'idea di avere un seno particolarmente grosso, dei fianchi particolarmente pronunciati, perché in un certo senso, appunto, non avendoli potevo molto facilmente travestirmi un po' e anche cancellarli, no? (…) nel senso che appunto penso anche di aver messo su una serie di strategie più o meno, generalmente abbastanza inconsce, però per mantenere il mio corpo in questa sorta di limbo dove non è totalmente un corpo femminile, non è ovviamente un corpo maschile. Però, appunto, può essere travestito e un po' asessuato, ecco, direi.
> (Partecipante 7 – Questioning, Bisessuale)

> Rimango molto più incantata, sbalordita, ammaliata e anche con il senso di "Madonna che darei per essere così" quando vedo le colleghe Drag Queen rispetto a delle donne, delle attrici …Sì, sì, non ho mai voluto essere Kate Blanchet non lo so, però ho voluto essere un sacco di Drag Queen, ma proprio… si! (…) Mi avessero dato la famosa lampada di Aladino e avessi potuto avere a disposizione tre desideri, avrei voluto avere le tette enormi per una settimana (…) Stessa cosa per il pene (…) E il terzo desiderio è tutto quanto insieme, è avere tutto quanto insieme.
> (Partecipante 4 – Genderfluid, Pansessuale)

L'idealizzazione di una determinata immagine corporea può esercitare quindi una funzione diversa dal raggiungimento di una mera validazione estetica, rispondendo invece a un bisogno profondo di autoriconoscimento e validazione identitaria.

Perseguire un ideale estremamente magro o androgino può configurarsi, in definitiva, come la possibilità di ottenere un corpo neutro su cui poter riscrivere i propri significati più intimi ed autentici, esercitando in qualche modo il proprio diritto di riappropriazione e risignificazione identitaria.

c) Il Rapporto con il Corpo: tra Espressione, Dissociazione e Autolesionismo

Quest'ultimo sottotema mira a mettere in luce le diverse modalità con cui la coesistenza tra corpo vissuto, corpo idealizzato e corpo socializzato o assoggettato alla cultura egemonica possano impattare sul rapporto che la persona nel tempo instaura con il proprio Sé incarnato.

Le narrazioni evidenziano come, fin dall'infanzia, il corpo rappresenti fonte e strumento principale di comunicazione simbolica attraverso cui esprimere istanze e bisogni, talvolta prima ancora di giungere ad una loro piena mentalizzazione: bisogni di

affermazione e ribellione, così come il ricorso all'auto-silenziamento e alla dissociazione si esprimono in modo analogo, ma differente, attraverso il linguaggio corporeo testimoniando una relazione con il proprio corpo che si configura come conflittuale, scissa o ambivalente.

Per la maggior parte delle persone intervistate, infatti, l'espressione corporea, in particolare attraverso l'abbigliamento, ha consentito di dar voce a vissuti emotivi ed istanze identitarie difficilmente verbalizzabili.

Se per alcune di esse, soprattutto nell'infanzia in cui la necessità di rispettare le limitazioni esterne è percepita in misura minore, il corpo ha rappresentato uno strumento di affermazione della propria identità, per altre ha rappresentato uno scudo protettivo attraverso cui difendere, nascondendolo, il proprio Sé più profondo considerato inaccettabile e privo di valore a partire dall'interiorizzazione dello sguardo sociale.

> Gli 8- 10 anni mi ricordo che sono stati in un periodo in cui pur non capendo, pretendevo di vestirmi nel modo più maschile possibile. Io ho sempre rifiutato gonne eccetera e quindi diciamo magari cercavo di esprimermi in questa maniera qua.
> (Partecipante 20 – Non Binary, Pansessuale)

> Era una cosa su cui mi piaceva molto giocare e appunto tutt'ora ho anche tutta una serie di vestiti, diciamo molto femminili, una serie di vestiti invece molto maschili, da un punto di vista stereotipico ovviamente, che mi piace molto alternare da una parte, dall'altra.
> (Partecipante 7 – Questioning, Bisessuale)

> Non volevo essere vista assolutamente. (…) Ho sempre indossato abiti che mi…cioè, neri, cose larghe, cose che mi coprivano, non riuscivo neanche a percepirmi come essere guardabile.
> (Partecipante 1- Donna cis, demisessuale)

In alcuni casi, inoltre, il bisogno di autoaffermazione si è tradotto in veri e propri comportamenti oppositivi con cui esprimere, attraverso il linguaggio corporeo e non solo, la propria ribellione verso un sistema oppressivo che pretende di disciplinare la libertà individuale per mezzo di norme rigide ed arbitrarie, legate all'espressione e ai ruoli di genere. La modificazione del corpo o dell'espressione di genere è vissuta non come mero abbellimento volto ad ottenere il compiacimento altrui, ma al contrario come potente gesto politico di riappropriazione del proprio corpo volto a sfidare lo sguardo ciseteropatriarcale. In questo caso, il corpo non si configura come mera vittima o oggetto di controllo sociale, ma si impone come agente o soggetto di resistenza attraverso cui sfidare e sovvertire le strutture di potere.

> Ho detto "OK, allora sì, se devo essere proiettata verso il genere maschile, allora devo, devo fare una strage". E hanno cominciato i primi trucchi, i primi capelli colorati. I capelli poi in tutti i modi, jeans molto stretti, minigonne molto corte. Si, volevo testare il mio potenziale, visto che non mi posso esprimere a 360 ° ma solo a 180, e quei 180 li devo coprire tutti (...). Al posto di chiudermi a riccio, al posto di chiudermi nell' "armadio", io ho fatto esattamente il contrario… forse anche un po' in maniera forzata.
> (Partecipante 4 – Genderfluid, Pansessuale)

> Io ho reagito, ricordo, iniziando a esasperare certi aspetti, per cui parlavo come uno scaricatore di porto, parolacce, bestemmie. Mi mettevo, pur essendo sempre andato bene a scuola, però mi mettevo in opposizione con gli insegnanti per sembrare insomma più ribelle di quanto… perché era quello che mi sembrava, era il modo in cui mi sembrava di poter affermare chi… chi ero, insomma.
> (Partecipante 10 - Uomo Trans, Gay)

> Il rapporto col corpo per una persona queer ha anche molto a che fare con la riappropriazione del corpo e anche con il fatto di andare fuori dai binari che sono previsti per un genere o per l'altro, no? Mi sono fatta questa cosa, l'undercut, che è una stupidata, mi rendo conto che è una stupidata, però ha molto a che fare con, appunto, il fatto di dire "ho i capelli lunghi, sì, ma non

per piacere agli uomini. Per piacere a me". Quindi anche di sfida allo sguardo etero normato.
(Partecipante 22- Agender Questioning, Pansessuale)

Laddove, inoltre, ogni possibile strategia di controllo corporeo e interpersonale si riveli insostenibile, fallace o inefficace a gestire il proprio dolore esistenziale, le narrazioni rivelano in molti casi una profonda scissione tra mente e corpo. Di fronte, infatti, alla pervasività delle limitazioni imposte e all'impossibilità di aderire ad un modello normativo, allontanare la consapevolezza da un corpo che è allo stesso tempo fonte di non riconoscimento sociale e personale, può apparire come l'unica soluzione per far fronte all'estrema sofferenza provocata dal senso di estraneità, esperito sia a livello corporeo che interpersonale.

Mi sento come il signor Capo di art Attack. Cioè, come se io esistessi da qui in su, dal collo in su, come se esistesse solo la mia testa e quindi ho difficoltà anche a percepirmi proprio corporeamente.
(Partecipante 1- Donna Cisgender, Lesbica Demisessuale)

Era come se avessi la mente separata tra ciò che sai e ciò che senti, così come è separata tutt'ora la mia mente tra ciò che so - ho un corpo femminile - e ciò che sento - mi guardo nello specchio, incontro il mio sguardo ed è lo sguardo di un uomo. E la stessa cosa è la separazione tra ciò che so - un organismo per sopravvivere ha bisogno di questo [*il cibo*] - e ciò che sento - io però non ne ho bisogno, io riesco lo stesso anche senza.
(Partecipante 10 - Uomo Trans, Gay)

Per molte persone LGBTQIA+, pertanto, il corpo diviene il campo di battaglia primario su cui si giocano tensioni sociali, politiche e relazionali e l'unico strumento per mezzo del quale cercare di preservare la propria sopravvivenza psichica.

Il rapporto conflittuale con un corpo così politicizzato, e in conseguenza di ciò spesso soggettivamente non accettato o non riconosciuto, può manifestarsi anche attraverso espressioni di dismorfismo corporeo e, nei casi più estremi, di autolesionismo. Quest'ultimo è descritto sia come un'espressione ultima di rifiuto, odio e disgusto nei confronti di un corpo che non rispecchia i modelli idealizzati e pertanto inaccettabile, sia come il tentativo estremo di riconnettersi con un corpo che non si percepisce più come proprio.

> Fino all'inizio della transizione, un po' anche dopo (…) sono state sempre sensazioni di estraneità rispetto al mio corpo alternate a disgusto, disagio (…) quindi o vivevo facendo finta di non avere un corpo e quindi da lì i sentimenti di estraneità, oppure shock, quasi orrore, antipatia verso la mia immagine (…) quindi disagio… disagio, disagio, disagio.
> (Partecipante 3- Uomo Trans, Bisessuale)

> In alcune fasi della mia vita sono arrivato a procurarmi del male perché il seno lo odio proprio, cioè non è non è una parte di me. Io lo detesto proprio.
> (Partecipante 10 - Uomo Trans, Gay)

> Per sentire di nuovo il corpo, cioè io mi facevo male in modo molto, molto grave. E lo facevo anche per riconnettermi col corpo da un lato, per risentirlo… cioè, non solo per abusarne, per punirlo….ma lo facevo anche un po' per sentirlo questo corpo, perché non lo sentivo, io.
> (Partecipante 12- Donna Trans, Bisessuale Questioning)

L'alterazione del rapporto con il corpo nelle soggettività queer si configura, pertanto, come l'esito di un'esperienza fortemente relazionale, condizionata dai processi di socializzazione e normalizzazione che influenzano profondamente l'integrazione tra mente e corpo, ovvero l'esperienza del Sé incarnato. Il processo di embodiment (Piran, 2016) è pertanto plasmato dalla ciseteronormatività quale struttura sociale dominante che

impone un sistema di norme, aspettative e relazioni interpersonali in grado di perturbare il modo in cui la persona vive, comunica e percepisce il proprio corpo.

I vissuti corporei conflittuali, in particolare le espressioni di dismorfismo, ribellione e dissociazione, si configurano di conseguenza come complesse risposte di resistenza ad un ambiente pervasivamente invalidante, attraverso cui affermare il proprio Sé più autentico, proprio attraverso quella corporeità che si cerca in modo paradossale di negare e silenziare.

III. Il Disturbo Alimentare come Strategia di Sopravvivenza

Questo terzo tema entra più specificamente all'interno del quadro clinico alimentare, esplorando i significati funzionali di cui esso si è alimentato, e con cui poi si è mantenuto, durante i percorsi di soggettivazione e di embodiment, così come sono stati influenzati e plasmati dal Minority Stress e dai modelli normativi egemonici approfonditi nei temi precedenti, evidenziando come tali traiettorie evolutive abbiano costruito un terreno fertile per l'insorgenza del disturbo.

Il disturbo alimentare viene, infatti, descritto come una modalità estrema di sopravvivenza in grado di assolvere funzioni complesse che a livello relazionale, corporeo e intrapsichico sono state a lungo precluse e negate da un contesto oppressivo e pervasivamente invalidante.

L'alterazione patologica del rapporto con il proprio corpo e con il cibo si configura in questo senso come una paradossale strategia di coping attraverso la quale cercare di fronteggiare emozioni complesse non riconosciute, riprendere il controllo di una vita fortemente disciplinata da agenti esterni e affrontare un vuoto identitario affermando la

propria legittima esistenza e/o rinunciando drammaticamente ad occupare quello spazio nel mondo che è stato loro pervasivamente negato.

Le funzioni assunte dal sintomo alimentare riproducono e rinforzano, pertanto, le medesime strategie di coping messe in atto in risposta al Minority Stress, come discusso in precedenza, che giungono ad esprimersi sempre più prepotentemente attraverso il corpo quale potente canale materiale e incarnato di comunicazione.

I tre sottotemi individuati mettono in luce, pertanto, come nelle soggettività LGBTQIA+ il disturbo alimentare rappresenti un dispositivo di resistenza e sopravvivenza in cui il tentativo di ottenere *agency*, affermazione e validazione o al contrario neutralità, conformità e invisibilità si intreccia potentemente ad esperienze sistemiche di marginalizzazione e violenza simbolico-strutturale.

a) *Funzione di Controllo, Agency e Ribellione*

Il controllo è una delle funzioni più frequentemente associate ai disturbi dell'alimentazione e il bisogno che più di ogni altro i comportamenti alimentari disfunzionali cercano di soddisfare.

Ciò è ancor più vero per le soggettività queer, per le quali la sottrazione del diritto di *agency* sulla propria vita, sui propri corpi e sulle proprie relazioni, è un dispositivo di controllo deliberato con cui il sistema ciseteropatriarcale regola i rapporti di potere riproducendo sé stesso. Come affermato da molte persone intervistate, infatti, il comportamento alimentare disfunzionale ha rappresentato una risposta reattiva alla perdita di controllo in aree significative della propria vita: affetti, corpo, desideri, identità.

In questo senso il cibo diviene l'unico elemento materiale su cui poter imporre la propria volontà, sperimentando un senso di potere e di *agency* difficilmente esplicabile altrove, al fine di riappropriarsi simbolicamente dell'autodeterminazione negata e tentare di tenere insieme un'identità spesso disgregata.

> Ero partito pensando di voler controllare non tanto il corpo, ma il cibo. Proprio il bisogno di qualcosa. Volevo, come dire…siccome avevo appunto perso il controllo sulla mia vita, pensavo che prendere il controllo sul cibo avrebbe significato riprendere il controllo su tutto quanto.
> (Partecipante 10 - Uomo Trans, Gay)

> La mia vita ha preso una piega differente da quello che mi sarei aspettata, ma io non posso cancellare quello che mi sento di essere per la vita che conduco. E quindi ci sono dei periodi in cui io mi sento veramente a disagio. Questo non aiuta neanche dal punto di vista dell'immagine corporea, perché poi io tendo a cercare di controllare quello che mi è rimasto di controllabile controllando l'alimentazione. Perché di fatto certi pensieri, certi desideri, certe incongruenze che ci sono…non sono, non sono gestibili.
> (Partecipante 14 – Donna Cisgender, Lesbica)

Il disturbo dell'alimentazione come atto di r-esistenza è messo in luce anche dalle narrazioni di alcune persone intervistate che hanno descritto una dimensione volutamente oppositiva e trasgressiva del proprio comportamento alimentare. Rifiutare il cibo e/o alterare la forma del proprio corpo diventa una strategia mirata a sfidare i codici e le pressioni normative, poiché vìola la pretesa di passività e invisibilità con cui si cerca di soffocare le soggettività non conformi all'ordine sociale. Il disturbo alimentare, pertanto, piuttosto che essere espressione di una volontà di conformarsi a modelli estetici culturalmente definiti, può essere letto come un atto di ribellione simbolica e materiale contro sistemi familiari, sociali ed istituzionali oppressivi, fondati sulla ciseterosessualità obbligatoria.

> Ho iniziato a non mangiare più e mi ricordo anche questa cosa, di insaccarmi, comunque di vestirmi con delle cose molto più ampie del dovuto. Non lo so, come se volessi nascondermi, ma non soltanto a lui o non tanto a lui [*suo marito*] (…), ma come se non volessi dare agli altri la soddisfazione di avermi piegato. Non so come dire, no? Cioè, "ok, allora adesso è finita la mattata. Sei una donna, stai con un uomo. Possiamo metterci tutti tranquilli che questa roba l'abbiamo risolta" e quindi quello è stato un po' il mio modo di ribellarmi a questa cosa.
> (Partecipante 10 - Uomo Trans, Gay)

> Cioè, sembrava un po' un volere una rivincita verso tutte le cose passate, verso gli anni passati, no? eccetera. Una rivincita che però non doveva…sembrava come se dovesse passare assolutamente anche da un corpo magro.
> (Partecipante 8 – Donna Cisgender, Bisessuale Pansessuale)

Da questa prospettiva il disturbo alimentare diviene anche uno strumento di auto-regolazione emotiva in cui il cibo diviene vettore primario di rabbia, ansia, tristezza e inadeguatezza in grado di sublimare il senso di frustrazione, vittimizzazione ed impotenza. Come osservato in precedenza, infatti, il costante monitoraggio del corpo e delle calorie assunte è spesso un comportamento rinforzato e approvato da una cultura fortemente grassofobica, in cui la restrizione e la magrezza sono lette aprioristicamente come simboli di forza e determinazione, fungendo da fattori di mantenimento del disturbo.

> E poi anche una cosa che io ho sempre pensato fosse parte della mia componente maschile, con questo voglio dire che è una cosa assurda dei maschi, però la capacità di resistenza, di fare a meno, cioè per me era quello la cosa che io andavo a cercare. (…) Col senno di poi, penso "certo, io posso fare a meno di tutto, ho fatto a meno di essere quello che sono per tutti questi anni". E quindi anche queste due cose qui sono collegate. La rinuncia ad essere quello che sono e la rinuncia all'alimentazione.
> (Partecipante 10 - Uomo Trans, Gay)

> Vedevo altre ragazze, donne trans, no? E sentivo la loro esperienza "eh io con gli ormoni ho messo sui 10 chili" (…) io questa cosa, anche lì, dovevo essere più forte degli ormoni, dovevo dimostrare che io non l'avrei preso il peso. (…) Cioè, io questa cosa la volevo negare, non tanto per negare l'aumento di peso quanto più come affermazione di forza, di potenza proprio. Cioè, come dire, quello che poi si sviluppa penso anche in tante ragazze che ho sentito, no? "Io sono più forte delle altre perché non ho bisogno di mangiare". Io ero più forte delle altre perché non mettevo su peso. E poi ero più forte anche delle ragazze cis, perché non mangiavo. Cioè, un Dio praticamente, una dea scende in terra.
> (Partecipante 12- Donna Trans, Bisessuale Questioning)

La prospettiva della rinuncia e del rifiuto resistente illumina una componente del disturbo alimentare abitata da un'ambivalenza sostanziale: la materializzazione incarnata della sofferenza e dell'oppressione che è al contempo conseguenza della violenza subìta, atto autopunitivo e contraltare dell'adattamento forzato alle pressioni normative.

b) Funzione Identitaria e Affermativa

Questo sottotema esplora una funzione specifica e peculiare che il disturbo alimentare può assolvere nelle soggettività di genere e sessuali socialmente minorizzate.

Il bisogno di affermazione identitaria rappresenta, infatti, un nucleo nevralgico dell'esperienza delle persone LGBTQIA+, esposte fin dall'infanzia a situazioni e contesti strutturalmente invalidanti. Per molte delle persone intervistate il sintomo alimentare si è così consolidato come uno strumento utile ad esplorare, affermare e rendere visibile il proprio vero Sé modificando, navigando fluidamente o sottraendosi del tutto al sistema di posizionamenti identitari pensato sulla base di una normatività binaria.

> Man mano che vedevo il corpo asciugarsi, perdere qualsiasi tipo di curva, qualsiasi tipo di forma e appunto diventare corpo così privo di connotati sessuali, mi sono accorto proprio che ero felice, lì mi si è un po' accesa una lampadina (…) non ho avuto il ciclo per 15 anni e mi vestivo al reparto 10-12 dei negozi per bambini. Quindi ero tornato a prima che le cose diventassero necessariamente o femminili o maschili.
> (Partecipante 10 - Uomo Trans, Gay)

In particolare, per le persone trans* il controllo dell'alimentazione è stato utilizzato come un dispositivo di autodeterminazione attraverso cui apportare quelle modificazioni corporee percepite come necessarie ad attenuare i vissuti disforici, riallineando la propria immagine corporea alla propria identità di genere.

Confermando i dati presenti in letteratura, la magrezza è descritta quasi universalmente come un marcatore di neutralità su cui poter poi inscrivere i significati identitari desiderati: se sui corpi AFAB è, infatti, lo strumento più efficace a ridurre ed invisibilizzare i caratteri sessuali secondari femminili, sui corpi AMAB è funzionale ad ottenere quel corpo minuto e longilineo culturalmente attribuito alla femminilità. In entrambi i casi, la neutralizzazione dei corpi sessualmente connotati attraverso il sintomo restrittivo, è descritta come quella zona grigia che consente, sia alle persone binarie che non binarie, di trovare flessibilmente il proprio posizionamento tra i generi.

> Ed è quello che io ho cercato poi di ottenere quando ho smesso di mangiare e lì c'ero riuscito (…) ero un ragazzino, sì, ma magro o debilitato, denutrito. Però comunque avevo il petto piatto, non avevo il ciclo e io non sono particolarmente alto, sono 1.65 e quindi l'insieme, diciamo fisicamente poteva essere quello di un ragazzino molto magro.
> (Partecipante 10 - Uomo Trans, Gay)

> Dimagrire poi per me era comunque un'affermazione del, diciamo, cioè era un po' togliermi quella parte di femminilità che rifiuto (…) chiaramente il seno diventa più piccolo, i glutei anche, i fianchi si vedono di

meno e quindi anche da quel punto di vista per me era soddisfacente… quindi un po' un corpo tra virgolette asessuato.
(Partecipante 20 – Non Binary, Pansessuale)

La magrezza in questo senso qua, per esempio, poteva corrispondere, almeno nei miei desideri, alla perdita delle forme, per dire. Quindi se hai meno forme, potresti avvicinarti ad un fisico tradizionalmente maschile, nel senso che… ovviamente non mi permetteva di togliere il seno però, che ne so, mi toglie i fianchi oppure mi toglie le cosce, quindi la vedevo come…la possibilità di dimagrire mi sembrava la possibilità di avere un fisico più asciutto e quindi in qualche modo più maschile.
(Partecipante 3- Uomo Trans, Bisessuale)

Tuttavia, il sintomo alimentare non è descritto solamente come un dispositivo strumentale a modificare la propria immagine corporea, ovvero "mirato alla costruzione del mio corpo per come io lo volevo" (Partecipante 4 – Genderfluid, Pansessuale), ma in alternativa o parallelamente a tale funzione se ne associa spesso un'altra di natura più prettamente identitaria.

L'egosintonia tipica dei disturbi alimentari li rende, infatti, disturbi percepiti come coerenti con l'immagine di Sé sviluppata o idealizzata dalla persona, tale da rinforzarla e valorizzarla fino al punto da sostituire l'Io talmente in profondità da con-fondersi con il disturbo stesso. In un contesto strutturalmente invisibilizzante che non offre alle soggettività queer rappresentazioni, modelli e linguaggi in cui potersi rispecchiare e riconoscere, il disturbo alimentare è in grado di colmare il vuoto identitario provocato dall'assenza di un Sé sufficientemente solido e integrato, fino a diventarne parte integrante.

E un po' è una cosa che sotto sotto ho paura che mi portino via.
Cioè, è un po' come, non so, la mia arma segreta, no? Una cosa che io posso usare per prendere in mano la situazione. E se me la portano via? Poi

non sono più capace, quindi è una cosa che paradossalmente mi ritrovo a un po' a difendere.
(Partecipante 10 – Uomo Trans, Gay)

I disturbi alimentari non ti lasciano mai, li gestisci (…) Forse è anche legato alla radice da dove provengono. È proprio una parte di te. (…) perché a volte quando non ti trovi devi diventare qualcuno.
(Partecipante 4 – Genderfluid, Pansessuale)

I disturbi dell'alimentazione possono pertanto configurarsi come un modo per affermare la propria esistenza e per diventare qualcunə in un mondo che nega legittimità ai corpi queer come "corpi che contano" (Butler, 1996), esponendoli ad una continua lotta tra invisibilizzazione e riconoscimento.

c) ***Funzione di Occultamento e Compensazione***

Un terzo insieme di significati funzionali attribuiti frequentemente al disturbo alimentare dalle soggettività LGBTQIA+ intervistate, distinta ma correlata alla funzione affermativa descritta in precedenza, è il tentativo di ottenere forme di validazione occultando il proprio vero Sé o cercando di compensarne l'intrinseca imperfezione per mezzo del sintomo alimentare.

In particolare, il desiderio di occupare meno spazio, di essere invisibili o di scomparire è riportato frequentemente in associazione ad un profondo senso di anormalità, vergogna e colpa. In linea con le strategie di coping messe in atto in risposta al Minority Stress esperito a causa della propria identità non-normativa, come discusso in precedenza, il disturbo alimentare emerge allo scopo di rafforzare le medesime difese

di occultamento identitario, utilizzando il corpo come ulteriore rifugio e vettore di significati.

Per le persone queer spesso la visibilità è legata sì, all'affermazione e all'autodeterminazione, ma anche al potenziale rischio di vittimizzazione, microaggressioni e invalidazioni. In questo senso, il desiderio di passare inosservate e sottrarsi agli sguardi giudicanti, oggettivanti e sessualizzanti si traduce e si incarna nel corpo come potente strumento di espressione simbolica.

> Soprattutto il non voler essere vista. Può rientrare all'interno di qualcosa che è normale, quindi un corpo anoressico (…) quello era la normalità. Se non rientra in questi canoni allora non devi essere vista, ma non esisti, non esisti proprio (...). Dopodiché non esisteva nient'altro, tutto quello che esiste rivolto a un qualcosa che non rientra nei canoni, cioè, avere una pulsione, un'attrazione sessuale nei confronti di una donna, devi reprimerlo perché non rientra nella norma e quindi non può esistere. Non puoi essere, non puoi, non c'è.
> (Partecipante 1- Donna Cisgender, Lesbica Demisessuale)

> Una vergogna, sia per come appari sia per quello che pensi o per quello che desideri e che comunque ci viene ricordato tutti i giorni che non vai bene. Anche la tendenza, secondo me a farsi più piccola, cioè più piccoli, più piccole, cioè la tendenza a occupare meno spazio perché non vuoi attirare l'attenzione su di te e quindi non lo so, se si può convertire in un desiderio che il proprio corpo anche occupi meno spazio e quindi che sia più magro, che sia più piccolo o comunque che passi più… sì, come dire, più inosservato, no? Cioè, per certi momenti della mia vita, questo era il desiderio, cercare di passare più inosservata.
> (Partecipante 8- Donna Cisgender, Bisessuale Pansessuale).

In altri casi, la volontà di agire sul corpo modificandone forme e dimensioni è legato ad una più esplicita ricerca di validazioni esterne che si tenta di ottenere per mezzo dell'aderenza ai modelli estetici maggiormente valorizzati a livello sociale. Tale desiderio di conformità ai canoni estetici esercita una funzione compensativa rispetto alla non

conformità identitaria: se non è possibile esercitare alcun controllo sulla natura illegittima della propria identità sessuale, è possibile o addirittura doveroso aderire alla normatività sul piano corporeo.

Il bisogno, pertanto, di compensare un Sé considerato abietto e inaccettabile con un corpo apprezzabile e desiderabile diventa una forma di negoziazione con l'ordine simbolico-normativo, in cui il corpo è utilizzato come un dispositivo di legittimazione socio-relazionale per espiare la propria colpa originaria o guadagnare il proprio posto nella gerarchia sociale. Il corpo magro, e in quanto tale conforme, è descritto quindi come un lasciapassare sociale attraverso il quale diventare finalmente meritevoli di amore, validazione e riconoscimento.

> Quando io ho iniziato ad avere problemi alimentari (…) il motivo principale era un senso di grandissima inadeguatezza che io percepivo. (…) sicuramente una certa difficoltà a comunicare, una certa difficoltà ad accettarsi naturalmente per tanti motivi, di difficoltà ad accettare il proprio corpo, difficoltà ad accettare ciò che ti dice la testa, no, una certa vergogna.
> (Partecipante 8- Donna Cisgender, Bisessuale Pansessuale).

> Il mio sentirmi diverso, tra virgolette, in quel momento mi sentivo sbagliato e non riuscivo a cambiare questa cosa dentro di me e quindi la soluzione nella mia testa è stata, "faccio tutto quello che posso, che è in mio potere, per poter essere quello che gli altri desiderano, quello che gli altri vedono come giusto, normale, accettabile". E quindi è stato lo studio (…) è stato l'educazione, la gentilezza, l'essere bambino modello, un primogenito (…), bravo, un esempio. E poi è stato anche il corpo, è stato anche il corpo che è diventato il mio campo di battaglia per questa cosa, tutto perché avevo bisogno di essere amato in qualche modo e quello mi sembrava lo strumento più adeguato, in quel momento.
> (Partecipante 6 – Uomo cisgender, Gay)

> Finalmente posso esplorare la mia sessualità con tutte le sue sfumature, per poterlo fare, però, bisogna che io sia bella, abbia un corpo che

viene desiderato, avevo capito… cioè, quindi è qui che si insidia, secondo me, la cosa anche dell'orientamento sessuale.
(Partecipante 8- Donna Cisgender, Bisessuale Pansessuale)

In alcuni casi, inoltre, le diverse funzioni finora esplorate possono essere compresenti o susseguirsi durante il decorso del disturbo alimentare, parallelamente al percorso di esplorazione e autodeterminazione identitaria.

Non solo la magrezza, infatti, ma anche il grasso corporeo può essere utilizzato come uno strumento in grado di esercitare funzioni multiple: come un involucro protettivo per occultare a sé o agli altri il proprio nucleo identitario, ma anche come un mezzo di affermazione identitaria per nascondere, neutralizzandoli, i caratteri sessuali secondari non desiderati.

La migrazione trans-diagnostica spesso osservata nei quadri clinici alimentari (Fairburn et al., 2003) può assumere in questa prospettiva significati unici e peculiari: il passaggio da un'alimentazione restrittiva, ad un'alimentazione incontrollata, a condotte compensative, in un circolo vizioso auto-perpetuante, può essere legata a correlati ideali corporei che rispondono a sottesi bisogni di occultamento, successiva emersione ed affermazione identitaria, seguendo traiettorie evolutive differenti per ogni singola soggettività accomunate dal desiderio profondo di essere vistɜ in modo autentico.

Ho cominciato questa dieta proprio quando ho detto "OK, sì, il tema dell'identità di genere per me è un tema, ho bisogno di esplorarlo". Il solo dirlo a me stesso mi ha fatto sentire una presenza anche nel mio corpo che non ho mai sperimentato in vita mia. È scattato qualcosa in questo senso, ho detto "Ok", volevo prendermi cura di me (…) Avevo proprio bisogno di tirarmi fuori da tutto quel grasso, perdona l'espressione (…) Quindi ho fatto la dieta per questo (…) però mi sono reso conto che dimagrendo c'erano alcuni aspetti del mio corpo che mi sembrava fossero più evidenti e che mi hanno creato parecchie disforia (…), quindi dimagrendo la forma dei fianchi, (…) era più evidente, il seno paradossalmente mi sembrava più evidente (…)

> i tratti del viso più magro mi sembravano ancora più femminili e quindi mi sono reso conto che sono un po' ingrassato (…) perché mi rendevo conto che in effetti stavo più a mio agio con un po' più di ciccia addosso che senza.
> (Partecipante 9 – Transmasc Non Binary, Bisessuale)

> Adesso ho il problema opposto, in realtà. Adesso ho dei problemi di binge eating e… un po' per volermi nascondere, no? Però questo in realtà è anche dato molto dalla comunità gay, questo volermi nascondere perché, quando ho iniziato a frequentare l'ambiente appunto gay, io ero molto magro e piacevo molto…però ho ottenuto l'effetto opposto, cioè nessuno mi considerava o mi riteneva intelligente o altro, se non… cioè, gli interessava solo "Ok, sei un bel ragazzo" e finiva lì.
> (Partecipante 21 – Uomo Cisgender, Gay)

> Mangiare in un certo modo è anche una…. può essere un'immagine molto maschile, nel senso l'immagine del maschio che è vorace, che mangia un po' anche sbattendosene e non come la società vorrebbe che le donne mangiassero e quasi in maniera, ovviamente, poco sana. Però è quasi… afferma la tua identità in qualche modo, cioè, inizi un po' più a…Ho iniziato a giocare un po' con questa cosa (…) ci sono tantissimi punti di contatto nel mio vissuto, ma immagino quello di tanti altri, anche molto fantasiosi, perché no quando ti dico… sì, prima mangiare tanto mi faceva venire l'ansia di avere più forme e poi mangiare tanto mi immaginavo magari come un uomo che mangiava tanto e quindi è diventato il contrario di quello che era stato.
> (Partecipante 3- Uomo Trans, Bisessuale)

La complessità di tali dinamiche simboliche e funzionali evidenzia la natura spesso adattiva dei disturbi alimentari che assumono la forma di strumenti paradossali di sopravvivenza e resistenza nei confronti di contesti fortemente oppressivi, in grado di rivendicare forme, seppure dolorose, di legittimazione e auto-determinazione.

IV. Risorse e Proposte per un Nuovo Approccio alla Cura

Quest'ultimo tema si focalizza su due dimensioni fortemente interconnesse: da un lato le risorse e dall'altro le criticità personali, relazionali e sociali che hanno influenzato le traiettorie evolutive delle persone partecipanti, favorendo o ostacolando i loro percorsi di sviluppo identitario e di recupero dal disturbo alimentare.

In modo coerente e complementare, infatti, le narrazioni relative ai fattori di rischio e di protezione evidenziano come la presenza di elementi sistemici e strutturali, intesi come l'insieme di pratiche discorsive normative che disciplinano gli ambienti affettivi, sociali e terapeutici, portino con sé un importante potere trasformativo che è importante interrogare affinché si possa pensare di orientare consapevolmente tale potenziale nei processi di *cura*, siano essi relazionali, comunitari e clinici.

Le esperienze raccolte suggeriscono, pertanto, la necessità di un ripensamento radicale dei modelli sociali e di cura, ancora fortemente ciseterocentrici ed impreparati a cogliere la complessità dei vissuti intersezionali spesso esperiti dalle persone LGBTQIA+, avanzando indicazioni preziose per la costruzione di contesti liberi da violenze ed oppressioni.

a) Il Ruolo delle Figure Professionali per la Salute Mentale: Criticità e Punti di Forza

Questo prima sottotema si focalizza sulle esperienze delle persone partecipanti all'interno dei contesti terapeutici, mettendone in luce criticità e punti di forza.

Numerosi sono i racconti che descrivono i percorsi intrapresi con figure cliniche come attraversati da profonde difficoltà: carenza di formazione su tematiche queer, assenza di una prospettiva intersezionale, reticenza o disagio nel parlare di identità

sessuali e difficoltà di accesso alle cure, rappresentano tutti gravi ostacoli alla possibilità di godere di un reale diritto alla salute.

La difficoltà deɜ professionistɜ della salute mentale di porre in correlazione il disturbo alimentare con l'identità di genere o sessuale fa da sfondo a quasi tutte le esperienze delle persone intervistate durante il proprio percorso di recovery, compromettendo l'efficacia del trattamento terapeutico stesso.

Da un lato, infatti, la maggior parte delle storie del disturbo raccolte ha evidenziato come il sintomo alimentare abbia rappresentato una risposta diretta a bisogni psico-emotivi radicati in una precisa istanza di affermazione identitaria, come descritto in precedenza, il cui riconoscimento è pertanto fondamentale per depotenziare il significato funzionale del sintomo stesso. Dall'altro, la reiterata incapacità personale e professionale di *vedere* una parte costitutiva del Sé delə paziente rappresenta una grave invalidazione che compromette, talvolta irrimediabilmente, la costruzione di una buona relazione terapeutica, indispensabile per il buon esito di qualsiasi percorso terapeutico. Tale cecità queer (Smith & Shin, 2014) manifestata dalle figure professionali, spesso impedisce inoltre di cogliere richieste implicite di riconoscimento portate dalə paziente e di accompagnarlə così nell'esplorazione libera di sé all'interno di un contenitore relazionale sicuro.

> Io, comunque, con dei terapeuti in passato ho parlato anche di questo mio discomfort nei confronti del mio seno, oppure delle mie gambe, oppure di certi miei tipi di attributi comunque particolarmente femminili, quindi, per quanto riguarda proprio l'identità di genere, credo che se queste persone fossero state formate sul sapere cosa voglia dire essere genderfluid, essere non binario, mi avrebbero potuto in un certo senso mettere in guardia (…) perché, appunto, so di aver cercato di mantenere il mio corpo in una situazione, dove non possa essere…dove appunto sia piuttosto androgino e asessuato per questo motivo. Però credo che appunto quello sarebbe stata una

cosa bella, se qualcuno se ne fosse reso conto al posto mio e non avessi dovuto fare io 2+2 dopo anni, semplicemente a caso, sostanzialmente.
(Partecipante 7 – Questioning, Bisessuale)

Prendere in considerazione, intanto, che il legame c'è. Anche da parte di chi non si occupa strettamente di tematiche LGBT, cioè tra le tante, cioè se la psicologa a cui io mi sono rivolto avesse preso lei in considerazione l'idea e, voglio dire, mi vedeva, mi vedeva arrivare coi jeans, con la maglietta larga, con gli scarponi, con i capelli corti, con questo atteggiamento, mi siedo davanti a te a gambe larghe… cioè, perché il dubbio non ti sfiora? Magari mi avesse fatto, non so, aperto lo spazio per poter esprimere questa cosa, magari ne sarei venuto a capo un po' prima.
(Partecipante 10 – Uomo Trans, Gay)

Non c'è stata un'integrazione delle due cose, cioè una volta era una cosa di cui si parlava, una volta l'altra, non c'è mai stata un'integrazione. (…) le cose sono state viste separatamente… nel momento in cui tu mi poni delle domande, per me è tutto un altro pop-up che si apre e un'altra dimensione dove io costruisco un altro puzzle con questi pezzi. E quindi chissà che cosa avrebbe potuto essere in stanza di terapia dopo tutto questo... Eppure, sono delle domande semplici.
(Partecipante 1- Donna Cisgender, Lesbica Demisessuale)

La carenza di un'adeguata formazione sui temi della sessualità e dei Gender Studies non solo rappresenta una barriera alla propria capacità di utilizzare quel pensiero divergente spesso necessario nel setting terapeutico per cogliere le prospettive sempre nuove e inevitabilmente soggettive delə paziente, ma la consapevolezza di tale lacuna formativa può anche porre la figura clinica in una posizione di vulnerabilità, limitando in entrambi i casi le proprie possibilità di cura.

Spesso, infatti, le narrazioni rivelano una distanza o frattura relazionale tra la soggettività delle persone in cura e l'impostazione normativa utilizzata dalə terapeuta che metacomunica l'impossibilità di accogliere l'identità queer, relegata a componente irrilevante, marginale o "abietta". Tale resistenza o insicurezza della figura terapeutica,

percepita all'interno delle dinamiche relazionali, può produrre un effetto inibente sulə paziente rinforzando quei meccanismi difensivi di ritiro dalle relazioni, occultamento e adattamento alla conformità normativa che, come abbiamo visto, possono essere concausa della sintomatologia alimentare.

> Quindi certe volte mi sembra che… si abbia quasi, come dire, un po' la vergogna di parlare di questa parte, quasi la reticenza di approfondire questa parte che è una parte importante dell'individuo. E questo, che sia percepito o meno, può far inibire un po' la persona alla ricerca di aiuto. Io stesso ho fatto fatica a tirar fuori questa cosa, perché mi sentivo in qualche modo… non giudicato, però sentivo come se fosse una parte fragile che non potessi tirare fuori in un percorso di terapia.
> (Partecipante 6 – Uomo Cisgender, Gay)

> Quando comunque ho fatto coming out come persona trans con quel terapeuta con cui sono stato più a lungo, mi sarebbe piaciuto poterlo esplorare con lui, insomma (…) avere uno spazio in cui parlare anche di questo. Però insomma, non mi sono sentito molto accolto e allo stesso tempo mi sono reso conto che anche le sedute poi successive, praticamente mettevo costantemente da parte tutto quello che potesse intercettare questo tema perché mi sentivo anche a disagio, cioè mi rattristava anche la possibile reazione e quindi proprio lo evitavo. Però questo chiaramente è un problema (…) Anche parlare di altre cose diventa difficile eludendo questo discorso qua, no?
> (Partecipante 9 – Transmasc Non Binary, Bisessuale)

> Nessuno si pone il problema, nessuno se l'è posto quando ero un'adolescente, nessuno se l'è posto all'università. Nessuno se lo pone ora. Mentre sarebbe necessaria una formazione anche da questo punto di vista. Innanzitutto, il far comprendere ai terapeuti medi che ci sono delle variabili che magari loro non affrontano, non prendono in considerazione. E che queste possono avere un peso notevolissimo anche a livello di terapia, perché se io non affronto mai, perché non arrivo ad affrontare col terapeuta quel determinato aspetto della mia vita, della mia identità, del mio orientamento, di tutto quanto, rimane sempre un nocciolo della mia personalità che non viene preso in considerazione, che però è determinante.
> (Partecipante 14 – Donna Cisgender, Lesbica)

Alcune interviste evidenziano, inoltre, anche l'assenza di una prospettiva intersezionale in grado di cogliere il complesso intreccio tra diversi assi identitari: genere, orientamento, classe, etnia, abilità spesso si intersecano l'uno con l'altro contribuendo alle traiettorie di insorgenza e mantenimento del disturbo in modi non spiegabili indossando una sola di queste lenti, ma solo attraverso la loro integrazione.

> Cioè, i/ le professioniste della psicoterapia devono tenere presente che c'è anche proprio un altro livello. È come se ci fosse un altro strato di senso di inadeguatezza, di vergogna, di difficoltà, oltre a quello del DCA. Cioè, sono altri strati e quello dell'orientamento sessuale è tanto pesante, è uno strato che pesa proprio. (…) Cioè, comunque le intersezionalità, cioè, è troppo, cioè comunque il nostro orientamento sessuale pervade tutti gli aspetti della nostra vita, alla fine. Questo senso di inadeguatezza pervade tutto.
> (Partecipante 8 – Donna Cisgender, Bisessuale Pansessuale)

> Ho dovuto un po' lottare da una parte con lo stereotipo femminile nell'anoressia nervosa, quindi un ragazzo con anoressia nervosa già era abbastanza eclatante tra virgolette, strano per i professionisti, e quando ho portato in terapia anche tutto, diciamo la parte dell'orientamento sessuale che ha avuto assolutamente un ruolo in tutto questo, per me è stato difficile.
> (Partecipante 6 – Uomo Cisgender, Gay)

> Sono stata costretta a cambiare, non per mia scelta. Quindi io sono stata, diciamo, proiettata in una realtà diversa, con una persona diversa, con una formazione diversa. È difficile riprendere ogni volta il percorso con una persona completamente differente, Penso che questi siano problemi dovuti anche alla sanità pubblica ecco. (…) probabilmente, se io andassi in privato sempre dalla stessa persona, avrei un percorso più lineare. Purtroppo, non è sempre fattibile ricorrere a terapie in privato.
> (Partecipante 14 – Donna Cisgender, Lesbica)

> Acquisendo consapevolezze, prima, appunto l'essere pansessuale e poi il fatto di essere una persona trans, poi il fatto di essere persona poliamorosa. Poi (…) esce fuori che sono intersex, evviva! (…) un minimo di attenzione su quel punto di vista, di sicuro. Sì, nel senso, appunto, tutta quella parte soprattutto ansiosa, di stress dovuta al fatto di dovermi nascondere. Che è un termine ricorrente, sia come persona con certi tipi di

> vissuti, sia come persona queer, sia come persona neurodivergente. Comunque sia ho dovuto nascondermi spesso da tante situazioni potenzialmente pericolose o pericolose. E tutto questo ovviamente è andato a influire sul corpo e non poteva essere diversamente.
> (Partecipante 17 – Non Binary Intergender, Pansessuale)

La necessità di decostruire tali ostacoli sistemici è confermata dall'impatto positivo sperimentato all'interno di percorsi di cura con terapeuti affermativi. In maniera complementare, infatti, le interviste descrivono l'incontro con figure professionali adeguatamente formate, con approcci individualizzati e informati da una prospettiva queer ed intersezionale come una risorsa fondamentale o come un vero e proprio punto di svolta del proprio trattamento, soprattutto quando la figura terapeutica stessa appartiene alla comunità LGBTQIA+.

> È una persona LGBT, la persona che mi segue, questa cosa per me è importantissima al momento (…) un grande valore aggiunto, questo, cioè perché alcune cose non devo neanche spiegare, cioè non ho… proprio facilita tanto la conversazione su molti temi ed effettivamente nel presente, l'accettazione del mio corpo e l'accettazione della mia sessualità lo vedo che comunque vanno, cioè, vanno di pari passo.
> (Partecipante 8- Donna Cisgender, Bisessuale Pansessuale).

> Ho contattato uno psichiatra che è una persona queer ed è insomma anche abbastanza attiva dal punto di vista, come attivista. (…) quel livello di accettazione e di comprensione non l'ho mai sperimentato prima, quindi secondo me sarebbe necessario innanzitutto che ci fossero più persone appartenenti alla comunità che fanno quel lavoro e che possono portare proprio la loro esperienza anche all'interno della comunità, nelle professioni.
> (Partecipante 11 – Donna Cisgender, Bisessuale)

La necessità, pertanto, di figure professionali con un'adeguata formazione è riportata come elemento centrale ed indispensabile per la creazione di contesti di cura sicuri e terapeuticamente efficaci. Conoscere e riconoscere l'impatto del

Minority Stress sui gruppi identitari minorizzati è, infatti, determinante per leggere adeguatamente le esperienze e i vissuti soggettivi non come meri traumi isolati ed individuali, ma come il prodotto cumulativo di una condizione strutturale di marginalizzazione sociale. Ciò si connette profondamente con l'urgenza di una prospettiva in grado di cogliere come l'intersezione tra più identità sociali (genere, orientamento, classe ecc) costruisca esperienze uniche di oppressione e privilegio, evidenziando l'insostenibilità di un paradigma della salute mentale patologizzante, normativo e sintomo-centrico.

Una pratica clinica davvero accogliente, supportiva e trasformativa non può che partire dall'ascolto delle voci reali, con le loro esperienze vissute ed incarnate, e dal riconoscimento di modalità plurali di essere e di *essere-nel-mondo* (Heidegger, 1927).

b) Disturbi Alimentari: Fattori di Rischio e Fattori Protettivi

Questo secondo sottotema esplora più in generale i diversi fattori che, come messo in luce dalle persone partecipanti, hanno esercitato una funzione protettiva o, al contrario, di rischio durante il percorso di esplorazione identitaria e il decorso del disturbo alimentare.

In linea con le traiettorie di sviluppo delineate nel corso di questa analisi, il poter contare sul supporto sociale, la possibilità di sperimentare relazioni interpersonali autentiche e significative, così come un senso di appartenenza alla comunità queer, sono state delineate come componenti decisive per preservare o recuperare il benessere psicoemotivo delle persone intervistate.

In particolare, l'importanza di poter sperimentare, durante il percorso di crescita, vissuti di similarità e riconoscimento reciproco, è sottolineato dalla presenza di esperienze precoci di condivisione in cui potersi autenticamente rispecchiare. Tali incontri relazionali significativi e rappresentativi fungono, infatti, da fattori protettivi in grado di mediare l'interiorizzazione di norme sessuali e di genere percepite non più come dominanti e universali.

> Io ho avuto la fortuna che sono cresciuto con altri ragazzi che poi anche loro erano gay, quindi non mi sono sentito da solo o l'unico, perché molti hanno avuto un periodo in cui si sentivano isolati o da soli. Io quello no, perché in realtà già da bambini quando andavamo all'asilo comunque avevamo comportamenti simili e quindi eravamo già diventati amici per quello e dopo, anche crescendo insieme in realtà l'ho vissuta molto normalmente, cioè non ho mai vissuto come una cosa anormale, quindi anche i miei sentimenti intorno ai 12, 13 anni, erano abbastanza positivi. (…) ha influenzato positivamente il fatto di poter essere sempre me stesso, quindi non dover mai nascondermi.
> (Partecipante 21 – Uomo Cisgender, Gay)

Non solo, infatti, la connessione intersoggettiva consente di soddisfare un bisogno umano di intimità e condivisione, ma potersi rispecchiare in vissuti ed esperienze simili può rappresentare un potente strumento di auto-affermazione in grado di soddisfare anche bisogni più profondi di riconoscimento e validazione che, nella maggior parte dei casi, sono stati preclusi nel corso della crescita e pertanto colmati illusoriamente attraverso il perseguimento di modelli corporei idealizzati.

> Perché ti rendi conto che appunto non sei l'unica, ci sono tante persone che provano le tue stesse cose e che non sono stereotipiche come la media e che quindi anche tutta una serie di, appunto, cose negative che io ho sentito da bambina, che mi venivano proposte dalla società sono un po' cascate, appunto, conoscendo delle altre persone della mia stessa età, con lo stesso tipo di orientamento, oppure orientamenti diversi, ma comunque non

conformi, non eteronormati. Questo sì, credo che mi abbia aiutato molto a non sentirmi sola, ma sentirmi parte di qualcosa di… e non sentirmi strana anche, ma sentirmi parte di qualcosa di più grande, ecco. E poi anche a divertirmi proprio.
(Partecipante 7 – Questioning, Bisessuale)

Proprio di supporto, non sei sbagliata, non sei da sola, non sei malata, non sei nulla di tutto quello che gli altri vogliono farti pensare. Qui è un posto tipo casa dove torni ogni tanto.
(Partecipante 1- Donna Cisgender, Lesbica Demisessuale)

Riuscire a creare una rete di persone che riuscivano, in qualche modo, a portare fuori questa parte che faceva parte della loro identità, della loro persona, senza vergogna, senza remore, per me è stato un faro, una luce, davvero… Mi ha detto "cavoli, ma allora si può vivere così? Ma allora io posso, posso essere me stesso, io posso essere chi sono? Non ho bisogno di convalidare la mia esistenza con altro, con un corpo perfetto, con delle prestazioni eccellenti?!". Sì, per me è stato davvero liberatorio, è stato un punto fondamentale. (…) ricostruire poi una rete di supporto della comunità è stato, sì, motivo di diciamo attenuazione del sintomo, il cui scopo era proprio quello, diciamo essere amato dalle persone, essere amato, avere una relazione, avere un… POTER AVERE, anzi una relazione, poter essere, esprimere il mio affetto, i miei sentimenti.
(Partecipante 6 – Uomo Cisgender, Gay)

Adesso sono 5 o sei anni che sono out con tutti, anche sulla mia identità di genere, frequento degli spazi per persone trans e non binari, e questa cosa mi ha sicuramente aiutato molto, nel senso che adesso come che sia il mio corpo, so che è il corpo di una persona non binaria e non ho bisogno di essere in un certo modo per affermarmi come tale.
(Partecipante 5 – Non Binary, Demisessuale Biromantico)

Il bisogno di affermazione identitaria, più volte in quest'analisi descritto come punto nevralgico da cui si dipana la sintomatologia alimentare quale forma di automedicamento, è messo in luce anche dal profondo impatto esercitato da percorsi personali, sociali e/o medicalizzati di affermazione in grado, anche in questo caso, di

svelare la funzione vicaria e illusoria assunta dal sintomo. Il cibo e gli ideali estetici cominciano così ad essere riconosciuti come mezzi per il soddisfacimento di istanze di riconoscimento identitario più profonde, piuttosto che come fini in sé, svuotando il precedente bisogno di controllo dai suoi significati disfunzionali che possono essere così traslati su percorsi funzionali di affermazione.

> Non hanno voluto prendere in considerazione l'idea che invece potesse essere legata alla ricerca di un corpo diverso, in un modo, nell'unico modo che io potevo avere, che credevo di poter avere, perché comunque per quanto se ne cominciava a parlare un po' di più, insomma anche di trans uomini, però non pensavo (…) che fosse comunque una strada che io potevo percorrere e quindi quello invece lo potevo fare, quello era tutto nelle mie mani, non dovevo chiedere niente a nessuno. Era una cosa che potevo fare io in maniera autonoma e ottenendo dei risultati auspicabili, no? Niente seno, niente ciclo.
> (Partecipante 10 – Uomo Trans, Gay)

> C'è un rapporto [*con il corpo*] che è molto meno ideale (…) sono le cose che mi sono necessarie per far sì che il mio corpo si sviluppi, ma lascio che il mio corpo si sviluppi nella direzione che prende (…) mi capita di spiegarlo così ad esempio, no? Cioè, non è che se ho bisogno di mangiare, se ho fame vuol dire che io ho qualcosa che non va. Ho un bisogno e faccio quello che mi serve per soddisfare quel bisogno. Mi sono reso conto che, ad esempio, la terapia ormonale soddisfa un bisogno. Mi sento bene e quindi è quello che faccio.
> (Partecipante 9 – Transmasc Non Binary, Bisessuale)

In altri casi, l'inizio del percorso di affermazione di genere può rappresentare anche una transizione all'interno del sistema di oppressioni e privilegi, in cui il mutamento del proprio posizionamento identitario si riflette anche in un cambiamento dell'impatto dello sguardo sociale sulla propria esperienza incarnata. In questo senso, è soprattutto la femminilità, così come socialmente costruita e percepita, ad essere descritta come un peculiare fattore di rischio per lo sviluppo di rapporto conflittuale con la

corporeità e per l'insorgere di Disturbi dell'Alimentazione, a causa dell'intersezione di oppressioni sessiste e grassofobiche di cui è fatta *oggetto*.

> Avevo meno occhi addosso, cioè nel senso che finché ero, diciamo mi presentavo al femminile, cioè, non so se chiamarlo bullismo perché …però sì, commenti, ecco, le prese in giro, eccetera c'erano. Poi a un certo punto ho visto che, appunto, come ho iniziato a tagliare i capelli, eccetera poi non c'era più niente. Quindi, ho capito che le donne femminili sono più bersaglio sotto questo punto di vista. (…) Non voglio dire ovviamente che i maschi non ricevano commenti sul proprio aspetto fisico, anche se sono in sovrappeso, eccetera. Però mi sono sentito più autorizzato a mangiare, cioè, anche se non lo so, c'hai 20 chili in più e mangi se lo fai da uomo, se lo fai da donna è molto diverso.
> (Partecipante 3- Uomo Trans, Bisessuale)

> È la femminilità che frega un po', no? Sia andarci verso che esserci nate ti fa avere un rapporto col corpo molto diverso, credo.
> (Partecipante 12- Donna Trans, Bisessuale Questioning)

In maniera speculare, tuttavia, la prospettiva di intraprendere un percorso di affermazione di genere può in alcuni casi intersecarsi con i timori legati all'assunzione di terapie ormonali e all'impatto che queste potrebbero avere sul peso e sul corpo, con il rischio potenziale di riacutizzare il bisogno di controllo ed il senso di onnipotenza tipici del disturbo alimentare.

> Già da prima di iniziare la terapia ormonale, quindi vedevo altre ragazze, donne trans, no? E sentivo la loro esperienza, perché gli ormoni femminili tendenzialmente fanno aumentare un po' di peso per la redistribuzione, l'aumento della massa grassa, insomma… io questa cosa, anche lì, dovevo essere più forte degli ormoni, dovevo dimostrare che io non l'avrei preso il peso.
> (Partecipante 12- Donna Trans, Bisessuale Questioning)

> Ho il desiderio di approcciare una terapia ormonale, no? Quindi assumere degli ormoni femminili, bloccanti del testosterone eccetera. E uno degli effetti, diciamo, tendenzialmente più auspicabili è quello di una ridistribuzione del grasso corporeo affinché si abbia una figura più femminile, no? Insieme a tanti altri, vabbè. Però, ad esempio, questo qui è un tema che adesso dovrò iniziare ad affrontare, dovrò iniziare a lavorarci, no? (…) Poi lì cosa vincerà? Vincerà l'idea di assomigliare, di riconoscersi allo specchio nonostante, boh, magari qualche chilo di troppo, qualche cosa non al posto giusto, e io mi auguro che sia questo sinceramente, o comunque ci saranno ancora tutti quegli schemi, no? Il quesito che io mi pongo in questo momento.
> (Partecipante 16 – Non Binary, Gay Questioning)

Analogamente ai percorsi più o meno medicalizzati di affermazione identitaria, anche altre esperienze in grado di favorire la connessione con la propria corporeità quale parte costitutiva del Sé, piuttosto che come mero oggetto estetico, come ad esempio lo sport o altre attività che valorizzano le qualità espressive e funzionali del corpo, sono state descritte come utili a ridurre l'intensità del disagio esperito.

> Mi dà soddisfazione, più che vedere, sentire magari quando ho più energia, più forza, non nel senso di sollevare pesi però, nel senso di sentirmi meglio a livello di benessere, quindi cioè lo associo anche magari a dei cambiamenti perché ho capito che quando, che ne so, faccio più sport, mi sento meglio (…) cioè, ovviamente sto facendo una terapia ormonale e, ho in programma anche la mastectomia, però (…) paradossalmente non lo sento come sentivo magari quando ero piccolo il tema del grasso, no? Cioè, è una cosa con cui faccio i conti con serenità, non ho un rapporto particolarmente conflittuale con queste cose. Sono cose che voglio fare, ma mi dà soddisfazione vedere come sto cambiando con la terapia, però, come dire, non ho un'immagine precisa.
> (Partecipante 9 – Transmasc Non Binary, Bisessuale)

> Adesso il mio ideale estetico è più legato…cioè, come dire, è un'estetica che deriva dalla salute, cioè appunto più a essere in salute che avere un corpo che magari… a un certo tipo di aspetto, non perché voglio essere magro e bello, tra virgolette, ma perché voglio essere in grado di fare delle cose a livello fisico, correre, sollevare le cose, senza sentirmi male, cioè è più come dire un'idea anche di allenamento legata a "sto bene nella mia vita,

nei miei…", cioè "funziono bene", come dire a livello fisico, proprio di corpo in salute più che di corpo bello.
(Partecipante 18 – Transmasc, Demisessuale Panromantico)

Un comune fattore di rischio che ostacola lo sviluppo di un'immagine corporea positiva è rappresentato, inoltre, dalla presenza di messaggi grassofobici che, a livello familiare, sociale e/o istituzionale, condizionano fortemente il rapporto con il proprio corpo e con l'alimentazione. La pervasività di commenti invalidanti sulla forma e sulla dimensione corporea esercita, pertanto, un'azione normalizzante e legittimante rispetto ad un senso di vergogna ed inadeguatezza che viene conseguentemente interiorizzato, contribuendo alla costruzione di un corpo non solo oggettivato, ma spesso anche medicalizzato.

Tutta questa preoccupazione con l'immagine, sia in termini di genere sia in termini di peso, risposta da parte degli altri al fatto di essere in sovrappeso eccetera, mi ha generato un senso di vergogna che tutt'ora per me è diventato costitutivo (…). Io non saprei dire cosa è venuto prima, nel senso se è venuto prima il mio desiderio di dimagrire, oppure è venuto prima il cattivo rapporto col cibo, oppure è venuto prima il commento degli altri, questo io non lo so, però io mi ricordo che a un certo punto quando avevo 11 anni, mia madre mi ha detto… Ma no, pure prima…no un po' da sempre…dicevano "devi dimagrire", insomma. Quindi mi portavano a fare delle diete.
(Partecipante 3 – Uomo Trans, Bisessuale).

Sono stata letteralmente bombardata da mia madre perché, secondo lei, non ero abbastanza in linea. E lì ha cominciato a essere invece un problema per me. Il problema che non mi ero posta prima è diventato un problema lì. Un po' per sopravvivenza…Un po' perché alla fine uno introietta un pochino.
(Partecipante 14 – Donna Cisgender, Lesbica)

Sono sempre stato grasso nella mia percezione, troppo grasso. E anche mia madre pure, per dire, io sono cresciuto vedendola che stava

costantemente a dieta e ogni singolo passo era un commento su…c'erano dei commenti su, "stiamo mangiando troppo, non dovevamo mangiare questo" (…) Era un tema nella mia famiglia, in effetti, cioè anche mio padre ha dei comportamenti alimentari veramente problematici (…) e chiaramente io venivo sanzionato anche perché una ragazza deve essere magra (…) è stato un po' l'unica cosa che, l'unico tema corporeo che ha preso tutto lo spazio sempre. Quindi che ero brutta, grassa… brutta e grassa un po' coincidevano e basta.
(Partecipante 9 – Transmasc Non Binary, Bisessuale)

E questo è stato causato dai miei genitori, volenti o nolenti. Ho incominciato ad avere paura di essere grassa, questo sì. Avrò avuto credo 9 anni, un'estate ho preso un po' più di peso del solito. (…) c'era, sta crostata che mi piaceva tantissimo, che mangiavo ogni mattina e a un certo punto mi ricordo molto bene, non mi ricordo se fosse mio padre o mia madre, ma uno dei due che dice "Eh, ma I., forse dovresti smettere di mangiare la crostata ogni mattina perché comunque sei diventata un po' un po' tondina", ecco. Questo, insieme al fatto che mia madre, dopo la nascita di mio fratello (…) ha incominciato a mettere su un po' di peso e mio padre ha incominciato comunque a scherzare su questa cosa, in maniera non pesantissima, e sempre molto benevola. Però, insomma, la chiamava balena.
(Partecipante 7 – Questioning, Bisessuale)

Non ricordo l'età di preciso, però forse in prima media, sono stata mandata da una dietista all'ospedale perché ero sovrappeso (…) È stata un'esperienza molto brutta, forse una delle più brutte. (…) quindi se pesandomi avevo preso un chilo in più o se non avevo perso peso, era molto basato sui sensi di colpa, quando in realtà io non ero padrona di quello che mangiavo o di quello che c'era nel frigo o nella dispensa. Quindi ho provato tantissimo senso di colpa e ho iniziato di conseguenza a vedere molto male il mio corpo. Quindi se prima ero abbastanza spensierata guardandomi, o comunque non ci pensavo così tanto, ho iniziato molto a guardarmi allo specchio, a confrontare il mio corpo a quello delle altre bambine, a volte anche agli altri bambini.
(Partecipante 13 – Donna Cisgender, Bisessuale)

Anche la Dismorfofobia è spesso riportata come un tema centrale nell'esperienza dei Disturbi dell'Alimentazione nelle persone LGBTIQIA+ e soprattutto nelle soggettività Trans*. Questa viene descritta, infatti, in un certo senso come il terzo lato di

un triangolo costituito da tre assi in intersezione, disforia, disturbo alimentare e dismorfofobia, che contribuiscono tutti a creare e mantenere un'immagine distorta di sé.

> La questione della dismorfofobia per me è proprio centrale (…) cioè, è una componente che condiziona molto perché spesso mi impedisce di vedermi per come pare che io sia realmente e quindi…che ne so, mi condiziona anche nel pensare alla mia identità di genere e ai miei disturbi alimentari, perché per esempio io continuo a vedermi molto grasso, per dirti, no? E gli altri mi dicono, "non è vero"; e poi continuo a vedermi molto (…) femminile (…) e gli altri mi dicono "non è vero"…quindi è una cosa che continuo a mantenere…tiene sia la disforia e sia diciamo i problemi di immagine molto presenti e molto attuali in maniera spesso falsa, no? Cioè, mi falsifica un po' le cose.
> (Partecipante 3 – Uomo Trans, Bisessuale).

> Io penso di avere sofferto di dismorfia in quel periodo lì che però si è unita poi a una disforia di genere, per cui poi certi obiettivi erano legati alla dismorfia e altri alla disforia, per cui (…) non avevo la comprensione di che cosa fosse legato al genere e che cosa all'ideale fisico di peso, di magrezza. Quindi le due cose si sono un po' mischiate, anche perché poi a 13 anni, cioè è difficile anche mentalizzare queste cose, comprenderle, cioè è tutto partito come una cosa di "voglio essere più magro", eccetera. Però poi guardando indietro adesso, alle cose che a me pesavano e le cose su cui mi fissavo, tante cose non erano legate alla magrezza, ma alla forma del mio corpo, a proprio, a livello di ossa, di forma e di cose… quindi non erano cose che potevano modificarsi con l'alimentazione, ecco.
> (Partecipante 18 – Transmasc, Demisessuale Panromantico)

Un ultimo, ma fondamentale, fattore di rischio largamente documentato nella letteratura sull'eziopatogenesi multifattoriale dei disturbi alimentari e che entra prepotentemente nelle storie di molte persone LGBTQIA+, è la presenza di esperienze traumatiche.

La sintomatologia alimentare può, infatti, emergere come una strategia di coping disfunzionale volta a regolare stati emotivi intensi o a riappropriarsi di un senso di controllo e sicurezza su un corpo percepito come non sicuro o pervasivamente oggetto di

minaccia. Le esperienze traumatiche, che possono includere abusi fisici e/ o sessuali, ma anche diverse altre forme di trauma relazionale, sociale e istituzionale illustrate nei temi precedenti, possono in questo caso intersecarsi o derivare direttamente da un sistema ostile e oppressivo nei confronti delle soggettività queer.

La complessa e frequente interazione tra trauma, disturbi alimentari e identità marginalizzate rende, pertanto, il focus sulle esperienze traumatiche un elemento clinico imprescindibile per una comprensione profonda del sintomo e per un trattamento mirato ed efficace, specialmente in popolazioni vulnerabilizzate come quella LGBTQIA+.

> Molte persone della comunità LGBTQIA+ si portano questi traumi, che molto spesso alcuni, come me, pensano di averli risolti. In realtà il dottore mi dice sempre che io ho risolto con la testa determinate cose, ma non con la pancia. E molto spesso queste robe possono sfociare anche nel cibo.
> (Partecipante 2 – Questioning, Asessuale Omoromantico)

> Quindi, cioè, tutto un insieme di cose, ecco quindi certe aspettative, un contesto violento, eccetera. Sì, (…) sono abbastanza convinto che mi abbiano reso difficile riuscire a esprimermi finché non ho messo altri punti fermi nella mia vita.
> (Partecipante 9 – Transmasc Non Binary, Bisessuale)

> Io credo che il mio rapporto col corpo venga anche da alcune cose spiacevoli che sono avvenute quando ero molto piccola. E quindi c'è la sovrapposizione di più piani… Però sicuramente il non sentirmi pienamente a mio agio in un corpo femminile non mi aiuta a dirmi "Oh, Wow, come sono carina stamattina", per dire.
> (Partecipante 20 – Non Binary, Pansessuale)

> Sicuramente penso che l'ambiente gay ha… cioè, l'essere gay (…) ha contribuito al mio disturbo alimentare, non quello dell'adolescenza, ma più quello attuale. Quanto ovviamente anche la storia dell'abuso che ho avuto…cioè, è anche un mix. Però sì, diciamo che l'ambiente gay stimola,

> purtroppo, io penso che spinga a un ideale, all' ideale Barbie e non alla normalità. A non guardare le persone, ma guardare dei corpi.
> (Partecipante 21 – Uomo Cisgender, Gay)

> Io sono cresciuto in un contesto di neglect molto molto importante, proprio da un punto di vista di igiene, di condizioni materiali, quindi c'è un po' tutta questo trascorso dovuto principalmente alla depressione di mia madre (…) E forse il discorso dell'identità sessuale l'ho tenuto separato in questo senso.
> (Partecipante 3 - Uomo Trans, Bisessuale)

> C'è da dire che, avendo subito una violenza, il rapporto col mio corpo, anche in base a questo vissuto, è molto ambivalente (…) e quindi ho difficoltà anche a percepirmi proprio corporeamente. Infatti, capita spesso che magari quando faccio la doccia mi guardo, mi guardo le braccia, mi guardo le gambe della serie "esisti, ci sei, riconosci questo corpo".
> (Partecipante 1 – Donna Cisgender, Lesbica Demisessuale)

Nella loro eterogeneità, gli elementi riportati come potenziali fattori protettivi, che come professionisti della salute mentale abbiamo il dovere di favorire ed integrare nei nostri protocolli di prevenzione e di trattamento con persone LGBTQIA+, sono tutti ascrivibili alla necessità di creare contesti di vita in cui tutte le persone possano essere riconosciute nella loro autentica specificità, riducendo così l'esigenza percepita di ricorrere a comportamenti alimentari disfunzionali come strategie di sopravvivenza emotiva e sociale. Parallelamente, è fondamentale una conoscenza e consapevolezza adeguata dei fattori di rischio implicati nelle esperienze peculiari delle soggettività queer, tipicamente correlati al Minority Stress, a traumi relazionali e a contesti strutturalmente invalidanti, al fine non solo di implementare adeguati interventi di prevenzione, ma anche di interromperne i meccanismi di riproduzione e reificazione che ancora, più o meno inconsapevolmente, dominano i contesti di cura.

c) Proposte per il Futuro: Formazione e Intersezionalità

Quest'ultimo sottotema nasce dalla volontà di lasciare spazio alla competenza che nasce dal sapere esperienziale ed incarnato delle persone intervistate, attraverso cui raccogliere necessità, prospettive e proposte concrete volte a migliorare l'approccio terapeutico dei Disturbi dell'Alimentazione per le persone LGBTQIA+.

Ad essere percepita con particolare urgenza, è la necessità di professionistɜ adeguatamente formatɜ sulle esperienze, i vissuti e i bisogni specifici delle soggettività queer, condizione indispensabile per ridurre il rischio di microaggressioni e di disparità sanitarie, tanto nell'accesso quanto nella qualità delle cure.

In particolar modo, viene sottolineata l'importanza di un ascolto attivo delle voci rese minoritarie, e troppo spesso silenziate in ambito clinico e di ricerca, come unica modalità per instaurare una relazione davvero autentica e non ridurre gli approcci terapeutici affermativi a meri atti performativi. La creazione di contesti davvero affermativi, pertanto, passa anche attraverso la decostruzione di una normatività simbolica, linguistica ed epistemica in grado di mettere in campo anche la soggettività e il posizionamento identitario delə terapeuta.

> Innanzitutto, di formarsi. Questa sarebbe la prima cosa che devono sapere. Devono sapere, appunto e devono formarsi rispetto proprio a una cultura delle differenze (…) posso dire sicuramente di pensare di integrare il loro approccio terapeutico (…) cioè, proprio non deve essere meramente, come posso dire, fermo, non si deve fermare al che cosa significa essere una persona LGBT, cioè che cos'è l'orientamento sessuale, una persona trans ecc non fermo alla definizione. Ma ampliare una pratica e integrare con le persone che possono aiutare da questo punto di vista, magari anche imparato sul campo.

(Partecipante 1- Donna Cisgender, Lesbica Demisessuale)

> Per me, banalmente vedere non so anche solamente una targhettina LGBT friendly, piuttosto che una piccola bandierina arcobaleno in uno studio oppure online, quello davvero rende… spiana la strada a qualsiasi tipo di reticenza che uno possa avere, per quanto banale possa sembrare.
> (Partecipante 6 – Uomo cisgender, Gay)

La presenza di un'adeguata formazione sui temi relativi alle identità di genere e agli orientamenti sessuali è, infatti, vista come una precondizione indispensabile alla capacità di leggere la sofferenza e i relativi sintomi sotto una nuova luce, più aderente alla complessità e all'autenticità delle esperienze situate e incarnate dalꝫ pazienti.

> Forse anche la connessione tra le due cose. Non sono due cose a compartimenti stagni, per niente sono due cose a compartimenti… Anzi! Forse sono, sai l'anello di moebius? Forse lo sono. Non lo so, io non ho le competenze tecniche, ma con le persone con cui ho avuto a che fare c'era sempre questo anello perfetto da un certo punto di vista. Credo che abbia molto a che fare con la ricerca di sé stessi, con la ricerca dell'individuo, con il controllo anche, perché a volte quando non ti trovi devi diventare qualcuno. (…) E in questo processo…eh, i disturbi alimentari sono lì, son proprio lì!"
> (Partecipante 4 – Genderfluid, Pansessuale)

La necessità di maggiore formazione non si limita, tuttavia, esclusivamente alle figure professionali direttamente coinvolte nel trattamento di tali disturbi, ma in virtù della loro eziopatogenesi multifattoriale e della pervasività dei vissuti esperienziali configurabili come potenziali fattori di rischio, la costruzione di interventi di prevenzione e di sensibilizzazione è percepita come un impegno che deve andare oltre i meri saperi specialistici, per assumere una natura sistemica che includa un livello culturale e strutturale.

> Nonostante, appunto, io venga da una famiglia che è sempre stata molto aperta, mi viene molto difficile fare coming out nella mia stessa famiglia. (…) credo che al parallelo con una formazione, magari appunto di terapeuti che siano in grado di capire quali possano essere i legami tra problemi con il cibo, problemi con il corpo e fare parte della comunità, uno stesso tipo di infarinatura penso sarebbe bello darlo ai genitori, specialmente quando, appunto, come comunque nel mio caso, questi problemi si manifestano quando uno è minorenne, vive con la propria famiglia e ha a che fare con la propria famiglia giorno per giorno, insomma.
> (Partecipante 7 – Questioning, Bisessuale)

> Per quanto riguarda i disturbi alimentari si tende a prendere molto in considerazione l'aspetto della famiglia. Allora, l'aspetto della famiglia può essere utile, secondo me, eventualmente inserirlo anche a livello di accettazione personale, soprattutto per un'adolescente, e questo riguarda anche l'orientamento sessuale o l'identità di genere. Perché non si vive in una bolla isolata (…) se si tratta, per esempio, di creare un ambiente in cui un'adolescente con disturbi alimentari si può sentire libero di esprimersi, bisogna tenere in considerazione anche questo, che non vuol dire aspettarsi che l'adolescente faccia una dichiarazione. (…) Però considerare che c'è anche quella sfera. (…) Certamente sarebbe stato utile, perché concentrarsi semplicemente, per esempio, sul fatto che ho avuto difficoltà in famiglia per tutta l'adolescenza, ma perdendosi…il motivo! O quantomeno uno dei motivi …e rimane sempre parziale la cosa!
> (Partecipante 14 – Donna Cisgender, Lesbica)

Particolare attenzione è posta anche sulla necessità di decostruire le narrazioni stereotipiche che dipingono i disturbi alimentari come intrinsecamente correlati alla mera rincorsa di ideali di bellezza, così come esclusivamente o tipicamente associati a corpi estremamente magri, femminili, ciseterosessuali, adolescenti, bianchi, abili e di classe sociale elevata. Il permanere di bias sistemici nella descrizione e concettualizzazione dei disturbi alimentari, impedisce infatti di ampliare lo sguardo clinico per riconoscerne l'intrinseca trasversalità, così come la specificità dei significati funzionali che si inscrivono all'intersezione tra diversi assi identitari.

> Nessuno parlava del binge eating, nel senso che io ho avuto quello, ma per tanto tempo pensavo… ho faticato a pensarlo come disturbo alimentare perché si parlava solo di bulimia e soprattutto anoressia. (…) mi sembra che il focus continui ad essere molto sull'anoressia, sulle donne, cis, insomma bianche, eccetera eccetera. Cioè, io ancora ho l'immagine della modella magra. Dovrebbero sapere che spesso il disturbo alimentare nella mia esperienza potrebbe strettamente legato all'espressione di genere, cioè, potrebbe far parte di un tentativo di affermare l'identità di genere più che un'immagine magra.
> (Partecipante 3- Uomo Trans, Bisessuale)

> Sarebbe molto importante, secondo me, che ci fosse un modo di guardare ai disturbi alimentari più …perché comunque a livello di società, si parla sempre di, per esempio, modelli come l'eccessiva magrezza nei media, soprattutto per quanto riguarda le donne. Però c'è bisogno di una prospettiva di genere.
> (Partecipante 11 – Donna Cisgender, Bisessuale)

> Sugli ideali di bellezza, secondo me, c'è invece sempre troppo accento rispetto a quella che è la realtà. Perché non ci si ammala di disturbi alimentari per diventare bellissime o bellissimi… Il punto è cercare di capire cosa quel corpo significa per quella persona o quali parti di quel corpo significano.
> (Partecipante 20 - Non Binary, Pansessuale)

Anche il tema della genitorialità queer e di altre esperienze più tipiche dell'adultità è riportato come potenzialmente conflittuale e destabilizzante per la propria immagine corporea a causa della sovrapposizione di molteplici pressioni normative, che si legano simultaneamente ad una cultura fortemente sessista, ciseteronormativa, patriarcale e grassofobica in grado di far insorgere o esacerbare una sintomatologia alimentare come strumento disfunzionale di controllo e regolazione emotiva.

> Perché c'è proprio questa pressione sociale fortissima, soprattutto in Italia del dover dimostrare che sì, puoi essere un genitore bravo, ovviamente. È difficilissimo per noi dire "no, vabbè, siamo persone come tutte le altre,

quindi possiamo avere, anzi, se abbiamo dei problemi è giusto parlarne, appunto, della nostra salute mentale, perché appunto proprio è importante in quanto genitori" (…) proprio perché la pressione, proprio anche politica, in Italia è tale per cui è veramente difficile (…) c'è sempre questa genitorialità performativa (…) Però ecco, la questione di essere genitori e queer, e non eterosessuale o genitori arcobaleno o madri arcobaleno (…) E non si parla anche di essere stati genitori con disturbi alimentari (…) se ne parla sempre come di una cosa di adolescenti, soprattutto adolescenti, ragazze, giovani, donne.
(Partecipante 11- Donna Cisgender, Bisessuale)

Cioè, io da ragazzina volevo assolutamente …per me la fissa era le tette, le volevo, le volevo, le volevo. Poi quando le ho avute perché allattavo comunque, cioè, ero aumentata anche tanto e: panico, goffa, dove le metto?! (…) cioè, non le volevo più (…) E poi post parto con il seno, e forme, e comunque grasso accumulato e quant'altro ho coinciso con quello di cui parlavamo prima, desiderio di un corpo quanto più neutro e androgino possibile.
(Partecipante 15 – Non Binary, Lesbica)

L'esigenza di integrare uno sguardo intersezionale è sottolineata anche dalle svariate condizioni mediche, fisiche o neuro-psicologiche che possono in diversi modi fungere da fattori scatenanti, precipitanti o di mantenimento del disturbo alimentare plasmando, modificando e complessificando notevolmente la funzione assunta dal sintomo e, pertanto, i suoi sottesi significati soprattutto quando si scontrano con la miopia di strutture sociali patologizzanti e invalidanti.

Sono andata da una nutrizionista, credo una decina di anni fa, ma più che altro perché ho una malattia autoimmune che non sono mai riuscita a far diagnosticare che è o la colite ulcerosa o il morbo di Crohn. (…) e però mi ricordo che lei era molto, molto magra e aveva sempre questa ossessione di pesarmi, misurarmi… e mi dava tipo 'ste dosi, tipo 50 grammi di pane. E io le dicevo, "ma io non sono venuta da te per dimagrire. Io sono venuta da te per sistemarmi altre cose".
(Partecipante 22- Agender Questioning, Pansessuale)

> Quattro anni dopo ho avuto una diagnosi di sieropositività e lì la reazione è stata "ok, basta, controllo tutto io" e la cosa è stata appunto il cibo e mi ha permesso anche di diventare insopportabile a mio marito e quindi ci siamo, lasciati, l'ho lasciato io però. Però, insomma, è stata una cosa funzionale anche in quel caso a concludere una storia che magari altrimenti non sarei riuscito a concludere.
> (Partecipante 10 - Uomo Trans, Gay)

> Avevo vent'anni, ho iniziato ad ingrassare molto, molto di più, per motivi legati a… ho una patologia della tiroide, la tiroidite di Hashimoto, quindi il mio metabolismo molto lento e anche l'assimilazione del cibo mi porta ad ingrassare più velocemente in certi periodi, e questo era uno di questi.
> (Partecipante 13 – Donna Cisgender, Bisessuale)

Una delle necessità frequentemente riportata dalle persone intervistate è, inoltre, quella di gettare luce sulla *Neuroqueerness*, ovvero sull'intersezione tra i vissuti legati ad una identità queer e quelli legati ad una condizione neurodivergente in cui la funzione del sintomo alimentare diviene spesso duplice, situandosi tra esperienze multiple di marginalizzazione e pressione normativa.

> Il terzo aspetto della mia persona, che ritengo proprio identitario, è quello dell'autismo e dell'ADHD, per cui ero comunque una bambina, una ragazzina che aveva molte difficoltà con i coetanei. E non saprei…cioè, questa sensazione di essere strana, diversa e tutto quanto è un po', cioè, mescola un po' tutti questi aspetti di me che mi facevano sentire comunque appunto un po' un'aliena in mezzo agli altri.
> (Partecipante 5 – Non Binary, Demisessuale Biromantico)

> Io sono sempre stata, scusa i termini, la cessa e la grassa della classe. Medie, superiori anche. (…) quella strana. Allora, io ho una diagnosi di autismo definito ad alto funzionamento, quindi poi anche dal punto di vista relazionale, la selettività, un certo modo di isolarmi o di vestirmi (…) però io facevo parte un po' sempre di quella sfera, no, degli emarginati (…) forse era anche difficile il contesto perché avevo tutta una serie, magari, di particolarità che si sovrapponevano.
> (Partecipante 15 – Non Binary, Lesbica)

> C'erano tutta una serie di cose che invece erano chiaramente legate all'autismo, per cui non so il vomito come forma di stimming, per esempio, o tutta una serie di difficoltà, di selettività alimentari legate alla sensorialità (…) E anche lì mi sentivo comunque abbastanza incompresa, ecco.
> (Partecipante 5 – Non Binary, Demisessuale Biromantico)

La tendenza, pertanto, ad applicare dei protocolli che siano non solo rivolti ad una ciseteronormatività, ma anche ad una neurotipicità può essere non solo inadeguata, ma addirittura disfunzionale per altre soggettività.

> Arrivare in psichiatria essendo neurodivergente, essendo queer, secondo me, soprattutto quando c'è un problema legato al corpo, effettivamente…il corpo diventa l'unica cosa sulla quale puoi agire spesso, no? Sul quale hai una agency e quindi, paradossalmente, se il personale non è adeguatamente formato rischia di fare peggio, cioè, quindi… ogni tanto, appunto, dare regole troppo rigide o cose… magari a certe persone aiuta, ma a certe altre magari le fa veramente sbarellare. Quindi effettivamente questa è una cosa, secondo me, da considerare, perché effettivamente, cioè lo vedo anche su di me, le regole non hanno mai funzionato.
> (Partecipante 22- Agender Questioning, Pansessuale)

La possibilità di raggiungere l'obiettivo di vedere ogni singola persona, ed i suoi vissuti, per le sue uniche specificità passa non solo dalla capacità di vedere negli interstizi di più realtà in intersezione, ma soprattutto dalla capacità di guardare oltre tali realtà, evitando di ricondurre ogni sintomo necessariamente alla presenza di identità marginalizzate con un impatto ugualmente invalidante e patologizzante.

> E questa è la sfida, sì. È da vedere, da prendere in considerazione l'intersezione quando c'è. Nel senso che, secondo me, forse il problema è che le persone vanno un po' da un opposto all'altro, cioè magari non vedono per niente la possibile intersezione, non chiedono, non fanno, oppure

attribuiscono tutto…perché a me è successo anche di trovare terapeuti che attribuissero tutto alla transizione…che è abbastanza svilente.
(Partecipante 3- Uomo Trans, Bisessuale)

Cioè, sì è vero che sono una persona trans, però, allo stesso tempo non sono solo una persona trans, quindi sembra quasi che invece, nel momento in cui tu sei una persona LGBT o c'è una persona tutta orientata a quegli aspetti là oppure li ignora completamente, quindi forse riuscire a tenere insieme queste cose sarebbe l'ideale.
(Partecipante 9 – Transmasc Non Binary, Bisessuale)

Per quanto ci possiamo assomigliare abbiamo tutte problemi diversi, hai bisogno di lavorare su cose diverse.
(Partecipante 5 – Non Binary, Demisessuale Biromantico)

L'insieme dei vissuti e delle necessità condivise dalle persone intervistate evidenziano pertanto l'urgenza di un profondo ripensamento delle pratiche e dell'approccio alla cura: da un paradigma normativo e patologizzante basato sul sintomo, ad un approccio intersezionale ed affermativo basato sulla soggettività.

CAPITOLO 4

Discussione e Conclusioni

4.1 Discussione

Il presente lavoro di ricerca si è avvalso dell'utilizzo di *mixed methods*, allo scopo di fornire una conoscenza ricca e dettagliata dei potenziali fattori che possono concorrere all'insorgere di Disturbi dell'Alimentazione tra le persone LGBTQIA+, nonché sui significati e sulle funzioni peculiari che il sintomo può assumere a seconda dei singoli posizionamenti identitari.

L'integrazione e l'analisi critica dei dati emersi dalle fasi quantitative e qualitative dello studio hanno consentito, infatti, di delineare un quadro complesso e multidimensionale, situato nelle esperienze umane e incarnate di ogni singola soggettività, della complessa relazione tra l'identità sessuale, come categoria socialmente e discorsivamente costruita, e la sintomatologia alimentare.

Se, da un lato, l'analisi quantitativa ha evidenziato l'esistenza di una differenza statisticamente rilevante nella prevalenza di esperienze conflittuali con il cibo e con il corpo tra i diversi gruppi sociali indagati, dall'altro l'analisi qualitativa ha fornito una lente interpretativa utile a cogliere i processi, le funzioni e i significati sottesi al comportamento alimentare disfunzionale, così come essi sono situati nelle storie delle singole persone LGBTQIA+ intervistate.

In linea con la letteratura precedente, i risultati quantitativi emersi dallo Studio 1 hanno mostrato una presenza significativamente più elevata di esperienze conflittuali con

il cibo e con il corpo nella popolazione LGBTQIA+ (62,1%) e prevalentemente o più eterosessuale (62,2%), rispetto al campione cis-eterosessuale (48, 3%).

Anche il dato inaspettato che ha mostrato un maggiore tasso di prevalenza di DA attuale nel gruppo prevalentemente o più eterosessuale (22,2%) assume un'importanza fondamentale se osservato attraverso una lente intersezionale (Crenshaw, 1989), evidenziandone, inoltre, anche la profonda coerenza con la Teoria del Minority Stress di Meyer (2003). Gli orientamenti "non esclusivamente" eterosessuali si configurano, infatti, come identità che, non trovando ancora in seno alla società prassi discorsive e spazi di riconoscimento autentico, possono essere esposte ad una doppia invisibilizzazione: sia all'interno della comunità ciseteronormata, che all'interno della comunità LGBTQIA+. La difficoltà di esperire vissuti di appartenenza, rispecchiamento e validazione può, pertanto, rendere i percorsi di esplorazione e consapevolezza del proprio orientamento particolarmente complessi, generando potenziali vissuti di incertezza e occultamento identitario senza, talvolta, giungere mai ad una piena accettazione o autodeterminazione come soggetti Queer. Analogamente, infatti, ad altre identità fluide, non binarie, questioning o non facilmente categorizzabili all'interno dell'ordine sociale simbolico-normativo, l'invisibilizzazione di una propria importante componente identitaria, che fatica a trovare un proprio posizionamento e parole per dirsi, può rappresentare un importante fattore di rischio di disturbi alimentari (Austin et al. 2009, 2013; Beccia et al., 2021; Calzo et al., 2018; Cochran et al., 2007; Hadland et al., 2014; Kuna & Sobów, 2017; Laska et al., 2015; Matthews-Ewald et al., 2014; Shearer et al., 2015; VanKim et al., 2015; Watson et al., 2016; Wichstrøm, 2006), in linea con le ipotesi del presente studio.

L'analisi qualitativa ci permette, tuttavia, di andare oltre il mero dato statistico, che conferma nel complesso l'evidenza empirica di un rischio più elevato di disturbi alimentari tra le soggettività LGBTQIA+, per esplorare la complessa costellazione di processi intrapsichici, interpersonali e sociopolitici che ne sono alla base. In questo modo, possiamo tentare di ricostruire una possibile "genealogia" (Foucault, 1966) della sofferenza incarnata in tali disturbi, indagando le dinamiche di potere e di normatività che li attraversano.

L'utilizzo del metodo dell'Analisi Tematica Riflessiva (Braun & Clarke, 2006) ha consentito, infatti, di mettere in luce la profonda complessità dei vissuti soggettivi delle persone LGBTQIA+ con esperienze conflittuali con il cibo e con il corpo, evidenziando come il rapporto con la corporeità sia inestricabilmente connesso a vissuti identitari, e come entrambi siano discorsivamente costruiti per mezzo di norme, pratiche e dispositivi sociali. In questo quadro concettuale, il corpo si declina come una "realtà biopolitica" (Foucault, 1974) sulla quale si riflette e attraverso cui si esplica il conflitto in atto tra istanze di autodeterminazione interne e pressioni normative esterne.

Lungi dal voler essere un mero resoconto di casi clinici, volendo superare la sola descrizione fenomenologica del disturbo all'interno delle diverse storie individuali, l'analisi si è focalizzata su quattro temi principali che hanno consentito di ricollocare le esperienze soggettive nel più ampio contesto di sistemi politico-istituzionali, socioculturali e relazionali interconnessi in cui tali vissuti assumono forma e significato.

Nel complesso, tutte le persone partecipanti sentivano che, in modi diversi e peculiari, la sintomatologia alimentare e il rapporto problematico con il cibo e con il corpo fossero correlati in qualche modo alla loro esperienza del genere e/o della sessualità.

In particolare, il primo tema, “Percorsi di sviluppo identitario in una società ciseteronormativa”, evidenzia come fin dall’infanzia la ciseteronomatività operi come un regime epistemico (Rich, 1980; Wittig; 1981) attraverso cui le norme e le pressioni sociali si incarnano nell’habitus (Bourdieu, 2005) sessuale e di genere individuale.

Il percorso evolutivo di soggettivazione si delinea, pertanto, per tutte quelle identità non conformi alle categorie discorsive dominanti, come un processo non lineare costellato di difficoltà, che necessita di strategie di sopravvivenza per farsi strada in un ambiente pervasivamente ostile. Coerentemente con le ipotesi dello studio, i racconti delle persone intervistate illustrano, infatti, come l’inevitabile esposizione a microaggressioni ed invalidazioni identitarie, esplicite e/o implicite, sia percepita più o meno consapevolmente fin dalla primissima infanzia, generando un senso interiorizzato di insicurezza, inadeguatezza e innata imperfezione.

La precoce alterazione della qualità delle relazioni che la persona instaura con i sistemi sociali e interpersonali in cui è inserita, indotta dai processi di disciplinamento dei corpi e delle identità, arriva così a produrre forme di sofferenza psicologica cronica come conseguenza del Minority Stress esperito (Meyer, 2003). Il perfezionismo, l’occultamento identitario e l’isolamento sociale rappresentano in tale contesto i principali meccanismi difensivi individuati dalle persone partecipanti per far fronte, in modi diversi ma complementari, alla violenza esterna e alla conseguente sofferenza interna.

Tali vissuti sono coerenti con i diversi modelli, teorizzati fin dagli anni ’80, tesi a illustrare il graduale processo di scoperta, accettazione ed integrazione della propria identità sessuale non normativa all’interno della più ampia rappresentazione identitaria e del concetto di Sé, di cui il modello di Troiden (1989) rappresenta un’efficace

integrazione. Esso descrive, infatti, le tappe fondamentali e non lineari che, similmente ad una "spirale orizzontale" (Troiden, 1989), le soggettività queer attraversano per giungere ad autodeterminarsi nella propria identità. Troiden, infatti, colloca l'inizio del processo di formazione dell'identità LGBTQIA+ già alla prima infanzia, a partire proprio da una non meglio definita sensazione di diversità rispetto ai pari a cui non viene ancora attribuito un significato in termini sessuali o identitari, ma che li sensibilizza alla futura definizione della propria identità. È generalmente con l'inizio del periodo adolescenziale che questa fase di sensibilizzazione lascia il posto ad una vera e propria confusione identitaria, che può essere gestita attraverso diverse strategie volte a a) negare la propria identità, b) tentare di estirparla per riparare all' "errore" e ritornare ad una norma ciseterosessuale, c) evitare attivamente i propri pensieri, desideri e comportamenti ritenuti inaccettabili, d) razionalizzare i propri sentimenti e comportamenti così da ridefinirli in termini più accettabili per sé e per gli altri o e) accettare pienamente la propria identità, favorendo il prosieguo di un più sano sviluppo identitario. Tale assunzione dell'identità è ciò che caratterizza una terza fase individuata da Troiden la quale, soprattutto per mezzo dei primi coming out, la persona giunge gradualmente a definire la propria identità sessuale e di genere non solo in termini di auto-definizione del proprio Sé privato, ma anche come definizione e presentazione del proprio Sé pubblico, ampliando via via la propria visibilità sociale. Un'ultima fase, definita di partecipazione, è quella che consente di risolvere la scissione tra il proprio Sé pubblico e Sé privato, e di adottare uno stile di vita quotidiano in grado di rispecchiare in modo autentico il proprio vero Sé. L'acquisita capacità di integrare la componente emotiva e quella sessuale all'interno di una rappresentazione complessa e connotata positivamente della propria identità, consente

infatti di instaurare delle relazioni stabili e significative, e di provare crescenti livelli di soddisfazione di sé e della propria vita.

Concettualizzazioni più recenti hanno, inoltre, ampliato tali modelli perlopiù stadiali includendo una maggiore attenzione ai diversi contesti di vita in cui la persona è inserita, superando la prospettiva eccessivamente individualistica delle teorizzazioni precedenti. Il percorso di sviluppo, consapevolezza ed integrazione della propria identità sessuale, così come il coming out che di tale sviluppo identitario rappresenta una componente fondamentale (Cass, 1979; 1996; Rivers, 2002; Savin-Williams 2001), è infatti un "processo fluido" che si estende per tutto il corso della vita, senza mai giungere ad un traguardo acquisito una volta per tutte (Guittar & Rayburn, 2016), poiché condizionato in maniera dinamica dalle risorse e dagli ostacoli portati dai contesti sociali e relazionali con cui il singolo entra man mano in contatto (Baiocco et al., 2023).

In particolare, tale processo può essere facilitato, o al contrario ostacolato, dalla decisione di attuare uno svelamento identitario con le persone psicologicamente più significative, generalmente genitori e persone amiche. Il timore di sperimentare un rifiuto relazionale è stato, infatti, identificato come uno dei maggiori ostacoli a questo processo (Baiocco & Terriaca, 2019), il quale implica un'attenta valutazione soggettiva dell'impatto che tale comunicazione potrebbe determinare a livello emotivo e relazionale, nonché l'interiorizzazione delle reazioni esplicite o implicite di fronte alla propria emergente identità, espressione del proprio Sé più autentico (Willoughby et al., 2006). Alla luce della peculiare importanza psico-emotiva che tali relazioni rivestono nella vita della persona, che le ha accuratamente ed appositamente scelte per accogliere una parte di sé, risposte positive di conferma e validazione rivolte ad una componente identitaria ancora intimamente associata a vissuti di paura, vergogna e vulnerabilità, e per tale

motivo tenuta a lungo nascosta, saranno investite di significati fondamentali in termini di accettazione e coesione identitaria, consentendo lo sviluppo di un' "identità LGBTQIA+ positiva" (Baiocco et al., 2023; Riggle et al., 2014; Willoughby et al., 2006). Al contrario, di fronte a reazioni negative, la mancanza di risposte di supporto e rispecchiamento potrà rafforzare i vissuti di angoscia, vergogna e alienazione determinando un'ulteriore perdita di coesione ed esiti avversi, quali omonegatività interiorizzata, un senso di sé negativo, bassa autostima, depressione, uso di sostanze, comportamenti sessuali a rischio e atti suicidari (Baiocco et al., 2023; Nungesser, 1983; Rosario et al., 2001; Savin-Williams, 1989; Vincke et al., 1993; Willoughby et al., 2006).

Il processo di sviluppo identitario, può tuttavia variare notevolmente a seconda della specificità dell'identità sessuale e dell'intersezione tra le sue diverse componenti.

Gli studi indicano che soggettività bisessuali impiegano un periodo di tempo più lungo per giungere alla formazione e all'integrazione di un'identità stabilmente bisessuale, rispetto alle persone gay o lesbiche (Rosario et al., 2006), poiché la cultura monosessista, che riconosce come legittima esclusivamente l'attrazione per un singolo genere, può bloccarli nella convinzione interiorizzata di dover risolvere una presunta confusione delle proprie tendenze erotico-affettive prima di poter proseguire con il processo di accettazione ed integrazione di tale vissuti all'interno di una chiara e stabile identità sessuale. Gli uomini e le donne bisessuali riportano, infatti, un maggiore livello di confusione identitaria, un minor senso di appartenenza e di supporto percepito dalla comunità LGBTQIA+, un minore accesso ad informazioni relative al proprio orientamento sessuale e minori possibilità di identificarsi in modelli di ruolo positivi in grado di facilitare l'assunzione della propria identità bisessuale (Balsam & Mohr, 2007; Dotan et al., 2019; Rust, 2002), giungendo più tardi e con più difficoltà alla decisione di

compiere un coming out (Baiocco, 2024; Bogaert & Hafer, 2009; Floyd & Bakeman, 2006; Floyd & Stein, 2002; Fox, 1995; Grov, et al., 2006). Nel complesso, tali risultati potrebbero spiegare anche il maggior rischio di sviluppare disturbi alimentari e altre condizioni psico-patologiche riscontrato nella popolazione bisessuale, soprattutto tra le persone più giovani (Austin et al., 2004, 2009; Brown & Keel, 2015; Matthews-Ewald et al., 2014), costretta a fronteggiare la difficoltà aggiuntiva rappresentata dall'ostilità e dai pregiudizi associati alla bisessualità, derivante sia dalla comunità LGBTQIA+ che dalla più ampia società eteronormativa, che conduce a minore supporto sociale, maggiore ostilità e binegatività interiorizzata (American Psychological Association, 2021; Davids & Green, 2011; Parker & Harriger, 2020), rendendo più tortuoso il processo di sviluppo della propria identità sessuale minorizzata.

Analogamente, la letteratura evidenzia caratteristiche peculiari nei percorsi di consapevolezza e svelamento della propria identità di genere per le persone transgender, i quali risultano essere particolarmente complessi soprattutto per le soggettività non binarie ostacolate dalla carenza di informazioni, rappresentazioni e supporto sociale rispetto alle persone LGB+ e alle persone trans* binarie (Fiani & Han, 2019).

La diffusa cultura binaria del genere e della sessualità spinge, infatti, alla necessità percepita di giungere ad identificarsi, come obiettivo ultimo del processo di esplorazione ed introspezione identitaria, all'interno di categorie dicotomiche, cioè donna/uomo e omosessuale/eterossesuale, rendendo molto più complesso il processo di formazione e di integrazione dell'identità per chi non si riconosce all'interno di tale classificazione binaria dell'orientamento sessuale o dell'identità di genere.

A partire dalle fondamentali teorizzazioni di Bruch sull'eziopatogenesi dei disturbi alimentari, la letteratura ha frequentemente ricondotto tali disturbi a difficoltà

legate alla dimensione identitaria (Schupak-Neuberg & Nemeroff, 1993; Stein & Corte, 2007; Verschueren et al., 2016; Weinreich et al., 1985; Wheeler et al., 2003) e, in particolare, ad un fallimento nel processo di sviluppo di un insieme di diversi domini di definizione del Sé, in modo sufficientemente stabile e coeso, all'interno di un'unica identità complessiva integrata (Bruch, 1982; Stein & Corte, 2007). Stein & Corte (2007) hanno, infatti, definito l'identità come "un costrutto globale che si riferisce sia al processo di costruzione della definizione di sé, sia ai prodotti di questo processo, compresa la conoscenza degli attributi personali e dei ruoli sociali correlati al Sé", di cui l'identità sessuale è "una delle diverse identità incorporate nel concetto di sé di una persona" (Troiden, 1989).

I dati raccolti dalle interviste ci forniscono, quindi, una chiave di lettura della ciseteronormatività come una struttura di potere che, penetrando nelle fibre del tessuto sociale, corporeo e intrapsichico, preme per invisibilizzare e marginalizzare alcune identità, obbligate a creare nuove forme di soggettivazione e risignificazione del Sé.

I frequenti episodi di discriminazione, rifiuto e vittimizzazione, con la conseguente omonegatività interiorizzata, possono infatti influenzare la serenità del percorso di sviluppo identitario, spesso coincidente con la già di per sé delicata fase adolescenziale, aumentando il rischio di sviluppare un disturbo alimentare (Hatzenbuehler & Pachankis 2016; Lick et al. 2013; Watson et al. 2016). Tali stressors distali e prossimali legati alla propria identità sessuale minoritaria possono, infatti, impattare fortemente sull'autostima e sul concetto di Sé, incrementando vissuti di vergogna e di colpa che possono in ultimo condurre a svariate condizioni psicopatologiche, come disturbi d'ansia e depressione, spesso presenti in comorbidità con i disturbi alimentari (Calzo et al., 2018; Katz-Wise et al., 2015; Newcomb & Mustanski,

2010; Wiseman & Moradi. 2010). Minori livelli di rifiuto genitoriale sono, invece, parallelamente associati ad un minor rifiuto sperimentato dalla persona stessa verso la propria identità sessuale, la quale può essere più efficacemente accettata ed integrata come parte di Sé piuttosto che divenire oggetto di lotte e conflitti intrapsichici, oltre che intersoggettivi (Bregman et al., 2013; Katz-Wise et al., 2016; Simons et al., 2013). La possibilità, infatti, di sperimentare un adeguato supporto sociale e di percepire amore ed accettazione, primariamente dalle figure genitoriali, consente la costruzione di una solida base di fiducia e sicurezza in sé stessi e nelle relazioni interpersonali, in grado di resistere allo stigma sociale e all'interiorizzazione delle rappresentazioni negative culturalmente associate alla propria identità sessuale (Espelage et al., 2008; Pearson & Wilkinson, 2013).

In linea, pertanto, con la letteratura relativa ai Disturbi dell'Alimentazione e alla teoria del Minority Stress (Meyer, 2003), nelle interviste raccolte il perseguimento di un falso Sé idealizzato attraverso varie forme di perfezionismo, compensazione o occultamento del Sé reale, considerato insufficiente o inaccettabile, si delinea come una strategia volta a ridurre la distanza emotiva e relazionale esperita, al fine di trovare un senso di coesione e stabilità identitaria, nonché un proprio posto nel mondo.

Il secondo tema individuato, "Il Corpo tra Consapevolezza Identitaria e Inadeguatezza", si è focalizzato invece sui processi attraverso i quali le pratiche normative di socializzazione si riflettono sul corpo, traducendosi in esperienze incarnate. In linea con la teoria dell'embodiment di Merleau-Ponty (1945) e la sociologia del corpo di Foucault (1976), l'analisi ha consentito di riflettere su come i corpi queer non possano mai essere corpi neutri, ma si configurino fin da subito come corpi politici in cui si

materializzano le tensioni tra pratiche di dominio sociale e pratiche di resistenza individuale.

A partire dalla pubertà il corpo, già corpo socializzato ampiamente inscritto nell'ordine di genere, diviene anche corpo sessuato come effetto degli sguardi sociali oggettivanti e sessualizzanti a cui è pervasivamente sottoposto. L'esperienza incarnata ci racconta, pertanto, come lo sviluppo di caratteri sessuali secondari, la pressione ad aderire a modelli estetici coerenti con il genere che è stato attribuito alla nascita e la perdita di un corpo sociale sessualmente neutro tipico dell'infanzia, siano spesso vissuti come un processo di graduale ed incessante sottrazione di *agency* sul proprio corpo, così come sul significato identitario che esso andrà ad assumere nell'ordine sociale.

In tale orizzonte discorsivo, la tipologia di ideali estetici interiorizzati e le strategie messe in atto per raggiungerli ci parlano di complesse forme di resistenza e gestione della sofferenza, che esprimono allo stesso tempo il bisogno profondo di autoaffermazione e di riconoscimento sociale. Coerentemente con la Teoria dell'Oggettivazione (Fredrickson & Roberts, 1998), la distanza fra l'immagine corporea ideale interiorizzata e quella reale percepita, così come l'assunzione di uno sguardo sul Sé che si declina in terza persona sotto forma di auto-oggettivazione, possono tradursi nella rottura di un rapporto autentico con il proprio corpo che può manifestarsi attraverso forme di oppositività reattiva, scissione o dissociazione corporea, fino ad arrivare a gravi atti di autolesionismo.

Tali dinamiche si intersecano, inoltre, in maniera determinante con un ulteriore forma di oppressione strutturale di natura grassofobica, che agisce sui corpi non conformi all'ideale normativo di magrezza per mezzo di un *thin-gaze* non solo oggettivante, ma colpevolizzante e patologizzante che viene inevitabilmente interiorizzato. Come evidenziato dai Fat Studies (Bacon, 2008), gli sguardi, le norme e le pratiche discorsive

che stigmatizzano i corpi grassi o sovrappeso, rappresentano non solo un significativo fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi alimentari, compromettendo l'interiorizzazione di un'immagine corporea positiva (Alimoradi et al., 2020), ma veri e propri dispositivi di oppressione sistemica che operano anche in ambiti professionali e sanitari (Kost et al., 2024), configurandosi come un fattore di stress pervasivo e cumulativo con serie ricadute sulla salute psico-fisica (Alimoradi et al., 2020; Hatzenbuehler, 2009). Il *Weight Stigma* medico e istituzionale è, infatti, spesso all'origine delle disparità sanitarie esperite dalle persone grasse con disturbi alimentari, che possono andare incontro a diagnosi mancate, tardive o errate e, conseguentemente, a trattamenti inadeguati (Harrison, 2019) a causa di un sistema che, secondo un riduzionismo biomedico, legge il peso dei corpi grassi come patologia, colpa o fallimento individuale e conseguentemente il dimagrimento come esito salutare, desiderato e auspicabile.

In questo contesto, l'esigenza che può essere esperita dalle persone LGBTQIA+ di soddisfare l'ideale normativo imposto dalla *Diet Culture* dev'essere imprescindibilmente letta in chiave sistemica, alla luce dell'oppressione multipla ed intersezionale a cui l'assenza di conformità al contempo corporea e di genere le esporrebbe, riducendo o compensando in tal modo con il corpo le conseguenze dello stigma.

Il terzo tema, " Il Disturbo Alimentare come Strategia di Sopravvivenza", evidenzia il potenziale esito clinico delle traiettorie di sviluppo precedentemente descritte.

Il bisogno di riprendere il controllo sulla propria vita agendo sul corpo, percepito come unica componente del Sé materialmente controllabile e modificabile, rivela come il sintomo alimentare possa assumere funzioni di *agency*, autodeterminazione e

compensazione configurandosi come una strategia di sopravvivenza volta a reintegrare un Sé frammentato, dissociato o alienato.

In questo senso il sintomo può diventare, infatti, la faccia disfunzionale di una medaglia che consente, nel suo rovescio, di modificare attivamente una corporeità non congruente alla propria identità di genere, configurandosi come una modalità funzionale a sfuggire al *gatekeeping* sanitario che ancora limita la piena autodeterminazione delle persone trans*. Analogamente, il desiderio di un corpo in grado di nascondersi o di mimetizzarsi tra i piani privilegiati della stratificazione sociale, rivela il bisogno esistenziale di essere riconosciuti come "corpi che contano" (Butler, 1996), a detrimento della propria autenticità ed integrità a livello identitario. Occultare il proprio vero Sé e/o compensarne l'inadeguatezza attraverso la performatività di un modello normativo, diviene il costo da pagare per "essere vistə" e diventare quealcunə".

In tale cornice concettuale, la sintomatologia alimentare non è ascrivibile, pertanto, alla mera rincorsa di ideali estetici, dettata da istanze di omologazione e conformismo sociale, ma assume una profonda connotazione identitaria in quanto strumento affermativo e compensativo in grado di aggirare i dispositivi biopolitici nelle loro diverse forme strutturali.

Il quarto ed ultimo tema, "Risorse e Proposte per un Nuovo Approccio alla Cura", si è focalizzato sulla necessità di saperi situati attraverso cui individuare e comprendere le criticità esistenti e le risorse fondamentali ad implementare approcci davvero affermativi e informati. L'assenza di una formazione adeguata e il permanere di un pensiero ciseterocentrico nei contesti di cura, sono messi in evidenza dalle frequenti esperienze di invalidazione e discriminazione riportate dalle persone intervistate, il cui

impatto sistemico e strutturale è causa di gravi disparità nell'accesso e nella qualità delle cure sanitarie (Diemer et al., 2015; Duffy et al., 2016; Smalley et al., 2016).

Le criticità riportate dalle persone partecipanti all'intervista sono, infatti, coerenti con studi qualitativi precedenti che hanno indagato la presenza di microaggressioni relative al genere e all'orientamento sessuale all'interno di setting terapeutici (Constantine, 2007; Shelton & Delgado-Romero, 2011), riconducibili secondo Spengler e colleghi (2016) a tre principali errori clinici di tipo microaggressivo. Il primo fa riferimento alla presenza di presupposti ciseteronormativi che si esplicano, già a partire dal colloquio iniziale, per mezzo del linguaggio, della modulistica o di altri tipi di strumenti utilizzati. Il secondo errore clinico è ascrivibile al permanere di una cecità queer (Smith & Shin, 2014) da parte della figura terapeutica, ovvero all'incapacità di vedere la persona in terapia nella sua identità socio-culturale, che conduce al sistemico evitamento di temi relativi all'identità di genere e all'orientamento sessuale sminuendo l'importanza dello status minorizzato o imponendo la propria visione ciseteronormativa. Infine, una terza tipologia di microaggressione che può essere attuata in un contesto terapeutico è la patologizzazione dell'identità sessuale, che può essere espressa in maniera esplicita oppure attraverso un'eccessiva focalizzazione su di essa come causa originaria ed intrinseca di qualsiasi problema presentato dalə paziente (Sue & Sparnierman, 2022).

Pertanto, la maggior parte delle proposte e delle riflessioni riportate dalle persone intervistate convergono nel sottolineare la necessità di un cambio di paradigma che si muova da un approccio patologizzante e sintomo-centrico, ad un approccio intersezionale e affermativo *tailored,* in cui l'intervento psicologico possa essere ritagliato sulle peculiarità della singola persona. Come evidenziato dalla letteratura, infatti, l'adozione di un approccio affermativo è associato a esiti migliori nel percorso di recovery da un

disturbo alimentare (Braverman et al., 2021). L'esigenza, inoltre, di integrare una prospettiva intersezionale è stata evidenziata con forza soprattutto in riferimento al tema della Neuroqueerness, riportata più volte come un peculiare posizionamento identitario in cui l'identità queer e la neurodivergenza risignificano il sintomo alimentare, intrecciandosi con vissuti e funzioni differenti da quelli descritti dal paradigma clinico tradizionale.

La necessità di un ripensamento radicale dei Disturbi dell'Alimentazione e degli approcci alla cura è evidente: la pratica clinica non può e non deve essere un mero strumento di potere normativo che riproduce meccanismi di disciplinamento e assoggettamento dei corpi e delle identità, ma deve recuperare uno sguardo critico ed etico che sostenga e validi i processi di soggettivazione autentica di ogni persona.

La possibilità di pensare a interventi in grado di prevenire e trattare adeguatamente i Disturbi dell'Alimentazione non può prescindere, pertanto, dalla capacità delle figure cliniche di leggere il sintomo non come mero indice di patologia, ma come potenziale risposta ad un ambiente strutturalmente oppressivo e invalidante, sottolineando la necessità di un approccio culturalmente competente. La competenza culturale nel contesto terapeutico è stata, infatti, definita da Sue e Torino (2005) come:

> (…) la capacità di impegnarsi in azioni o creare condizioni che massimizzino lo sviluppo ottimale del paziente e del suo funzionamento. Viene definita come l'acquisizione, da parte del terapeuta, della consapevolezza, della conoscenza e delle abilità necessarie per funzionare efficacemente in una società democratica pluralista (capacità di comunicare, interagire, negoziare e intervenire a favore di pazienti provenienti da contesti diversi). (p. 8, in Sue & Spanierman, 2022)

Secondo il modello tripartito di competenza psicologica multiculturale elaborato da Sue e colleghi (1992), è necessario pertanto che nel setting terapeutico le figure professionali posseggano tre diverse componenti tra loro interconnesse: 1) un'adeguata *conoscenza* del sistema di potere, oppressioni e privilegi dei gruppi socialmente minorizzati, nonché delle pratiche di discriminazione e invisibilizzazione a cui essi sono specificamente sottoposti; 2) un'autentica *consapevolezza* del proprio posizionamento sulla base della propria identità socioculturale, del sistema di valori e di credenze interiorizzate a partire dal sistema culturale egemonico, così come dei propri privilegi e pregiudizi più o meno inconsci e, infine, 3) l'*abilità* di riconoscere l'impatto delle oppressioni sistemiche sulla qualità della vita e sul benessere psicofisico delə paziente, al fine di implementare interventi culturalmente situati e terapeuticamente efficaci (Sue et al., 1992; Sue & Spanierman, 2022; Sue & Zane, 1987).

I risultati di questa ricerca hanno pertanto profonde implicazioni cliniche, suggerendo un ripensamento dell'approccio alla cura dei Disturbi dell'Alimentazione in direzione di un paradigma che integri i principi della *Trauma Informed Care* (TIC) e della Terapia Interpersonale (IPT-ED), con una conoscenza adeguata delle pratiche affermative con pazientз LGBTQIA+.

L'approccio *Trauma-informed* riconosce, infatti, l'impatto del trauma sulla salute e sulla risposta alle cure della persona, particolarmente importante per tutte quelle soggettività sottoposte a forme strutturali di marginalizzazione e Minority Stress (Grossman et al., 2021) che devono essere, pertanto, considerate vere e proprie forme di trauma relazionale, istituzionale e collettivo. L'implementazione di una *Trauma-Informed Care and Practice* (TICP) non può quindi mai essere neutrale: richiede che venga riconosciuto il ruolo dell'identità di genere, dell'orientamento sessuale, della disabilità,

della classe sociale, dell'etnia e di altri assi di oppressione nell' influenzare sia l'esperienza del trauma, sia il processo di recovery.

Analogamente, i vissuti e i relativi bisogni derivanti dalla qualità dei contesti sociali e relazionali in cui le persone sono inserite, rappresentano temi centrali della Terapia Interpersonale per i Disturbi dell'Alimentazione (IPT-ED; Rieger et al., 2010), uno dei trattamenti *evidence-based* per i disturbi alimentari, che potrebbe beneficiare dell'identificazione dei problemi interpersonali specificamente legati all'invisibilizzazione, all'ostilità socio-relazionale e alle conseguenze del Minority Stress. L'integrazione di vissuti esperienziali specificamente e unicamente situati in identità culturali marginalizzate potrebbe rendere pertanto il trattamento più efficace, adattandolo alle esigenze peculiari e al contesto di vita delle persone LGBTQIA+. Per le persone appartenenti a gruppi sociali minorizzati, e in particolare per le soggettività queer, infatti, il supporto interpersonale derivante da sistemi familiari allargati, gruppi di pari e comunità rappresenta una risorsa psicologica fondamentale per poter sviluppare un senso di Sé coeso e un'identità culturale positiva (Sue & Spanierman, 2022). In un contesto strutturalmente discriminante, la possibilità di condividere esperienze comuni di oppressione, marginalizzazione e aggressione, sia a livello micro- che macro-, consente di soddisfare quei bisogni primari di appartenenza, validazione e rispecchiamento che possono essere alla base della sintomatologia alimentare. Si tratta, infatti, di bisogni il cui soddisfacimento è spesso ostacolato e precluso dai rapporti di potere che regolano la relazionalità nel più ampio sistema sociale ciseteronormativo.

Superare il paradigma eccessivamente individualista che ha storicamente dominato la psicologia per riconoscere l'importanza del contesto socio-relazionale, integrando valori comunitari e collettivistici, non solo permetterebbe di rispondere in

modo più adeguato ai bisogni reali delle persone LGBTQIA+, ma contribuirebbe anche a un'evoluzione della scienza psicologica stessa attraverso l'integrazione di saperi situati.

In conclusione, i temi individuati aprono nuove e promettenti direzioni per la ricerca e la pratica clinica. Le voci delle soggettività intervistate, per mezzo dei loro saperi situati ed incarnati, rappresentano un appello urgente per la comunità scientifica e professionale a riflettere criticamente sui propri assunti e sulle proprie pratiche normative, e ad indossare nuove lenti in grado di mettere a fuoco come l'intersezione di più assi di oppressione sistemica possano manifestarsi a livello individuale.

4.2 Una proposta d'intervento: Il modello I-CARE

I dati raccolti nel presente studio, unitamente alle riflessioni emerse dalla revisione critica della letteratura, consentono di proporre un protocollo di intervento che intende offrire una cornice teorico-clinica integrata per la prevenzione e il trattamento dei Disturbi dell'Alimentazione, con particolare attenzione alle soggettività LGBTQIA+.

Il modello, denominato I-CARE (*Intersectional, Communal, Affirmative, Relational, Embodied Model*) nasce pertanto dall'incontro e dall'integrazione di risultati empirici, analisi critica dei paradigmi clinici tradizionali e saperi comunitari, riconoscendo al centro dell'azione terapeutica la natura situata, relazionale e incarnata della sofferenza psicologica.

La scelta del nome si inscrive in quei processi di risignificazione linguistica storicamente messi in atto dalle comunità LGBTQIA+, come pratica di resistenza, neutralizzazione e riappropriazione simbolica, al fine di sottrarre termini offensivi e patologizzanti alle forme del discorso dominante trasformandoli da un'arma da cui

difendersi ad una risorsa che le comunità stesse possono utilizzare per narrarsi e autodeterminarsi. Come osservato da Butler (1993; 1997), la capacità di sovvertire il linguaggio rappresenta, infatti, un atto performativo in grado di interrompere le strutture di dominio e decostruire prassi discorsive normative, operando uno slittamento di significati che restituisce agency ed empowerment ai soggetti che li incarnano.

Analogamente, l'acronimo I-CARE condensa i pilastri teorici del modello evocando al contempo la dimensione della cura, con il fine di operare un rovesciamento consapevole del paradigma patologizzante, veicolato dagli acronimi diagnostici utilizzati nell'ambito della psicopatologia in generale e dei Disturbi dell'Alimentazione in particolare (DCA, DNA, AN, BN, BED ecc…). Mentre quest'ultimi, infatti, tendono ad identificare la persona con la patologia, riducendola a mero oggetto di classificazione nosografica, I-CARE mira a restituire centralità al soggetto come agente attivo, iscrivendo l'intervento all'interno di una cornice espressamente relazionale e politica della cura intesa come responsabilità collettiva (Fraser, 2016; Tronto, 2013).

L'atto di risignificazione operato attraverso il nome del modello non è inteso come mero espediente retorico, ma come autentica scelta epistemologica che mira a sovvertire il regime discorsivo biomedico. Tale rottura performativa aspira a ridefinire la pratica clinica da dispositivo di classificazione e normalizzazione, a prassi di riconoscimento e contrasto delle strutture sistemiche di oppressione che producono e riproducono le condizioni materiali e simboliche della vulnerabilità e della sofferenza.

In particolare, il Modello I-CARE si colloca all'intersezione tra cinque grandi cornici teoriche, che ne costituiscono i principali pilastri epistemologici:

1. La teoria dell'Intersezionalità (Crenshaw, 1989) invita a leggere le esperienze individuali come il prodotto dell'intreccio dinamico di diversi assi di oppressione

e privilegio (genere, orientamento sessuale, razza, classe, abilità, ecc.). Tale prospettiva consente di cogliere come l'esperienza di una persona che si colloca all'incrocio di più categorie sociali sarà data non dalla somma, ma dall'intersezione di diverse forme di discriminazione e marginalizzazione non analizzabili separatamente.

La lente intersezionale illumina così l'influenza, sempre diversa e peculiare, che le strutture di potere esercitano sulla costruzione del Sé e dell'esperienza sintomatologica, come quella alimentare, dove il corpo può diventare il luogo materiale e simbolico in cui si condensano le tensioni tra sistemi di oppressione e processi di resistenza incarnata.

2. La teoria del Minority Stress (Meyer, 2003) chiarisce i meccanismi attraverso i quali i fattori distali, costituiti da eventi esterni di discriminazione, esclusione, violenza e vittimizzazione, unitamente ai fattori prossimali, ovvero processi intrapsichici quali lo stigma percepito, le aspettative di rifiuto, l'occultamento identitario e l'interiorizzazione del pregiudizio sociale, determinino livelli cronici di stress nella vita delle soggettività minorizzate. L'integrazione di tale prospettiva assume un valore cruciale poiché consente di comprendere come tali processi pervasivi e sistemici incidano in maniera determinante sui processi di regolazione emotiva, sui vissuti psicocorporei e sul Senso di Sé. Tale cornice concettuale permette, pertanto, di leggere il comportamento alimentare sintomatico all'interno di una matrice profondamente socio-politica, piuttosto che meramente individuale.
3. La teoria Interpersonale ((Klerman, 1970; Rieger, 2010) richiama la funzione fondamentale dei sistemi relazionali nei processi di soggettivazione evidenziando

come la qualità dei rapporti intersoggettivi, incluse le risposte di conferma, riconoscimento e appartenenza, modelli il funzionamento interpersonale e la percezione del Sé attraverso processi di rispecchiamento sociale. Essa mette in luce come la frequenza e pervasività delle esperienze relazionali avverse, caratterizzate da stigma, esclusione e invalidazione, possano influire in maniera determinante sul soddisfacimento di bisogni fondamentali quali sicurezza, appartenenza e accesso a una rete sociale di supporto, con ricadute importanti sull'autostima, la regolazione affettiva ed il Senso di Sé.

In questo contesto, l'adozione di condotte alimentari disordinate può configurarsi come un mezzo, seppur disadattivo, di regolazione emotiva in risposta a situazioni relazionali inter-soggettivamente o intra-soggettivamente conflittuali o ostili, in cui il soddisfacimento di bisogni personali e sociali fondamentali è strutturalmente precluso o ostacolato. Tale prospettiva permette di comprendere la sintomatologia alimentare come un'espressione incarnata delle fratture relazionali e socio-culturali che si inscrivono nella dimensione emotiva e identitaria individuale.

4. La teoria dell'Oggettivazione (Fredrickson e Roberts, 1998) sottolinea i processi attraverso cui i corpi, in particolare quelli femminilizzati, razzializzati o queer, vengono costantemente sottoposti allo sguardo normativo della cultura dominante. Tale sguardo opera una forma di deumanizzazione che frammenta la persona nelle sue singole parti costitutive riducendola a mero oggetto valutabile e controllabile, strumentale agli scopi di chi osserva. In quest'ottica, la sorveglianza corporea, la diminuzione della consapevolezza interocettiva e l'interiorizzazione di quello stesso sguardo oggettivante esterno precludono la possibilità di esperire

il corpo come soggetto agente, evidenziando i processi attraverso cui la dimensione strutturale si traduce in esperienze di dissociazione corporea e frammentazione identitaria. La sintomatologia alimentare, in questo senso, può essere interpretata come un tentativo paradossale di riappropriazione di un corpo vissuto come socialmente e pervasivamente esposto, controllato e invalidato.

5. La teoria dell'Embodiment (Merleau-Ponty, 1945; Piran, 2016, 2017) supera la scissione cartesiana tra mente e corpo restituendo a quest'ultimo il suo ruolo di *soggetto* dell'esperienza, in una prospettiva unitaria ed integrata. In quest'ottica, il corpo non è concepito come subordinato alla cognizione, ma come luogo primario di conoscenza, significazione e relazione con il mondo che, come parte costitutiva ed inscindibile del Sé, abita e al contempo costruisce la realtà intersoggettiva.

   A partire da questa prospettiva, il disturbo alimentare è compreso come un processo di "disembodiment" in cui il corpo, teatro di conflitti prodotti da strutture normative, pratiche di oggettivazione e sistemi di oppressione, smette di essere esperito come "corpo proprio" e comincia a divenire un "corpo oggetto" (Merleau-Ponty, 1945) producendo una frattura profonda nell'esperienza incarnata.

Come parte di un movimento di interiorizzazione del pensiero intersezionale, il modello non si limita a sommare tali approcci, ma ne propone un'integrazione dinamica e multidimensionale in cui la salute mentale è intesa come il prodotto complesso e mai lineare della costante interazione tra processi corporei, identitari, relazionali e socio-culturali.

In particolare, esso si articola su quattro dimensioni interdipendenti, ciascuna delle quali corrisponde ad uno specifico livello di funzionamento e, conseguentemente, ad uno specifico piano di intervento.

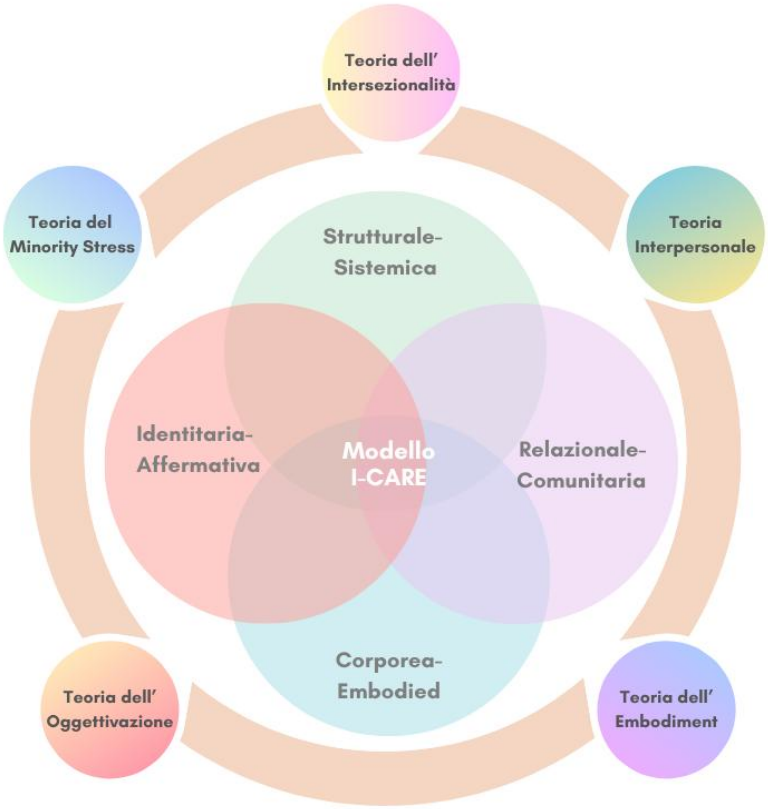

Fig. 9 Architettura teorica e dimensioni operative del Modello I-CARE. Il modello si articola su quattro dimensioni operative interdipendenti (cerchi interni sovrapposti), ciascuna ancorata ai cinque costrutti teorici di riferimento (cerchio esterno). La configurazione circolare evidenzia la natura processuale, multidimensionale e non lineare del modello, in cui ogni livello si interseca con gli altri in un rapporto di costante reciprocità.

1. **Dimensione strutturale-sistemica**. Tale livello analizza i sistemi sociali, culturali, politici e istituzionali quali dispositivi di potere che plasmano le rappresentazioni e i significati simbolici relativi ai corpi e alle identità sociali.

   Le finalità dell'intervento saranno pertanto orientate a promuovere contesti affermativi e non minorizzanti, compresi gli ambienti clinici ed

istituzionali, riconoscendo l'interazione tra micro- e macro- contesti nel produrre e riprodurre fome strutturali di oppressione.

A livello operativo tali obiettivi potranno essere perseguiti attraverso la decostruzione dei bias cis-eteronormativi che ancora permeano gli spazi fisici e simbolici in cui si esplica l'esistenza quotidiana individuale, in particolare formando il personale scolastico, medico o terapeutico all'utilizzo di pratiche e linguaggi affermativi, nonché promuovendo in tali contesti l'implementazione di politiche *gender sensitive*.

2. **Dimensione relazionale-comunitaria**. Si focalizza sulle reti relazionali di supporto, di tipo familiare, sociale e comunitario, e sulle dinamiche interpersonali presenti al loro interno in grado di mediare il senso di appartenenza, sicurezza e riconoscimento identitario.

   L'intervento sarà quindi orientato alla creazione di una relazione terapeutica affermativa in grado di favorire processi di rispecchiamento e di connessione emotiva autentica, ampliando la concezione tradizionale di "setting terapeutico" che si estende così oltre le pareti del contesto clinico, per entrare ed agire attivamente anche su quello sociale e familiare, affinché la cura diventi responsabilità politica e collettiva (Fraser, 2016; Tronto, 2013).

   Il perseguimento di tale obiettivo prevede l'implementazione di interventi comunitari guidati o co-condotti da pari, nonché il coinvolgimento attivo della *family of choice* del pazientə, per la costruzione di una *comunità curante* fondata su principi di interdipendenza e reciprocità. In quest'ottica la famiglia biologica non è più vista come unica base sicura, ma come una delle molteplici

configurazioni possibili di reti relazionali significative, accanto e a sostegno di quelle comunitarie.

3. **Dimensione corporea-embodied**. Questo livello si concentra sui vissuti corporei e su come il processo di *embodiment* sia plasmato dal sistema di norme e aspettative dominanti.

   Obiettivo è quello di favorire l'integrazione tra mente e corpo, ovvero l'esperienza del Sé incarnato, promuovendo lo sviluppo di un *embodiment positivo* in grado di avviare un processo di risignificazione dei corpi e delle narrazioni sociali che li attraversano.

   A tal fine, l'intervento pone al centro della sua azione terapeutica le esperienze di oggettivazione e il modo in cui queste si declinano in base al genere, all'orientamento e ad altri assi identitari incrementando la consapevolezza interocettiva quale possibilità di percepire, accogliere ed esprimere i segnali corporei. Gli interventi non mirano tanto a favorire l'accettazione della propria immagine corporea riflessa dallo specchio materialmente inteso, quanto piuttosto la decostruzione dell'immagine identitaria riflessa dallo specchio sociale, promuovendo forme autentiche di *rispecchiamento* intersoggettivo. La capacità di dare legittimità al proprio mondo interno implica pertanto abitare il corpo come luogo di soggettivazione ed autodeterminazione, ovvero come parte integrante del proprio Sé incarnato.

4. **Dimensione identitaria-affermativa**. Affronta i percorsi di esplorazione e consapevolezza identitaria, con un'attenzione peculiare all'influenza delle esperienze di stigma e invalidazione, quali specifici vissuti traumatici, sulla percezione del Sé e del proprio corpo.

L'obiettivo è quello di depotenziare gli effetti del Minority Stress promuovendo una maggiore consapevolezza dei processi di significazione sociale sulle identità, e rafforzando il senso di agency e autodeterminazione.

A livello operativo, ciò si traduce nell'adozione di un approccio alla cura informata sul trauma che vada oltre la mera prospettiva individuale, per integrare uno sguardo che si rivolga anche ai sistemi di potere che riproducono contesti potenzialmente traumatogeni. L'implementazione di una *Trauma-Informed Care and Practice* (TICP) consente di riconoscere le esperienze traumatiche peculiari legate al genere e alla sessualità, ascrivibili ad una matrice strutturale e sistemica, nonché il ruolo di tali aspetti identitari nell'influenzare sia l'esperienza del trauma stesso, sia il percorso necessario al suo superamento.

Le quattro dimensioni individuate non sono concepite come fasi lineari che si susseguono secondo un ordine gerarchico, ma come un processo circolare in cui ciascun livello si interseca con ogni altro in un rapporto di costante interdipendenza. Il cambiamento, in quest'ottica, sarà dato pertanto dai processi di interazione e trasformazione reciproca tra corpo, identità, relazione e struttura sociale. Ogni livello, infatti, è pensato come uno spazio in cui si esplica la continua dialettica tra conoscenza, consapevolezza e abilità che costituiscono le tre componenti fondamentali della competenza multiculturale nella pratica terapeutica con identità sociali marginalizzate, secondo il modello tripartito di Sue e Torino (2005), all'interno di un movimento concentrico il cui fulcro è il riconoscimento delle soggettività nelle loro esperienze situate.

A partire dalle evidenze presenti in letteratura, in relazione anche a precedenti programmi di intervento rivolti a gruppi minorizzati (Brown et al., 2024), l'adozione di

una prospettiva affermativa ed intersezionale, così come la specifica attenzione alle componenti del Minority Stress, non possono essere relegate a mere lezioni teoriche o moduli circoscritti, ma necessitano di una pervasiva integrazione nel corso di tutte le fasi di intervento. La possibilità, infatti, di *incorporare* in maniera omogenea tali componenti all'interno del modello, piuttosto che includerle quali fasi isolate e indipendenti, consente di affrontare e decostruire la ciseteronormatività in termini di regime epistemico (Rich, 1980; Wittig; 1981) che attraverso prassi discorsive e simboliche si incarnano nell'habitus (Bourdieu, 2005) sessuale e di genere individuale, orientando e decostruendo al tempo stesso anche la specifica postura terapeutica.

In tale modello il sintomo alimentare è letto al contempo come un mezzo di comunicazione profondamente incarnato, ma anche come strumento paradossale di sopravvivenza e resistenza volto a riappropriarsi simbolicamente di quei processi di autodeterminazione ostacolati da un sistema pervasivamente oppressivo e invalidante. L'intervento terapeutico si configura pertanto come un percorso di risignificazione dell'esperienza incarnata e di ricostruzione di un rapporto integrato e soggettivato con il "corpo proprio". Collocandosi all'interno di una cornice concettuale che si pone come alternativa al paradigma individualista e sintomo-centrico tradizionale, la figura terapeutica agisce pertanto come promotrice di esperienze di rispecchiamento e riconoscimento identitario, e come facilitatrice di processi di riconnessione corporea e relazionale, piuttosto che di mera cura dei sintomi.

Il Modello I-CARE rappresenta un tentativo di sintesi e superamento della frammentazione teorica e clinica che caratterizza l'approccio ai Disturbi dell'Alimentazione rivolta alle soggettività LGBTQIA+, in un'ottica multidisciplinare

che integra le evidenze cliniche con i Gender Studies, i Queer Studies ed i saperi comunitari.

In questo orizzonte di pensiero, il modello è concepito per essere adottato flessibilmente come cornice teorico-clinica in base alla quale orientare interventi di prevenzione, trattamento, formazione e/o ricerca all'interno di un paradigma situato centrato sulla consapevolezza dei rapporti di potere e delle differenze materiali che attraversano ogni esperienza corporea e identitaria, nelle loro reciproche intersezioni.

I-CARE non si pone pertanto come una nuova teoria della psicopatologia alimentare, ma come un nuovo modo di pensare la cura e la sofferenza incarnata. In quest'ottica, la guarigione non coincide con il mero ritorno ad una norma corporea e comportamentale, ma con la conquista di nuovi spazi di soggettivazione ed autodeterminazione possibili attraverso una cura delle relazioni, dei contesti e delle strutture che generano e riproducono la sofferenza stessa.

4.3 Limiti e Direzioni Future

Come ogni studio empirico, il presente lavoro presenta dei limiti che vanno riconosciuti criticamente.

In primo luogo, emergono limiti di rappresentatività del campione. La distribuzione geografica, infatti, è concentrata prevalentemente in Puglia, impedendo la generalizzabilità dei risultati a livello nazionale.

Inoltre, il campione si è quasi totalmente identificato come Caucasico ed europeo, pertanto l'esperienza di persone BIPOC (*Black, Indigenous and People of Color*) è fortemente sottorappresentata limitando la possibilità di indagare le intersezioni tra razza,

genere e disturbi alimentari. In generale, la limitata presenza di persone razzializzate, neurodivergenti e con disabilità costituisce una zona d'ombra rilevante, considerando che queste soggettività spesso vivono un'esclusione multipla che può amplificare il rischio di disturbi alimentari.

Un ulteriore limite è costituito dalla sovrarappresentazione di persone AFAB (*Assigned Female At Birth),* che potrebbe riflettere una maggiore esposizione al rischio di esperire un rapporto conflittuale con il cibo e con il corpo nelle persone socializzate come donne, come spesso riportato anche nelle interviste coerentemente con la letteratura precedente, così come una maggiore disponibilità di tali soggettività a parlare di disturbi alimentari a causa del permanere degli stereotipi che li descrivono come disturbi tipicamente femminili.

Sebbene l'obiettivo della ricerca non fosse la rappresentatività statistica, bensì la comprensione approfondita e situata dei fenomeni, tale squilibrio suggerisce la necessità di estendere il reclutamento in contesti geografici, culturali e socioeconomici differenti.

È auspicabile, pertanto, in ricerche future, un maggiore bilanciamento tra le diverse identità sociali con le loro reciproche intersezioni, nonché una riflessione critica sulle scelte metodologiche che possono riprodurre e reificare l'invisibilizzazione di alcune soggettività in ambito clinico e di ricerca.

Un limite importante del presente studio riguarda l'assenza di analisi di interazione tra genere assegnato alla nascita e orientamento sessuale e/o identità di genere. Sebbene di estrema rilevanza rispetto agli obiettivi di ricerca, la limitata numerosità campionaria di alcuni sottogruppi non consentiva di ottenere analisi statisticamente affidabili. Per evitare risultati poco robusti ed interpretazioni potenzialmente fuorvianti, si è pertanto scelto di non includere tali analisi. Questa scelta metodologica limita tuttavia

la possibilità di cogliere eventuali effetti intersezionali che potrebbero contribuire a una comprensione più articolata dei fenomeni indagati. Studi futuri, basati su campioni più ampi e diversificati, dovrebbero esplorare in modo specifico tali intersezioni per cogliere l'eterogeneità delle esperienze minoritarie.

Dal punto di vista metodologico, un limite dello studio è rappresentato dall'utilizzo come strumento di screening dell'EAT-26 che, seppur largamente validato, non include alcuni comportamenti disfunzionali considerati più tipicamente maschili per aumentare la muscolatura, come l'esercizio compulsivo e l'uso di steroidi (Pope et al., 1993), e inoltre rischia di non cogliere specificità legate alla variabilità intragruppo proprie della popolazione LGBTQIA+ (Nagata, Stuart et al., 2024). Risulta quindi urgente sviluppare strumenti validati specificamente per le soggettività queer, in grado di cogliere le esperienze specifiche di questa popolazione.

L'utilizzo, inoltre, di un campionamento di convenienza in prossimità di eventi e luoghi di aggregazione caratteristici della popolazione target (come le associazioni LGBTQIA+), se da un lato consente di raggiungere un elevato numero di persone includendo anche soggettività altrimenti difficili da intercettare, dall'altro rischia di escludere coloro che non frequentano tali spazi a causa di barriere sociali, culturali o personali. Analogamente, anche l'utilizzo di un campionamento a valanga porta con sé alcune criticità, poiché un reclutamento guidato dalle stesse persone partecipanti, sulla base delle proprie conoscenze, può condurre al coinvolgimento di persone con caratteristiche molto simili tra loro, limitando l'eterogeneità e la rappresentatività del campione. Inoltre, il ricorso consistente delle piattaforme online rischia di escludere coloro che a causa di svariate motivazioni, incluse barriere sociali, culturali ed economiche, possono non avere accesso a tali dispositivi. Il campionamento guidato dai

partecipanti così come il reclutamento online possono, pertanto, aver favorito la partecipazione di persone già sensibilizzate alle tematiche trattate, escludendo soggettività meno vicine alle reti sociali legate attivismo o all'ambito clinico. Ciò sottolinea l'importanza di adottare una combinazione di strategie e metodi di ricerca, integrando strumenti quantitativi e qualitativi diffusi online e offline, per beneficiare dei loro punti di forza e compensarne i limiti.

Anche la fase di co-costruzione del questionario non è stata priva di criticità. Ci si è trovati spesso, infatti, di fronte alla scelta di includere o meno esperienze individuali che potessero entrare in conflitto con alcune categorizzazioni e definizioni esistenti o prevalenti, con il rischio tuttavia di invalidare alcuni vissuti soggettivi.

La scelta, ad esempio, di inserire l'opzione "intersex" (termine che si riferisce alle variazioni delle caratteristiche del sesso) anche tra i possibili generi, e non solo in riferimento al sesso assegnato alla nascita, nasce dall'esperienza diretta di alcune persone intersex che considerano tale termine rappresentativo non solo del loro corpo sessuato, ma anche appunto della propria identità di genere, sebbene l'assenza di una definizione univoca in merito possa esporre al rischio che venga percepito e interpretato come un'imprecisione o addirittura una disinformazione. La *ratio* alla base di ogni decisione è stata quella, tuttavia, di prediligere una maggiore ampiezza del questionario, in quanto si è ritenuto prioritario accogliere quanto più possibile l'eterogeneità delle esperienze e delle prospettive individuali, cercando al contempo di limitare al minimo il rischio di categorizzazioni confusive o errate.

Anche la scelta di porre l'orientamento sessuale su un continuum, offrendo opzioni sfumate di risposta e integrandole con le principali categorie discrete in uso all'interno della comunità LGBTIQIA+, è motivata dalla volontà di disambiguare alcuni dati presenti

nella letteratura scientifica che suggeriscono un rischio maggiore di disturbi alimentari nelle persone non esclusivamente eterosessuali (riflettendo una possibile conflittualità/omobinegativitá interiorizzata) che potrebbero essere state indotte a autocategorizzarsi come eterosessuali in alcune ricerche sulla base delle opzioni fornite, invisibilizzando in questo modo i dati relativi alla comunità LGBTQIA+, sebbene non si riconoscano in orientamenti bisessuali o pansessuali. Si è scelto di lasciare, pertanto, ampio spazio all'autodeterminazione e ad una prospettiva fluida e sfumata dell'identità sessuale, così da avere dati più dimensionali e meno categoriali su cui riflettere.

Tali criticità relative alla scelta dei metodi e degli strumenti sottolineano, inoltre, la necessità di creare spazi comunitari di condivisione per poter riflettere collettivamente e criticamente su di essi, dal momento che scopo precipuo dello studio era quello di problematizzare ed eventualmente decostruire ciò che conosciamo o crediamo di conoscere, per poter migliorare le metodologie e le prassi grazie proprio alle voci di chi è direttamente coinvoltə.

La proposta del Modello I-CARE per la prevenzione e il trattamento di disturbi alimentari nasce, infatti, come possibile risposta alle molteplici barriere che attraversano le realtà esperienziali delle identità sociali marginalizzate, offrendo un impianto teorico e clinico potenzialmente applicabile a diversi contesti sociali e identitari, la cui efficacia dovrà essere esplorata attraverso future validazioni empiriche. Radicato in una prospettiva post-positivista, costruttivista e post-strutturalista, che riconosce le soggettività come costrutti dinamici, situati ed incarnati, il modello propone una ridefinizione profonda della pratica clinica, della ricerca e della formazione professionale attraverso l'adozione di un'epistemologia queer, transfemminista e intersezionale non come mera integrazione teorico-concettuale, ma come trasformazione autentica della

postura etica ed esistenziale delle figure professionali che la implementano. Lungi dal proporsi come un modello chiuso, l'IAE costituisce un orizzonte di ricerca aperto che invita ad una metariflessione decostruttiva, al dialogo interdisciplinare e alla co-costruzione con le comunità stesse a cui si rivolge, con l'obiettivo di immaginare nuove pratiche di cura che non mirino a riparare, ma a spostare i propri confini per riscrivere nuove narrazioni.

In definitiva, il presente studio intende costituire un contributo verso una psicologia capace di leggere il sintomo, come quello alimentare, non come mera patologia o responsabilità individuale, ma come una complessa strategia di resistenza prodotta da sistemi normativi ed oppressivi che agiscono sulle vite e sui corpi. Sarebbe pertanto auspicabile un maggior dialogo tra accademia, clinica e attivismo, per costruire insieme linguaggi, pratiche e cornici interpretative capaci di accogliere la pluralità delle esperienze umane così da trasformare i contesti che generano disuguaglianze e oppressioni, in contesti sicuri e affermativi. Solo attraverso un'alleanza autentica tra saperi professionali e saperi situati sarà possibile immaginare e praticare una salute mentale realmente accessibile, giusta e liberante.

Conclusioni

Questo lavoro di ricerca ha esplorato la complessa relazione tra identità sessuali minorizzate e Disturbi dell'Alimentazione, attraverso un approccio metodologico integrato che ha messo in luce come la sintomatologia alimentare non possa essere adeguatamente compresa senza un'analisi critica delle strutture sociali, culturali e discorsive, che si inscrivono nei corpi e nelle identità delle persone LGBTQIA+. Il ricorso a *mixed methods* ha permesso, infatti, di andare oltre la dimensione clinico-descrittiva, rivelando la natura profondamente situata, relazionale e politica della sofferenza alimentare nel modo in questa si intreccia con la pluralità dei posizionamenti identitari marginalizzati.

I risultati ottenuti confermano quanto emerso dalla letteratura scientifica, che definisce l'orientamento sessuale e l'identità di genere non etero-cis-normativi come specifici fattori di rischio per l'insorgenza di disturbi alimentari (Austin et al., 2004, 2013; Mensinger et al., 2020; Watson et al., 2017; Williamson, 2000), evidenziando una prevalenza significativamente più elevata di esperienze conflittuali con il cibo e con il corpo nelle soggettività LGBTQIA+, rispetto alla popolazione ciseterosessuale.

Le interviste condotte hanno, tuttavia, consentito di radicare tali evidenze empiriche all'interno di storie incarnate, mostrando come il sintomo alimentare possa rappresentare una risposta complessa alla difficoltà di trovare forme di riconoscimento e autodeterminazione all'interno di un contesto sociale fortemente ciseteronormativo.

Il maggior rischio di psicopatologia alimentare non è da ascriversi pertanto ad una vulnerabilità intrinseca alle soggettività LGBTQIA+, bensì alla sistematica esposizione a contesti minorizzanti e vulnerabilizzanti che producono e riproducono processi di stigmatizzazione, esclusione e invalidazione. Tutte le persone LGBTQIA+ vengono al

mondo, infatti, all'interno di un sistema sociale in cui il binarismo di genere e l'eterosessualità obbligatoria rappresentano la norma attesa, affrontando percorsi di sviluppo e compiti evolutivi ben più complessi, stressanti e potenzialmente traumatici di quanto non sia invece previsto per le identità socialmente normate, aumentando il rischio di sviluppare un disturbo alimentare (Hatzenbuehler & Pachankis, 2016; Lick et al., 2013; Watson et al., 2016). Il clima di ostilità, diffidenza o opposizione verso le identità sessuali minoritarie accompagna, a diversi livelli e con diversi gradi di intensità, la crescita delle persone LGBTQIA+ attraverso i dibattiti politici, i commenti in famiglia, le dinamiche relazionali tra pari o gli atteggiamenti del più ampio contesto sociale, ancor prima che lɜ bambinɜ sviluppino una consapevolezza della propria identità sessuale, plasmando i loro stessi pensieri e vissuti relativi all'omolesbobitrans-sessualità come qualcosa di sbagliato, imbarazzante o deviante (Mills-Koonce et al., 2018). Il momento del coming out rappresenta pertanto solo una, la più esplicita e diretta, delle esperienze di negazione, rifiuto e invalidazione dei propri vissuti e della propria identità, preceduti e seguiti da molti altri messaggi sociali stigmatizzanti e delegittimanti che contribuiscono alla costruzione di un'immagine di sé come intrinsecamente manchevole, riprovevole e inadeguata.

L'esplorazione qualitativa ha permesso così di restituire spessore teorico ed esperienziale a questa disparità che, interrogando i processi, i significati e le funzioni che il sintomo alimentare assume nella realtà situata delle persone LGBTQIA+, risignifica il sintomo stesso alla luce delle strutture di oppressione sistemica, delle dinamiche relazionali e dei processi di (s)oggettivazione che attraversano i corpi e le identità queer.

Complessivamente, la lettura dei disturbi alimentari delineata in questo lavoro evidenzia la necessità di superare il mero inquadramento sintomatologico e la

corrispondente classificazione nosografica, per includere in modo integrato le dimensioni socio-politiche, culturali e relazionali all'interno di una cornice autenticamente affermativa e intersezionale.

In quest'ottica, il trattamento dei Disturbi dell'Alimentazione per le persone LGBTQIA+ può beneficiare profondamente dell'integrazione nei protocolli evidence-based di una prospettiva affermativa e trauma-informed in grado di riconoscere le esperienze di oppressione sistemica come forme di trauma relazionale e collettivo, adattando gli interventi alle esigenze situate delle persone LGBTQIA+.

Come evidenziato dalle voci delle persone intervistate, i contesti di cura possono configurarsi come spazi di validazione e riconoscimento identitario, oppure riprodurre quelle stesse dinamiche di invisibilizzazione e marginalizzazione che sono all'origine della sofferenza che si propongono di elaborare. Ciò segnala la necessità di professionistɜ adeguatamente formatɜ ed attentɜ alla pluralità di soggettività in cui lɜ pazientɜ possono riconoscersi ed identificarsi e in grado di comprendere la specifica funzione che il sintomo alimentare assume nel quadro clinico individuale, evitando letture universalizzanti e decontestualizzate. Le figure terapeutiche non possono pertanto sottrarsi alla responsabilità etica di posizionarsi criticamente rispetto ai sistemi di potere che attraversano inevitabilmente anche i contesti clinici, interrogando costantemente i propri assunti, privilegi e bias ciseteronormativi. La pratica clinica è infatti chiamata a riconoscere le modalità, sempre situate e peculiari, attraverso cui le intersezioni tra identità sessuale e altre dimensioni di marginalizzazione sociale (etnia, classe sociale, abilità/disabilità, status migratorio) plasmano l'esperienza soggettiva, che implica a sua volta l'attenzione ai processi con cui le molteplici forme di oppressione si inscrivano nei corpi e nell'esperienza soggettiva incarnata.

Di fronte a processi sistemici di discriminazione, oggettivazione e invisibilizzazione dei corpi non-conformi, è proprio attraverso il corpo che la sofferenza si esprime e si rende manifesta, richiamando l'attenzione sul bisogno profondamente identitario di essere visti e riconosciuti come “corpi che contano” (Butler, 1996).

Bibliografia

Agénor, M. (2020). Future directions for incorporating intersectionality into quantitative population health research. American Journal of Public Health, 110(6), 803–806.

Ålgars, M., Alanko, K., Santtila, P., & Sandnabba, N. K. (2012). Disordered eating and gender identity disorder: A qualitative study. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 20(4), 300–311. https://doi.org/10.1080/10640266.2012.668482

Alimoradi, Z., Golboni, F., Griffiths, M. D., Broström, A., Lin, C.-Y., & Pakpour, A. H. (2020). Weight-related stigma and psychological distress: A systematic review and meta-analysis. Clinical Nutrition, 39(7), 2001–2013. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.10.016

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.

Animenta (2024). Gli effetti dello stereotipo SWAG sulla diagnosi e la cura dei DCA. https://animenta.org/gli-effetti-dello-stereotipo-swag-sulla-diagnosi-e-la-cura-dei-dca/, 29 Maggio 2024.

Austin, S. B., Nelson, L. A., Birkett, M. A., Calzo, J. P., & Everett, B. (2013). Eating disorder symptoms and obesity at the intersections of gender, ethnicity, and sexual

orientation in US high school students. *American journal of public health*, 103(2), e16–e22. https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301150

Austin, S. B., Spadano-Gasbarro, J., Greaney, M. L., Richmond, T. K., Feldman, H. A., Osganian, S. K., Hunt, A. T., Mezgebu, S., & Peterson, K. E. (2011). Disordered weight control behaviors in early adolescent boys and girls of color: An under-recognized factor in the epidemic of childhood overweight. Journal of Adolescent Health, 48(1), 109–112.

Avila, J. T., Golden, N. H., & Aye, T. (2019). Eating Disorder Screening in Transgender Youth. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 65(6), 815–817. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.06.011

Ayhan, C. H., Bilgin, H., Uluman, O. T., Sukut, O., Yilmaz, S., & Buzlu, S. (2020). A systematic review of the discrimination against sexual and gender minority in Health Care Settings. *International Journal of Health Services*, 50(1), 44–61. https://doi.org/10.1177/0020731419885093

Bachner-Melman, R., Lev-Ari, L., Tiram, H., & Zohar, A. H. (2024). Self-Objectification, Disordered Eating and Sexual Orientation in Men. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(1), 106. https://doi.org/10.3390/ijerph21010106

Baker, J. H., Freestone, D., Cai, K., Silverstein, S., Urban, B., & Steinberg, D. (2024). Eating Disorder Clinical Presentation and Treatment Outcomes by Gender

Identity Among Children, Adolescents, and Young Adults. *Journal of Adolescent Health*, S1054139X23005967. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.11.015

Balsam, K. F., Beadnell, B., & Molina, Y. (2013). The Daily Heterosexist Experiences Questionnaire: Measuring Minority Stress Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Adults. *Measurement and evaluation in counseling and development: the official publication of the Association for Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 46(1), 3–25. https://doi.org/10.1177/0748175612449743

Balsam, K.F., Molina, Y., Beadnell, B., Simoni, J. e Walters, K. (2011), Measuring Multiple Minority Stress: the LGBT People of Color Microaggressions Scale, in *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, vol. 17, n. 2, pp. 163–174

Bandini, E., Fisher, A. D., Castellini, G., Lo Sauro, C., Lelli, L., Meriggiola, M. C., Casale, H., Benni, L., Ferruccio, N., Faravelli, C., Dettore, D., Maggi, M., & Ricca, V. (2013). Gender identity disorder and eating disorders: similarities and differences in terms of body uneasiness. *The journal of sexual medicine*, 10(4), 1012–1023. https://doi.org/10.1111/jsm.12062

Bardone-Cone, A. M., Hunt, R. A., & Watson, H. J. (2018). An Overview of Conceptualizations of Eating Disorder Recovery, Recent Findings, and Future Directions. Current psychiatry reports, 20(9), 79. https://doi.org/10.1007/s11920-018-0932-9

Beccia, A. L., Baek, J., Austin, S. B., Jesdale, W. M., & Lapane, K. L. (2021). Eating-related pathology at the intersection of gender identity and expression, sexual orientation, and weight status: An intersectional Multilevel Analysis of Individual

Heterogeneity and Discriminatory Accuracy (MAIHDA) of the Growing Up Today Study cohorts. *Social Science & Medicine*, 281, 114092. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114092

Beccia, A. L., Baek, J., Jesdale, W. M., Austin, S. B., Forrester, S., Curtin, C., & Lapane, K. L. (2019). Risk of disordered eating at the intersection of gender and racial/ethnic identity among U.S. high school students. *Eating Behaviors*, 34, 101299. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.05.002

Becker, A. E., Franko, D. L., Speck, A., & Herzog, D. B. (2003). Ethnicity and differential access to care for eating disorder symptoms. International Journal of Eating Disorders, 33(2), 205–212.

Bernacchi, E., & Nocenzi, M. (2024). Intersezionalità e discriminazioni multiple. In F. Corbisiero, S. Monaco (A cura di), *Manuale di studi LGBTQIA+* (pp. 167-186). UTET Università.

Bluth, K., and K. D. Neff. 2018. "New Frontiers in Understanding the Benefits of Self-Compassion." Self and Identity 17, no. 6: 605–608. https://doi.org/10.1080/15298868.2018.1508494.

Bomben, R., Robertson, N., & Allan, S. (2022). Barriers to help-seeking for eating disorders in men: A mixed-methods systematic review. Psychology of Men & Masculinities, 23(2), 183–196. https://doi.org/10.1037/men0000382

Bourdieu, P. (2005). Il dominio maschile. Feltrinelli.

Bowleg, L. (2012). The problem with the phrase women and minorities: Intersectionality-an important theoretical framework for public health. American Journal of Public Health, 102(7), 1267–1273

Bratman, S., & Knight, D. (2001). Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa: Overcoming the Obsession with Healthful Eating. Broadway.:256.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, 3(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Braun, V., & Clarke, V. (2013). Successful qualitative research: A practical guide for beginners. Sage.

Braun, V., & Clarke, V. (2019a, April). Answers to frequently asked questions about thematic analysis. https://cdn.auckland.ac.nz/assets/ psych/about/our-research/documents/Answers%20to%20frequently%20asked%20questions%20about%20thematic%20analysis% 20April%202019.pdf

Braun, V., & Clarke, V. (2019b). Reflecting on reflexive thematic analysis. Qualitative Research in Sport, Exercise and Health, 11(4), 589–597. https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806

Braun, V., & Clarke, V. (2021a). To saturate or not to saturate? Questioning data saturation as a useful concept for thematic analysis and sample-size rationales. Qualitative

Research in Sport, Exercise and Health, 13(2), 201–216. https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1704846

Braun, V., & Clarke, V. (2021b). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? Qualitative Research in Psychology, 18(3), 328–352. https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238

Braun, V., & Clarke, V. (2022). Conceptual and design thinking for thematic analysis. Qualitative Psychology, 9(1), 3–26. https://doi.org/10.1037/qup0000196

Breithaupt, L., Eickman, L., Byrne, C. E., & Fischer, S. (2016). REbeL peer education: A model of a voluntary, after-school program for eating disorder prevention. *Eating Behaviors*. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.08.003

Brewster, M. E., Velez, B. L., Breslow, A. S., & Geiger, E. F. (2019). Unpacking body image concerns and disordered eating for transgender women: The roles of sexual objectification and minority stress. *Journal of counseling psychology*, 66(2), 131–142. https://doi.org/10.1037/cou0000333

Brown, T. A., & Keel, P. K. (2015). A randomized controlled trial of a peer co-led dissonance-based eating disorder prevention program for gay men. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 1–10. https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.08.008

Brown, T. A., & Keel, P. K. (2023). Eating Disorders in Boys and Men. *Annual review of clinical psychology*, *19*, 177–205. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-080921-074125

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*, eat.24150. https://doi.org/10.1002/eat.24150

Brownstone, L.M., Hunsicker, M.J., Palazzolo, L.A., Dinneen, J., Kelly, D.A., Stennes, J., & Scanga, S. (2023). "Sharing lived experience": Describing a virtual counselor-facilitated LGBTQ+ support group for disordered eating. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*.

Budge, S. L., Chin, M. Y., & Minero, L. P. (2017). Trans individuals' facilitative coping: An analysis of internal and external processes. Journal of Counseling Psychology, 64(1), 12–25. https://doi.org/10.1037/cou0000178

Burgard, D. (2009). What is "health at every size"? In E. Rothblum & S. Solovay (Eds.), *The fat studies reader* (pp. 42–53). New York University Press.

Burke, N. L., Hazzard, V. M., Schaefer, L. M., Simone, M., O'Flynn, J. L., & Rodgers, R. F. (2023). Socioeconomic status and eating disorder prevalence: at the intersections of gender identity, sexual orientation, and race/ethnicity. *Psychological medicine*, 53(9), 4255–4265. https://doi.org/10.1017/S0033291722001015

Burke, N. L., Schaefer, L. M., Hazzard, V. M., & Rodgers, R. F. (2020). Where identities converge: The importance of intersectionality in eating disorders research. *The*

International journal of eating disorders, 53(10), 1605–1609. https://doi.org/10.1002/eat.23371

Burns, M. (2004). Eating like an ox: Femininity and dualistic constructions of bulimia and anorexia. Feminism and Psychology, 14(2), 269–295.

Burns, M. (2009). Bodies as (im)material? Bulimia and body image discourse. In H. Malson, & M. Burns (Eds.), Critical feminist approaches to eating dis/orders (pp. 124–134). Sussex: Routledge.

Burns, M., & Tryer, J. (2009). The Eating Difficulties Education Network (EDEN). Feminisms in practice: Challenges and opportunities for an eating issues community agency. In H. Malson, & M. Burns (Eds.), Critical feminist approaches to eating dis/ orders (pp. 221–231). Sussex: Routledge.

Burr, V. (1995). An introduction to social constructionism. London: Routledge.

Butler, J. (1993). Bodies That Matter: On the Discursive Limits of Sex. Routledge.

Butler, J. (1997). Excitable Speech: A Politics of the Performative. Routledge.

Butler, J. (2014). Questione di genere: Il femminismo e la sovversione dell'identità. Laterza.

Butler, J. (2023). L'alleanza dei corpi. Note per una teoria performativa dell'azione collettiva. Nottetempo.

Butler, J. (2024). Chi ha paura del gender?. Laterza.

Cafri, G., Olivardia, R., & Thompson, J. K. (2008). Symptom characteristics and psychiatric comorbidity among males with muscle dysmorphia. *Comprehensive psychiatry*, 49(4), 374–379. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2008.01.003

Calamita, F. (2015), Linguaggi dell'esperienza femminile. Disturbi alimentari, donne e scrittura dall'Unità al miracolo economico, Padova, Il Poligrafo.

Calzo, J. P., Masyn, K. E., Corliss, H. L., Scherer, E. A., Field, A. E., & Austin, S. B. (2015). Patterns of body image concerns and disordered weight- and shape-related behaviors in heterosexual and sexual minority adolescent males. *Developmental psychology*, 51(9), 1216–1225. https://doi.org/10.1037/dev0000027

Calzo, J.P., Blashill, A.J., Brown, T.A. e Argenal, R.L., (2017), Eating Disorders and Disordered Weight and Shape Control Behaviors in Sexual Minority Populations, in *Current Psychiatry Reports,* vol. 19, n. 8, p. 49.

Cao, Z., Cini, E., Pellegrini, D., & Fragkos, K. C. (2023). The association between sexual orientation and eating disorders-related eating behaviours in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 31(1), 46–64. https://doi.org/10.1002/erv.2952

Capodilupo, C. M. (2015). One size does not fit all: Using variables other than the thin ideal to understand black women's body image. Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 21(2), 268–278.

Capodilupo, C. M., & Kim, S. (2014). Gender and race matter: The importance of considering intersections in black women's body image. Journal of Counseling Psychology, 61(1), 37–49.

Cash T.F., Santos M.T., Williams E.F. (2005). Coping with body-image threats and challenges: Validation of the Body Image Coping Strategies Inventory. J. Psychosom. Res.; 58:190–199. doi: 10.1016/j.jpsychores.2004.07.008.

Cash, T. F. (2012). Cognitive-behavioral perspectives on body image. In T. F. Cash (Ed.), *Encyclopedia of body image and human appearance* (pp. 334–342). Elsevier Academic Press.

Center for Substance Abuse Treatment (US). (2014). Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US).

Chang, S. C., Singh, A. A., & Dickey, lore m. (2018). Assess mental health needs. In A clinician's guide to gender-affirming care: Working with transgender & gender nonconforming clients (pp. 109–122). New Harbinger Publications.

Chaphekar, A. V., Downey, A., Garber, A. K., Kuykendall, M., Bojorquez-Ramirez, P., Ganson, K. T., Buckelew, S. M., & Nagata, J. M. (2023). Eating disorders in sexual minority adolescents and young adults: Examining clinical characteristics and psychiatric co-morbidities in an inpatient medical setting. Journal of Eating Disorders, 11(1). https://doi.org/10.1186/s40337-023-00756-5

Chernin, K. (1985). The hungry self: Women, eating and identity. New York, NY: Harper Collins.

Ciao, A. C., Munson, B. R., Pringle, K. D., Roberts, S. R., Lalgee, I. A., Lawley, K. A., & Brewster, J. (2021). Inclusive dissonance-based body image interventions for college students: Two randomized-controlled trials of the EVERYbody Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89, 301–315. https://doi.org/10.1037/ccp0000636

Coelho, J. S., Suen, J., Clark, B. A., Marshall, S. K., Geller, J., & Lam, P. Y. (2019). Eating Disorder Diagnoses and Symptom Presentation in Transgender Youth: a Scoping Review. *Current psychiatry reports*, 21(11), 107. https://doi.org/10.1007/s11920-019-1097-x

Collins, P. H., & Bilge, S. (2016). Intersectionality. John Wiley & Sons

Collins, S. E., Clifasefi, S. L., Stanton, J., The LEAP Advisory Board, Straits, K. J. E., GilKashiwabara, E., Rodriguez Espinosa, P., Nicasio, A. V., Andrasik, M. P., Hawes, S. M., Miller, K. A., Nelson, L. A., Orfaly, V. E., Duran, B. M., & Wallerstein, N. (2018). Community-based participatory research (CBPR): Towards equitable involvement of community in psychology research. *American Psychologist*, 73, 884–898. https://doi.org/10.1037/amp0000167

Comiskey, A., Parent, M. C., & Tebbe, E. A. (2020). An Inhospitable World: Exploring a Model of Objectification Theory With Trans Women. Psychology of Women Quarterly, 44(1), 105–116. https://doi.org/10.1177/0361684319889595

Conover, K. J., & Israel, T. (2019). Microaggressions and social support among sexual minorities with physical disabilities. *Rehabilitation psychology*, 64(2), 167–178. https://doi.org/10.1037/rep0000250

Council of Europe. (2024). Right to the highest attainable standard of health and access to healthcare for LGBTI people in Europe. Steering Committee on Anti-Discrimination, Diversity and Inclusion (CDADI).

Convertino, A. D., Elbe, C. I., Mendoza, R. R., Calzo, J. P., Brown, T. A., Siegel, J. A., Jun, H. J., Corliss, H. L., & Blashill, A. J. (2022). Internalization of muscularity and thinness ideals: Associations with body dissatisfaction, eating disorder symptoms, and muscle dysmorphic symptoms in at risk sexual minority men. *The International journal of eating disorders*, 55(12), 1765–1776. https://doi.org/10.1002/eat.23829

Cooper C. (2010b). Olympics/uhlympics: Living in the shadow of the beast. Thirdspace: *A Journal of Feminist Theory & Culture*, 9(2), 1-15. http://journals.sfu.ca/thirdspace/index.php/ journal/article/view/cooper, accessed 31 May 2015.

Cooper, C. (2010a). Fat Studies: Mapping the Field. *Sociology Compass*, 4, 1020-1034.

Coughlin, S. S., Smith, S. A., & Fernandez, M. E. (Eds.). (2017). Handbook of community-based participatory research. Oxford University Press.

Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. Stanford Law Review, 43(6), 1241–1299.

Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2015). Research review: What we have learned about the causes of eating disorders—A synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56*(11), 1141–1164. https://doi.org/10.1111/jcpp.12441

Cusack, C.E., Levenson, N.H., Galupo, M.P., 2022. "Anorexia wants to kill me, dysphoria wants me to live": Centering transgender and nonbinary experiences in eating disorder treatment. *Journal of LGBTQ Issues in Counseling* 16 (3), 265–284. https://doi.org/10.1080/26924951.2022.2054492.

de Vries, A. L., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, 134(4), 696–704. https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958

DeBord, K. A., Fischer, A. R., Bieschke, K. J., & Perez, R. M. (A c. Di). (2017). *Handbook of sexual orientation and gender diversity in counseling and psychotherapy.* American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/15959-000

Diemer, E. W., Grant, J. D., Munn-Chernoff, M. A., Patterson, D. A., & Duncan, A. E. (2015). Gender Identity, Sexual Orientation, and Eating-Related Pathology in a National Sample of College Students. *The Journal of adolescent health: official*

publication of the Society for Adolescent Medicine, 57(2), 144–149. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.03.003

Diemer, E. W., White Hughto, J. M., Gordon, A. R., Guss, C., Austin, S. B., & Reisner, S. L. (2018). Beyond the binary: Differences in eating disorder prevalence by gender identity in a transgender sample. *Transgender Health*, 3(1), 17–23. https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0043

Dion, K. L., Dion, K. K. e Keelan, J. P. (1990). Appearance anxiety as a dimension of socioevaluative anxiety: Exploring the ugly duckling syndrome. Contemporary Social Psychology, 14, 220-224.

Donahue, E., Huynh, E., & Suthan, J. (2024). Beyond Body Binaries: An Intersectional Approach to Combating Weight Stigma. *NEDIC Bulletin*, Vol. 39 No. 4

Duffy, M. E., Henkel, K. E., & Earnshaw, V. A. (2016). Transgender Clients' Experiences of Eating Disorder Treatment. *Journal of LGBT Issues in counseling*, 10(3), 136–149. https://doi.org/10.1080/15538605.2016.1177806

Durwood, L., Eisner, L., Fladeboe, K., Ji, C. G., Barney, S., McLaughlin, K. A., & Olson, K. R. (2021). Social Support and Internalizing Psychopathology in Transgender Youth. *Journal of youth and adolescence*, 50(5), 841–854. https://doi.org/10.1007/s10964-020-01391-y

Engeln-Maddox, R., Miller, S.A. e Doyle D.M. (2011), Tests of Objectification The-ory in Gay, Lesbian, and Heterosexual Community Samples: Mixed Evidence for Proposed Pathways, in *Sex Roles*, vol. 65, n. 7, pp. 518-532

Feder, S., Isserlin, L., Seale, E., Hammond, N., & Norris, M. L. (2017). Exploring the association between eating disorders and gender dysphoria in youth. *Eating disorders*, 25(4), 310–317. https://doi.org/10.1080/10640266.2017.1297112

FEDUP Collective. (2023). FEDUP | Fighting Eating Disorders in Underrepresented Populations: A Trans+ and Intersex Collective. (https://fedupcollective.org)

Feldman, M.B. e Meyer, I.H. (2007), Eating Disorders in Diverse Lesbian, Gay, and Bisexual Populations, in *International Journal of Eating Disorders*, vol. 40, n. 3, pp. 218–226.

Feng, T., & Abebe, D. S. (2017). Eating behaviour disorders among adolescents in a middle school in Dongfanghong, China. *Journal of eating disorders*, 5, 47. https://doi.org/10.1186/s40337-017-0175-x

Ferrucci, K. A., Lapane, K. L., & Jesdale, B. M. (2022). Prevalence of diagnosed eating disorders in US transgender adults and youth in insurance claims. *The International journal of eating disorders*, 55(6), 801–809. https://doi.org/10.1002/eat.23729

Fine, M. (2002). Disruptive Voices: The Possibilities for Feminist Research. Ann Arbour: University of Michigan Press

Flick, U. (2014). An introduction to qualitative research. Thousand Oaks, CA: Sage.

Foucault, M., Sorvegliare e punire. Nascita della prigione, Torino, Einaudi, pp. 149-50.

Franzoni, E., Gualandi, P. e Pellegrini, G. (2004), I disturbi del comportamento alimentare, in *Caleidoscopio*, n. 181.

Fraser, N. (2016). Contradictions of capital and care. New Left Review, 100, 99–117.

Fraser, N. (2023). Capitalismo cannibale. Come il sistema sta divorando la democrazia, il nostro senso di comunità e il pianeta. Laterza.

Fredrickson, B. L., & Roberts, T. A. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173–206. https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x

Freyd, J. (2008). Betrayal trauma, in Reyes, G., Elhai, J. D., & Ford, J. D. (A cura di), (2008). The encyclopedia of psychological trauma (p.76). Wiley.

Fuller, K. A., & Riggs, D. W. (2019). Intimate relationship strengths and challenges amongst a sample of transgender people living in the United States. Sexual and Relationship Therapy. https://doi. org/10.1080/14681994.2019.1679765.

Garbarski, D. (2021). The Survey Measurement of Sexual Orientation: Configurations of Sexual Identity and Attraction and Associations with Mental Health. LGBT health, 8(4), 307–315. https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0270

Gareth, T., Hayfield, N., Clarke, V., & Braun, V. (2017). Thematic analysis. In W. S. Rogers, & C. Willig (Eds.), The Sage handbook of qualitative research in psychology (2nd ed..,, pp. 17–37). Sage

Gergen, K. J. (2015). An invitation to social construction (3rd ed.). Sage Publications; https://doi.org/10 .4135/9781473921276

Gilbert, S. C. (2003). Eating disorders in women of color. Clinical Psychology: Science and Practice, 10(4), 444–455.

Gillen, M. M., & Lefkowitz, E. S. (2006). Gender role development and body image among male and female first year college students. Sex Roles, 55, 25–37. http:// dx.doi.org/10.1007/s11199-006-9057-4

Goetz, T. G., & Arcomano, A. C. (2023). “Coming Home to My Body”: A Qualitative Exploration of Gender-Affirming Care-Seeking and Mental Health. *Journal of gay & lesbian mental health*, 27(4), 380–400. https://doi.org/10.1080/19359705.2023.2237841

Golden, N. H., Schneider, M., Wood, C., Committee on nutrition, committee on adolescence, & section on obesity (2016). Preventing Obesity and Eating Disorders in Adolescents. *Pediatrics*, 138(3), e20161649. https://doi.org/10.1542/peds.2016-1649

Goldhammer, H. B., Maston, E. D., & Keuroghlian, A. S. (2019). Addressing Eating Disorders and Body Dissatisfaction in Sexual and Gender Minority Youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(2), 318–322. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.09.011

Gordon, A. R., Austin, S. B., Krieger, N., White Hughto, J. M., & Reisner, S. L. (2016). I have to constantly prove to myself, to people, that I fit the bill": Perspectives on weight and shape control behaviors among low-income, ethnically diverse young transgender women. *Social Science & Medicine*, 165, 141–149. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.07.038

Gordon, A. R., Roberts, S., Silverstein, S., Rose, K. L., Lopez, E., & Calzo, J. P. (2024). What is needed for eating disorder prevention for transgender and gender diverse young adults? Findings from asynchronous online focus groups. *Body image*, 48, 101667. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2023.101667

Gordon, K. H., Perez, M., & Joiner, T. E. (2002). The impact of racial stereotypes on eating disorder recognition. International Journal of Eating Disorders, 32(2), 219–224.

Gorrell, S., Hughes, E. K., Sawyer, S. M., Roberts, S. R., Nagata, J. M., Yeo, M., Lock, J., & Le Grange, D. (2022). Gender-based clinical differences in evidence-based treatment for adolescent anorexia nervosa: analysis of aggregated randomized controlled

trials. *Eating and weight disorders*: EWD, 27(3), 1123–1130. https://doi.org/10.1007/s40519-021-01257-7

Grammas, D. L., & Schwartz, J. P. (2009). Internalization of messages from society and perfectionism as predictors of male body image. *Body image*, 6(1), 31–36. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2008.10.002

Grogan, S. (2016). Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children (3rd ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315681528

Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. Field Methods, 18(1), 59–82.https://doi.org/10.1177/1525822X05279903

Gunby, N., & Butler, C. (2023). What are the relationship experiences of in which one member identifies as transgender? A systematic review and meta-ethnography. Journal of Family Therapy, 45(2), 167–196. https://doi. org/10.1111/1467-6427.12409

Guss, C. E., Williams, D. N., Reisner, S. L., Austin, S. B., & Katz-Wise, S. L. (2017). Disordered Weight Management Behaviors, Nonprescription Steroid Use, and Weight Perception in Transgender Youth. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 60(1), 17–22. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.08.027

Hallward, L., Nagata, J. M., Rodgers, R. F., & Ganson, K. T. (2023). Examination of eating disorder psychopathology across sexual and gender identities among a Canadian

sample. *The International journal of eating disorders*, 56(3), 604–615. https://doi.org/10.1002/eat.23872

Hanley, S., & McLaren, S. (2015). Sense of Belonging to Layers of Lesbian Community Weakens the Link Between Body Image Dissatisfaction and Depressive Symptoms. *Psychology of Women Quarterly*, 39(1), 85–94. https://doi.org/10.1177/0361684314522420

Hart, T. A., Flora, D. B., Palyo, S. A., Fresco, D. M., Holle, C. e Heimberg, R. G. (2008). Development and examination of the Social Appearance Anxiety Scale. Assessment, 15, 48-59

Hartman-Munick, S. M., Silverstein, S., Guss, C. E., Lopez, E., Calzo, J. P., & Gordon,A. R. (2021). Eating disorder screening and treatment experiences in transgender and gender diverse young adults. *Eating Behaviors*, 41, Article 101517. https://doi.org/ 10.1016/j.eatbeh.2021.101517

Hatzenbuehler, M. L., & McLaughlin, K. A. (2014). Structural stigma and hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis reactivity in lesbian, gay, and bisexual young adults. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, *47*(1), 39–47. https://doi.org/10.1007/s12160-013-9556-9

Hazzard, V. M., Loth, K. A., Hooper,L., & Becker, C. B. (2020). Food insecurity and eating disorders: A review of emerging evidence. *Current Psychiatry Reports*, 22(12), Article 74. https://doi.org/10.1007/s11920-020-01200-0

Hazzard, V. M., Simone, M., Borg, S. L., Borton, K. A., Sonneville, K. R., Calzo, J. P., & Lipson, S. K. (2020). Disparities in eating disorder risk and diagnosis among sexual minority college students: Findings from the national healthy minds study. *International Journal of Eating Disorders*, 53(9), 1563–1568. https://doi.org/10.1002/eat.23304

Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460–467. https://doi.org/10.1037/a0029597

Herek, G.M. (2007), Confronting Sexual Stigma and Prejudice: Theory and Practice. Journal of Social Issues, 63: 905-925. https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2007.00544.x

Herek, G. M., Gillis, J. R., & Cogan, J. C. (2009). Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective. Journal of Counseling Psychology, 56(1), 32-43. https://doi.org/10.1037/a0014672

Hesse-Biber, S. N. (2017). The practice of qualitative research (3rd ed..,). Sage,.

Holmes, S. (2016). 'Blindness to the obvious'? Treatment experiences and feminist approaches to eating disorders. Feminism & Psychology, 26(4), 464–486. https://doi.org/10.1177/0959353516654503

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Jr, & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 61(3), 348–358. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040

Huisman, B., Verveen, A., de Graaf, N. M., Steensma, T. D., & Kreukels, B. P. C. (2022). Body image and treatment desires at clinical entry in non-binary and genderqueer adults. *International journal of transgender health*, 24(2), 234–246. https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2131675

Huryk, K.M., Drury, C.R., Loeb, K.L., 2021. Diseases of affluence? A systematic review of the literature on socioeconomic diversity in eating disorders. *Eat. Behav*. 43 (101548), 1–16. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2021.101548

Huxley, C.J., Halliwell, E. & Clarke, V. (2014). An examination of the sociocultural model of body image: Does women's sexual identity make a difference? *Psychology of Women Quarterly*. Advanced online publication. DOI: 10.1177/0361684314554917

Jacobsen, K., Babin, C., Gormezano, A. et al. Willingness to disclose sexual orientation and gender identity on federal government surveys: A community-based research study with gay, bisexual, transgender, and queer men and nonbinary and Two-Spirit people in Canada. Can J Public Health (2025). https://doi.org/10.17269/s41997-025-01127-0

Jagose, A. (1996). Queer theory: An introduction. New York University Press.

Jagose, A. (1996). Queer theory: An introduction. New York: New York University Press.

James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L. A., & Anafi,M. (2016). The report of the 2015 U.S. transgender survey. *National Center for Transgender Equality*.（http://www.ustranssurvey.org/）

Jones, B. A., Haycraft, E., Bouman, W. P., Brewin, N., Claes, L., & Arcelus, J. (2018). Risk Factors for Eating Disorder Psychopathology within the Treatment Seeking Transgender Population: The Role of Cross-Sex Hormone Treatment. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 26(2), 120–128. https://doi.org/10.1002/erv.2576

Jones, B. A., Haycraft, E., Murjan, S., & Arcelus, J. (2016). Body dissatisfaction and disordered eating in trans people: A systematic review of the literature. *International review of psychiatry* (Abingdon, England), 28(1), 81–94. https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1089217

Jones, B., Bouman, W. P., Haycraft, E., & Arcelus, J. (2019). Gender congruence and body satisfaction in nonbinary transgender people: A case control study. The International Journal of Transgenderism, 20(2–3), 263–274. doi:10.108 0/15532739.2018.1538840

Joy, P., White, M., Jones, S. (2022). Exploring the influence of gender dysphoria in EDs among gender diverse individuals. *Nutr. Diet.* 1–10. https://doi.org/10.1111/17470080.12727

Kamody, R. C., Grilo, C. M., & Udo, T. (2020). Disparities in DSM-5 defined eating disorders by sexual orientation among U.S. adults. *The International journal of eating disorders*, *53*(2), 278–287. https://doi.org/10.1002/eat.23193

Katzman, D. K. (2005). Medical complications in adolescents with anorexia nervosa: A review of the literature. International Journal of Eating Disorders, 37, S52–S59. doi:10.1002/eat.20118

Kennis, M., Duecker, F., T'Sjoen, G., Sack, A. T., & Dewitte, M. (2021). Mental and sexual well-being in non-binary and genderqueer individuals. *International journal of transgender health*, 23(4), 442–457. https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1995801

Kosciewicz, J., Pandjiris, A., & Zarate, A. (2020). Living in this disembodied body: Navigating the treatment of eating disorders in the transgender and gender nonconforming community. In G. J. Jacobson, J. C. Niemira, & K. J. Violeta (Eds.), Sex, Sexuality, and Trans Identities: Clinical Guidance for Psychotherapists and Counselors (pp. 67–90). Jessica Kingsley Publishers.

Kost, C., Jamie, K., & Mohr, E. (2024). “Whatever I said didn’t register with her”: Medical fatphobia and interactional and relational disconnect in healthcare encounters. Frontiers in Sociology, 9, 1303919. https://doi.org/10.3389/fsoc.2024.1303919

Kramer, R., Aarnio-Peterson, C. M., Conard, L. A., Lenz, K. R., & Matthews, A. (2024). Eating disorder symptoms among transgender and gender diverse youth. *Clinical child psychology and psychiatry*, 29(1), 30–44. https://doi.org/10.1177/13591045231184917

Lawrence, S. E., Watson, R. J., Eadeh, H. M., Brown, C., Puhl, R. M., & Eisenberg, M. E. (2024). Bias-based bullying, self-esteem, queer identity pride, and disordered eating behaviors among sexually and gender diverse adolescents. *The International journal of eating disorders*, 57(2), 303–315. https://doi.org/10.1002/eat.24092

Le Grange, D., Lock, J., Agras, W. S., Bryson, S. W., & Jo, B. (2015). Randomized Clinical Trial of Family-Based Treatment and Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(11), 886–94.e2. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.08.008

LeBesco, K. (2001) Queering fat bodies/politics. In: J.E. Braziel and K. LeBesco (eds.) *Bodies Out of Bounds: Fatness and Transgression*. Berkeley, CA: University of California Press, pp. 74–87.

LeBesco, K. (2004) Revolting Bodies: The Struggle to Redefine Fat Identity. Boston, MA: University of Massachusetts Press.

LeBesco, K. (2010) Fat panic and the new morality. In: J.M. Metzl and A. Kirkland (eds.) *Against Health: How Health Became the New Morality*. New York: New York University Press, pp. 72–82.

Lewis, T., Doyle, D. M., Barreto, M., & Jackson, D. (2021). Social relationship experiences of transgender people and their relational partners: A meta-synthesis. Social Science & Medicine (1982), 282, 114143. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114143

Lick, D. J., Durso, L. E., & Johnson, K. L. (2013). Minority stress and physical health among sexual minorities. *Perspectives on Psychological Science*, 8(5), 521–548. https://doi.org/10.1177/1745691613497965

Lindley, L. M., Anzani, A., Prunas, A., & Galupo, M. P. (2020). Sexual fantasy across gender identity: a qualitative investigation of differences between cisgender and non-binary people's imagery. Sexual and Relationship Therapy. https://doi.org/10.1080/14681 994.2020.1716966.

Lipson, S. K., Kern, A., Eisenberg, D., & Breland-Noble, A. M. (2018). Mental health disparities among college students of color. Journal of Adolescent Health, 63(3), 348–356.

Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., Moye, A., Bryson, S. W., & Jo, B. (2010). Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of general psychiatry*, 67(10), 1025–1032. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.128

Loo, S., Almazan, A. N., Vedilago, V., Stott, B., Reisner, S. L., & Keuroghlian, A. S. (2021). Understanding community member and health care professional perspectives on gender-affirming care-A qualitative study. *PloS one*, 16(8), e0255568. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255568

López, N., & Gadsden, V.L. (2016). Health Inequities, Social Determinants, and Intersectionality. *NAM Perspectives*.

López-Gil, J. F., García-Hermoso, A., Smith, L., Firth, J., Trott, M., Mesas, A. E., Jiménez-López, E., Gutiérrez-Espinoza, H., Tárraga-López, P. J., & Victoria-Montesinos, D. (2023). Global Proportion of Disordered Eating in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 177(4), 363–372. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.5848

Lorenz, T. K. (2021). Relying on an "Other" Category Leads to Significant Misclassification of Sexual Minority Participants. LGBT health, 8(5), 372–377. https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0449

Malina, S. (2021). Unique Causes And Manifestations of Eating Disorders Within Transgender Populations. *Columbia Social Work Review*, 19(1), 138–157. https://doi.org/10.52214/cswr.v19i1.7241

Malson, H. (1998). The thin woman: Feminism, post-structuralism and the social psychology of anorexia nervosa. London: Routledge.

Malson, H. (2009). Appearing to disappear: Postmodern femininities and self-starved subjectivities. In H. Malson, & M. Burns (Eds.), Critical feminist approaches to eating dis/ orders (pp. 135–145). Sussex: Routledge.

Malson, H., & Burns, M. (2009). Re-theorising the slash of dis-order: An introduction to critical feminist approaches to eating dis/orders. In H. Malson, & M. M. Burns (Eds.), Critical feminist approaches to eating dis/orders (pp. 1–6). Sussex: Routledge.

Malterud, K., Siersma, V. K., & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power. Qualitative Health Research, 26(13), 1753–1760. https://doi.org/10 .1177/1049732315617444

Manganyi, N. C. (1984). Making strange: Race science and ethnopsychiatric discourse. University of the Witwatersrand.

Mason, M. (2010). Sample size and saturation in PhD studies using qualitative interviews. Forum Qualitative Social Research, 11(3).http://www.qualitativeresearch.net/index.php/fqs/article/view/1428/3027

Mayock, P., Bryan, A., Carr, N., & Kitching, K. (2009). Supporting LGBT LIVES. A Study of the Mental Health and Well-being of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender People.

McClain, Z., & Peebles, R. (2016). Body Image and Eating Disorders Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. *Pediatric clinics of North America*, 63(6), 1079–1090. https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.07.008

McDuffie, J. R., Riggs, P. A., Calis, K. A., Freedman, R. J., Oral, E. A., DePaoli, A. M., & Yanovski, J. A. (2004). Effects of exogenous leptin on satiety and satiation in patients with lipodystrophy and leptin insufficiency. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 89(9), 4258–4263. https://doi.org/10.1210/jc.2003-031868

McEntee, M.L., Serier, K.N., Smith, J.M. *et al.* The Sum Is Greater than its Parts: Intersectionality and Measurement Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in Latinx Undergraduates in the United States. *Sex Roles* **84**, 102–111 (2021). https://doi.org/10.1007/s11199-020-01149-7

McGeorge, C., & Carlson, T. S. (2011). Deconstructing heterosexism: Becoming an LGB affirmative heterosexual couple and family therapist. Journal of Marital and Family Therapy, 37, 14 –26.

McGregor, K., McKenna, J. L., Barrera, E. P., Williams, C. R., Hartman-Munick, S. M., & Guss, C. E. (2023). Disordered eating and considerations for the transgender community: A review of the literature and clinical guidance for assessment and treatment. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 75. https://doi.org/10.1186/s40337-023-00793-0

McGuire, J. K., Doty, J. L., Catalpa, J. M., & Ola, C. (2016). Body image in transgender young people: Findings from a qualitative, community based study. *Body Image*, 18, 96–107. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.06.004

Mcphail, D., & Bombak, A. E. (2015). Fat, queer and sick? A critical analysis of 'lesbian obesity' in public health discourse. *Critical Public Health*, 25, 539 - 553. DOI:10.1080/09581596.2014.992391

McSween, M. (1995). Anorexic bodies: A feminist and sociological perspective on anorexia nervosa. London: Routledge.

Meloni, C., & Mibelli, M. (2021). *Belle di faccia*. Mondadori.

Mensinger, J. L., Granche, J. L., Cox, S. A., & Henretty, J. R. (2020). Sexual and gender minority individuals report higher rates of abuse and more severe eating disorder symptoms than cisgender heterosexual individuals at admission to eating disorder treatment. *The International journal of eating disorders*, 53(4), 541–554. https://doi.org/10.1002/eat.23257

Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980–989. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017

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

Meyer, I. H. & Frost, D. M. (2012). Minority stress and the health of sexual minorities. *Oxford University Press*. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199765218.003.0018

Miller, R., Tanofsky-Kraff, M., Shomaker, L. B., Field, S. E., Hannallah, L., Reina, S. A., Mooreville, M., Sedaka, N., Brady, S. M., Condarco, T., Reynolds, J. C., Yanovski, S. Z., & Yanovski, J. A. (2014). Serum leptin and loss of control eating in children and adolescents. *International journal of obesity* (2005), 38(3), 397–403. https://doi.org/10.1038/ijo.2013.126

Ministero della Salute, Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, in www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?id=4470&area=salute%20mentale&menu=DNA, 23 Agosto 2024.

Mirabella, M., Carone, N., Franco, A. et al. Emotional dysregulation and eating symptoms in gender dysphoria and eating disorders: the mediating role of body uneasiness. *Curr Psychol* 43, 17090–17104 (2024). https://doi.org/10.1007/s12144-024-05663-9

Mirabella, M., Giovanardi, G., Fortunato, A., Senofonte, G., Lombardo, F., Lingiardi, V., & Speranza, A. M. (2020). The body I live in. Perceptions and meanings of body dissatisfaction in young transgender adults: A qualitative study. Journal of Clinical Medicine, 9(11), 3733. https://doi.org/10.3390/jcm9113733.

Mishra, K., Harrop, E.N., (2023). Teaching how to avoid overreliance on BMI in diagnosing and caring for patients with eating disorders. *AMA Journal of Ethics* 25 (7), E507–E513. https://doi.org/10.1001/amajethics.2023.507

Mittertreiner, E. J. E., Hunter, A., & Lacroix, E. (2024). Nutritional considerations for gender-diverse people: a qualitative mini review. *Frontiers in nutrition*, 11, 1332953. https://doi.org/10.3389/fnut.2024.1332953

Morgan-Lowes, K. L., C. Thøgersen-Ntoumani, J. Howell, V. Khossousi, and S. J. Egan. 2023. "Self-Compassion and Clinical Eating Disorder Symptoms: A Systematic Review." Clinical Psychologist 27: 269–283. https://doi.org/10.1080/13284207.2023.2252971.

Muñoz, J. E. (2019). Cruising utopia: The then and there of queer futurity. New York University Press,.

Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical endocrinology*, 72(2), 214–231. https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x

Muratore, L. A., Flentje, A., Schuster, D., & Capriotti, M. R. (2022). Disordered eating and body dissatisfaction in transgender and gender-expansive adults: An evaluation and integration of the gender minority stress and resilience and tripartite influence models. *Behavior Therapy*, 53(5), 869–886. https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.02.006

Murnen, S. K., & Smolak, L. (2009). Are feminist women protected from body image problems? A meta-analytic review of relevant research. Sex Roles, 60(4), 186–197.

Murray, K., Rieger, E., & Byrne, D. (2013). A longitudinal investigation of the mediating role of self-esteem and body importance in the relationship between stress and body dissatisfaction in adolescent females and males. Body Image, 10, 544–551. http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.07.011

Murray, S. B., Nagata, J. M., Griffiths, S., Calzo, J. P., Brown, T. A., Mitchison, D., Blashill, A. J., & Mond, J. M. (2017). The enigma of male eating disorders: A critical

review and synthesis. *Clinical psychology review*, 57, 1–11. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.08.001

Nagata J. M., Brown T. A., Murray S. B., Lavender J. M. (2021), eds. Eating Disorders in Boys and Men. Cham, Switzerland: *Springer International Publishing*. https://doi.org/10.1007/978-3-030-67127-3

Nagata, J. M., Chaphekar, A. V., & Hur, J. O. (2024). Eating Disorders Across the Gender Spectrum: Clinical Presentation and Treatment Outcomes in Boys and Transgender and Gender-Expansive Youth. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 75(2), 209–210. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2024.04.008

Nagata, J. M., Ganson, K. T., & Austin, S. B. (2020). Emerging trends in eating disorders among sexual and gender minorities. *Current opinion in psychiatry*, 33(6), 562–567. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000645

Nagata, J. M., Ganson, K. T., & Murray, S. B. (2020). Eating disorders in adolescent boys and young men: an update. *Current opinion in pediatrics*, 32(4), 476–481. https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000911

Nagata, J. M., McGuire, F. H., Lavender, J. M., Brown, T. A., Murray, S. B., Compte, E. J., Cattle, C. J., Flentje, A., Lubensky, M. E., Obedin-Maliver, J., & Lunn, M. R. (2022). Appearance and performance-enhancing drugs and supplements (APEDS): Lifetime use and associations with eating disorder and muscle dysmorphia symptoms

among cisgender sexual minority people. *Eating Behaviors, 44,* 1–8. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2022.101595

Nagata, J. M., Murray, S. B., Compte, E. J., Pak, E. H., Schauer, R., Flentje, A., Capriotti, M. R., Lubensky, M. E., Lunn, M. R., & Obedin-Maliver, J. (2020). Community norms for the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) among transgender men and women. *Eating behaviors*, 37, 101381. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101381

Nagata, J. M., Stuart, E., Hur, J. O., Panchal, S., Low, P., Chaphekar, A. V., Ganson, K. T., & Lavender, J. M. (2024). Eating Disorders in Sexual and Gender Minority Adolescents. *Current psychiatry reports*, 26(7), 340–350. https://doi.org/10.1007/s11920-024-01508-1

Noebel, N. A., Vela, R. B., Arreguin, D. H., & Oberle, C. D. (2023). Orthorexia nervosa symptomatology in the LGBTQ community: Gender and sexual orientation differences. *Eating behaviors*, 50, 101771. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2023.101771

Nowaskie, D. Z., Filipowicz, A. T., Choi, Y., & Fogel, J. M. (2021). Eating disorder symptomatology in transgender patients: Differences across gender identity and gender affirmation. *International Journal of Eating Disorders*, 54(8), 1493–1499. https://doi.org/10.1002/eat.23539

Orbach, S. (1978). Fat is a feminist issue. London: Arrow Books.

Orbach, S. (1986). Hunger strike: The anorectic's struggle as a metaphor for our age. London: Faber & Faber.

Oswald, R. F., Blume, L. C., & Marks, S. R. (2005). Decentering heteronormativity: A model for family studies. In V. L. Bengston, A. C. Acock, K. R. Allen, P. Dilworth-Anderson & D. M. Klein (Eds.), Sourcebook of family theory & research (pp. 143–166). Thousand Oaks, CA: Sage.

Paine, E. A. (2021). "Fat broken arm syndrome": negotiating risk, stigma, and weight bias in LGBTQ healthcare. *Soc. Sci. Med*. 270, 113609 https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113609

Parent, M. C., DeBlaere, C., & Moradi, B. (2013). Approaches to Research on Intersectionality: Perspectives on Gender, LGBT, and Racial/Ethnic Identities. *Sex Roles* 68, 639–645. https://doi.org/10.1007/s11199-013-0283-2

Parker, L. L., & Harriger, J. A. (2020). Eating disorders and disordered eating behaviors in the LGBT population: a review of the literature. *Journal of eating disorders*, 8, 51. https://doi.org/10.1186/s40337-020-00327-y

Parmar, D. D., Alabaster, A., Vance, S., Jr, Ritterman Weintraub, M. L., & Lau, J. S. (2021). Disordered Eating, Body Image Dissatisfaction, and Associated Healthcare Utilization Patterns for Sexual Minority Youth. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 69(3), 470–476. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.02.002

Peitzmeier, S. M., Malik, M., Kattari, S. K., Marrow, E., Stephenson, R., Agénor, M., & Reisner, S. L. (2020). Intimate partner violence in transgender populations: Systematic review and meta-analysis of prevalence and correlates. American Journal of Public Health, 110(9), e1e14. https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305774

Pennesi, J.-L., & Wade, T. D. (2016). A systematic review of the existing models of disordered eating: Do they inform the development of effective interventions? *Clinical Psychology Review*, 43, 175–192. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.12.004

Perez, J. & Pepping, C. A. (2024). Relationship experiences of transgender and non-binary adults: exploring dating goals, relationship structures, minority stress, sexual fetishization, and relationship victimization. *International Journal of Transgender Health*, DOI: 10.1080/26895269.2024.2316690

Pham, A., Kerman, H., Albertson, K., Crouch, J. M., Inwards-Breland, D. J., & Ahrens, K. R. (2023). Understanding the Complex Relationship Between One's Body, Eating, Exercise, and Gender-Affirming Medical Care Among Transgender and Nonbinary Adolescents and Young Adults. Transgender Health, 8(2), 149–158. https://doi.org/10.1089/trgh.2021.0112

Phillipou, A., Meyer, D., Neill, E., Tan, E. J., Toh, W. L., Van Rheenen, T. E. et al. (2020). Eating and exercise behaviors in eating disorders and the general population during the covid-19 pandemic in australia: initial results from the collate project. International Journal of Eating Disorders, 53(7), 1158–1165. https://doi.org/10.1002/eat.23317

Piran, N. (2016). Embodied possibilities and disruptions: The emergence of the Experience of Embodiment construct from qualitative studies with girls and women. *Body Image*, 18, 43–60. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.04.007

Polkinghorne, D. E. (2005). Language and meaning: Data collection in qualitative research. In Journal of Counseling Psychology, 52 pp. 137–145). https://doi.org/ 10.1037/0022-0167.52.2.137

Pope, C. G., Pope, H. G., Menard, W., Fay, C., Olivardia, R., & Phillips, K. A. (2005). Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. *Body image*, 2(4), 395–400. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.09.001

Pope, H. G., Jr, Gruber, A. J., Choi, P., Olivardia, R., & Phillips, K. A. (1997). Muscle dysmorphia. An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38(6), 548–557. https://doi.org/10.1016/S0033-3182(97)71400-2

Puckett, J. A., Aboussouan, A. B., Ralston, A. L., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2021). Systems of cissexism and the daily production of stress for transgender and gender diverse people. *International journal of transgender health*, 24(1), 113–126. https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1937437

Puckett, J. A., Cleary, P., Rossman, K., Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2018). Barriers to Gender-Affirming Care for Transgender and Gender Nonconforming Individuals. *Sexuality research & social policy: journal of NSRC: SR & SP*, 15(1), 48–59. https://doi.org/10.1007/s13178-017-0295-8

Pulice-Farrow, L., Bravo, A., & Galupo, M. P. (2019). “Your gender is valid”: Microaffirmations in the romantic relationships of transgender individuals. Journal of LGBT Issues in Counseling, 13(1), 45–66. https://doi.org/10.1080/15538605.2019.1565799

Pulice-Farrow, L., Cusack, C. E., & Galupo, M. P. (2020). Certain parts of my body don’t belong to me: Trans individuals’ descriptions of body-specific gender dysphoria. Sexuality Research and Social Policy, 17, 654–667. https://doi.org/10.1007/s13178-019-00423-y.

Reed, J., & Ort, K. (2022). The Rise of Eating Disorders During COVID-19 and the Impact on Treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 61(3), 349–350. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.10.022

Resmini, E., Andraghetti, G., Rebora, A., Cordera, R., Vera, L., Giusti, M., Minuto, F., & Ferone, D. (2008). Leptin, ghrelin, and adiponectin evaluation in transsexual subjects during hormonal treatments. *Journal of andrology*, 29(5), 580–585. https://doi.org/10.2164/jandrol.108.004952

Reuter, T. R., & Whitton, S. W. (2018). Adolescent dating violence among lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning youth. In Adolescent dating violence (pp. 215231). Elsevier.

Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P., Williams, R. J., & Thompson, J. K. (2007). The role of ethnicity and culture in body image and disordered eating among males. *Clinical psychology review*, 27(5), 582–606. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.016

Richburg, A., & Stewart, A. J. (2024). Body Image Among Sexual and Gender Minorities: An Intersectional Analysis. *Journal of homosexuality*, 71(2), 319–343. https://doi.org/10.1080/00918369.2022.2114399

Roach A. (2018). Supportive Peer Relationships and Mental Health in Adolescence: An Integrative Review. *Issues in mental health nursing*, 39(9), 723–737. https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1496498

Roberts S. R. (2024). The pride framework: a sociocultural-developmental approach for understanding LGBTQ+ adolescents' body image and disordered eating. *Eating disorders*, 1–17. Advance online publication. https://doi.org/10.1080/10640266.2024.2352673

Roberts, S. R., Salk, R. H., Thoma, B. C., Romito, M., Levine, M. D., & Choukas-Bradley, S. (2021). Disparities in disordered eating between gender minority and cisgender adolescents. *The International journal of eating disorders*, 54(7), 1135–1146. https://doi.org/10.1002/eat.23494

Rodgers, R. F., Berry, R., & Franko, D. L. (2018). Eating Disorders in Ethnic Minorities: an Update. *Current psychiatry reports*, 20(10), 90. https://doi.org/10.1007/s11920-018-0938-3

Rollero, C., Tartaglia, S., & De Piccoli, N. (2017). Psychometric properties of the Italian version of the Body Image Coping Strategies Inventory. Psicologia Sociale, 3, 293–306. https://doi.org/10.1482/87886

Romito, M., Salk, R. H., Roberts, S. R., Thoma, B. C., Levine, M. D., & Choukas-Bradley, S. (2021). Exploring transgender adolescents' body image concerns and disordered eating: Semi-structured interviews with nine gender minority youth. *Body image*, 37, 50–62. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.01.008

Rood, B. A., Reisner, S. L., Surace, F. I., Puckett, J. A., Maroney, M. R., & Pantalone, D. W. (2016). Expecting rejection: Understanding the minority stress experiences of transgender and gendernonconforming individuals. Transgender Health, 1(1), 151–164. https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0012.

Rosenbaum, D. L., August, K. J., Gillen, M. M., & Markey, C. H. (2023). Understanding eating disorder symptoms in same-gender couples: Social environmental factors. *Journal of Eating Disorders*, *11*(1), 6. https://doi.org/10.1186/s40337-023-00732-z

Rowley, J., Rajbans, T., & Markland, B. (2020). Supporting parents through a narrative therapeutic group approach: A participatory research project. Educational Psychology in Practice, 36(2), 115–132. https://doi.org/10.1080/02667363.2019.1700349

Rubin, L. R., Nemeroff, C. J., & Felipe, R. N. (2004). Exploring feminist women's body consciousness. Psychology of Women, 28(1), 27–37.

Ruocco, G., Andrioli Stagno, R., Ballardini, D., Cotugno, A., Dalla Ragione, L., Dalle Grave, R., et al. (2017). Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione. Quaderni del Ministero della Salute

Russell, S. T., & Fish, J. N. (2016). Mental Health in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth. *Annual review of clinical psychology*, *12*, 465–487. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093153

Saperstein, A. (2025), Recognizing Identity Fluidity in Demographic Research. Population and Development Review, 51: 519-538. https://doi.org/10.1111/padr.12670

Saukko, P. (2008). The anorexic self: A personal and political analysis of a diagnostic discourse. Albany, NY: State University of New York Press.

Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H., & Jinks, C. (2017). Saturation in qualitative research: Exploring its conceptualization and operationalization. Quality & Quantity: International Journal of Methodology, 52(4), 1893–1907. https://doi.org/10 .1007/s11135-017-0574-8

Segalo, P. (2023). Feminist Community Psychology and the Advancement of Women in South Africa. International Review of Theoretical Psychologies, 2(1), 36–45. https://doi.org/10.7146/irtp.v2i1.142789

Sevelius, J. M. (2013). Gender affirmation: A framework for conceptualizing risk behavior among transgender women of color. *Sex Roles*, 68(11–12), 675–689. https://doi.org/10.1007/s11199-012-0216-5

Shelton, K., & Delgado-Romero, E. A. (2011). Sexual orientation microaggressions: The experience of lesbian, gay, bisexual, and queer clients in

psychotherapy. Journal of Counseling Psychology, 58, 210 –221. http://dx.doi.org/10.1037/a0022251

Siegel, J. A., Mendoza, R. R., Tesselaar, J. M., DeJesus, J., Elbe, C. I., Caravelli, N. S., Troy, L., Fenton, M., Victoria, B., Herrera, J., & Blashill, A. J. (2024). "I felt so powerful to have this love in me": A grounded theory analysis of the experiences of people living with and recovering from eating disorders while in diverse romantic relationships. *Body image*, 49, 101709. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2024.101709

Silén, Y., & Keski-Rahkonen, A. (2022). Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Current opinion in psychiatry*, 35(6), 362–371. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000818

Simone, M., Askew, A., Lust, K., Eisenberg, M. E., & Pisetsky, E. M. (2020). Disparities in self-reported eating disorders and academic impairment in sexual and gender minority college students relative to their heterosexual and cisgender peers. *The International journal of eating disorders*, 53(4), 513–524. https://doi.org/10.1002/eat.23226

Smalley, K. B., Warren, J. C., & Barefoot, K. N. (2016). Differences in health risk behaviors across understudied LGBT subgroups. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *35*(2), 103–114. https://doi.org/10.1037/hea0000231

Smith, C.P., Freyd, J.J., (2014). Institutional betrayal. *Am. Psychol*. 69 (6), 575–587. https://doi.org/10.1037/a0037564.

Smith, E. K., & Harrop, E. N. (2024). "That's not at all what I needed" trans adults' perspectives on trans-affirming primary care and eating disorders. *Social science & medicine* (1982), 348, 116836. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116836

Smith, L. C., & Shin, R. Q. (2014). Queer Blindfolding: A Case Study on Difference "Blindness" Toward Persons Who Identify as Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender. *Journal of Homosexuality*, *61*(7), 940–961. https://doi.org/10.1080/00918369.2014.870846

Solmi, M., Radua, J., Stubbs, B., Ricca, V., Moretti, D., Busatta, D., Carvalho, A. F., Dragioti, E., Favaro, A., Monteleone, A. M., Shin, J. I., Fusar-Poli, P., & Castellini, G. (2021). Risk factors for eating disorders: an umbrella review of published meta-analyses. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*, *43*(3), 314–323. https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1099

Spengler, E. S., Miller, D. J., & Spengler, P. M. (2016). Microaggressions: Clinical errors with sexual minority clients. *Psychotherapy*, *53*(3), 360–366. https://doi.org/10.1037/pst0000073

Spiers, J., Morse, J. M., Olson, K., Mayan, M., & Barrett, M. (2018). Reflection/Commentary on a Past Article: "Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research": http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/160940690200100202. International Journal of Qualitative Methods, 17(1), 1609406918788237. https://doi.org/10.1177/1609406918788237

Steinberg, D., Perry, T., Freestone, D., Bohon, C., Baker, J. H., & Parks, E. (2023). Effectiveness of delivering evidence-based eating disorder treatment via telemedicine for children, adolescents, and youth. *Eating disorders*, 31(1), 85–101. https://doi.org/10.1080/10640266.2022.2076334

Stice E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 128(5), 825–848. https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.5.825

Stice, E., Rohde, P., Shaw, H., & Gau, J. M. (2020). Clinician-led, peer-led, and internet-delivered dissonance-based eating disorder prevention programs: Effectiveness of these delivery modalities through 4-year follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology*, 88(5), 481–494. https://doi.org/10.1037/ccp0000493

Story, M., Neumark-Sztainer, D., & French, S. (2002). Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. Journal of the American Dietetic Association, 102(3 Suppl), S40–S51. https://doi.org/10.1016/s0002-8223(02)90421-9

Streatfeild, J., Hickson, J., Austin, S. B., Hutcheson, R., Kandel, J. S., Lampert, J. G., Myers, E. M., Richmond, T. K., Samnaliev, M., Velasquez, K., Weissman, R. S., & Pezzullo, L. (2021). Social and economic cost of eating disorders in the United States: Evidence to inform policy action. *The International journal of eating disorders*, 54(5), 851–868. https://doi.org/10.1002/eat.23486

Stuber, J., Meyer, I., & Link, B. (2008). Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social Science & Medicine*, *67*(3), 351–357. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.023

Sue, S., & Zane, N. (1987). The role of culture and cultural techniques in psychotherapy: A critique and reformulation. American Psychologist, 42, 37-15.

Sue, D. W., Arredondo, P., & McDavis, R. J. (1992). Multicultural counseling competencies and standards: A call to the profession. Journal of Counseling & Development, 70, 477-183.

Sue, D. W., & Spanierman, L. B. (2022). Le microaggressioni. La natura invisibile della discriminazione. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Tabler, J., Geist, C., Schmitz, R. M., & Nagata, J. M. (2019). Does it Get Better? Change in Depressive Symptoms from Late-Adolescence to Early-Adulthood, Disordered Eating Behaviors, and Sexual Identity. *Journal of gay & lesbian mental health*, 23(2), 221–243. https://doi.org/10.1080/19359705.2019.1568944

Tabor E, Kneale D, Patalay P. Mainly heterosexual, bisexual, or other?: The measurement of sexual minority status and its impact on analytic sample, demographic distribution and health outcomes. PLoS One. 2024 Sep 20;19(9):e0303100. doi: 10.1371/journal.pone.0303100. PMID: 39303000; PMCID: PMC11414922.

Tarchi, L., Stanghellini, G., Ricca, V., & Castellini, G. (2024). The primacy of ocular perception: a narrative review on the role of gender identity in eating disorders.

Eating and weight disorders: EWD, 29(1), 8. https://doi.org/10.1007/s40519-023-01632-6

Teo, T. (2019). Academic subjectivity, idols, and the vicissitudes of virtues in science: Epistemic modesty versus epistemic grandiosity. In K. O'Doherty, L. Osbeck, E. Schraube & J. Yen (Eds.), Psychological Studies of Science and Technology (pp. 3148). Palgrave Macmillan.

Testa, R. J., Rider, G. N., Haug, N. A., & Balsam, K. F. (2017). Gender confirming medical interventions and eating disorder symptoms among transgender individuals. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 36(10), 927–936. https://doi.org/10.1037/hea0000497

Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance. *American Psychological Association*. https://doi.org/10.1037/10312-000

Tronto, J. C. (1993). Moral boundaries: A political argument for an ethic of care. Routledge.

Tronto, J. C. (2013). Caring democracy: Markets, equality, and justice. New York University Press.

Turk, F., and G. Waller. 2020. "Is Self-Compassion Relevant to the Pathology and Treatment of Eating and Body Image Concerns? A Systematic Review and Meta-

Analysis." Clinical Psychology Review 79: 101856. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101856.

Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015b). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. Body Image, 14, 118–129. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.001

Uniacke, B., Glasofer, D., Devlin, M., Bockting, W., & Attia, E. (2021). Predictors of eating-related psychopathology in transgender and gender nonbinary individuals. *Eating behaviors*, 42, 101527. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2021.101527

Vaes, J., Loughnan, S., & Puvia, E. (2014). The inhuman body: When sexual objectification becomes dehumanizing. In P. G. Bain, J. Vaes, & J.-P. Leyens (Eds.), Humanness and dehumanization (pp. 187–204). Hove, England: Psychology Press.

van de Grift, T. C., Cohen-Kettenis, P. T., Steensma, T. D., De Cuypere, G., Richter-Appelt, H., Haraldsen, I. R., Dikmans, R. E., Cerwenka, S. C., & Kreukels, B. P. (2016). Body Satisfaction and Physical Appearance in Gender Dysphoria. Archives of sexual behavior, 45(3), 575–585. https://doi.org/10.1007/s10508-015-0614-1

Velez, B. L., Breslow, A. S., Brewster, M. E., Cox, R. J., & Foster, A. B. (2016). Building a pantheoretical model of dehumanization with transgender men: Integrating objectification and minority stress theories. Journal of Counseling Psychology, 63, 497–508. doi:10.1037/cou0000136

Vigna, A., and P. Strauss. 2023. “Self-Compassion Among Sexual and Gender Minorities: The Importance of Self-Kindness in a Frequently Unkind World.” In Handbook of Self-Compassion, edited by A. FinlayJones, K. Bluth, and K. Neff, 143–164. New York, NY: Springer International Publishing.

Wall, C. S. J., Patev, A. J., & Benotsch, E. G. (2023). Trans broken arm syndrome: A mixed-methods exploration of gender-related medical misattribution and invasive questioning. *Social Science & Medicine*, 320, Article 115748. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115748

Wang, S.B. e Borders, A. (2017), Rumination mediates the Associations Between Sexual Minority Stressors and Disordered Eating, Particularly for Men, in *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, vol. 22, pp. 699–706.

Watson, L.B., Grotewiel M., Farrell, M., Marshik, J. e Schneider, M. (2015), Expe-riences of Sexual Objectification, Minority Stress, and Disordered Eating Among Sexual Minority Women, in *Psychology of Women Quarterly*, vol. 39, n. 4, pp. 458-470.

Watson, R. J., Adjei, J., Saewyc, E., Homma, Y., & Goodenow, C. (2017). Trends and disparities in disordered eating among heterosexual and sexual minority adolescents. *The International journal of eating disorders*, 50(1), 22–31. https://doi.org/10.1002/eat.22576

Watson, R. J., Veale, J. F., & Saewyc, E. M. (2017). Disordered eating behaviors among transgender youth: Probability profiles from risk and protective factors. *The*

International journal of eating disorders, 50(5), 515–522. https://doi.org/10.1002/eat.22627

White Hughto, J. M., & Reisner, S. L. (2016). A systematic review of the effects of hormone therapy on psychological functioning and quality of life in transgender individuals. *Transgender Health*, 1(1), 21–31. https://doi.org/10.1089/ trgh.2015.0008

White, E. K., Mooney, J., & Warren, C. S. (2019). Ethnicity, eating pathology, drive for muscularity, and muscle dysmorphia in college men: a descriptive study. *Eating disorders*, 27(2), 137–151. https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1585717

White, M., Jones, S., & Joy, P. (2023). Safe, Seen, and Supported: Navigating Eating Disorders Recovery in the 2SLGBTQ+ Communities. *Canadian journal of dietetic practice and research : a publication of Dietitians of Canada* = Revue canadienne de la pratique et de la recherche en dietetique : une publication des Dietetistes du Canada, 84(2), 84–92. https://doi.org/10.3148/cjdpr-2022-033

Williams C. C., Curling D., Steele L. S., Gibson M. F., Daley A., Green D. C., Ross L. E. (2017). Depression and discrimination in the lives of women, transgender and gender liminal people in Ontario, Canada. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 1139–1150. https://doi.org/https://dol.org/10.1111/hsc.12414

Witcomb, G. L., Bouman, W. P., Brewin, N., Richards, C., Fernandez-Aranda, F., & Arcelus, J. (2015). Body image dissatisfaction and eating-related psychopathology in trans individuals: a matched control study. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 23(4), 287–293. https://doi.org/10.1002/erv.2362

Wittig M. (1981), One is Not Born a Woman, in *Femminist Issues*, I, pp. 47-54

Wolf, N. (1991). Il mito della bellezza, Mondadori, Milano.

Yu, K., Perez, M. (2021). Racial and Ethnic Considerations in the United States. In: Nagata, J.M., Brown, T.A., Murray, S.B., Lavender, J.M. (eds) Eating Disorders in Boys and Men. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-67127-3_15

APPENDICE

Questionario somministrato nello Studio 1, costituito da uno strumento di screening standardizzato, l'EAT-26 (Garner et al., 1982), e da un'Anagrafica Ampia Intersezionale co-costruita.

Consenso informato alla ricerca

Gentilissimə,
Lei è invitatə a prendere parte alla seguente ricerca condotta dal Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia e Comunicazione, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro".

1. Titolo, Responsabile progetto
La ricerca fa parte del progetto intitolato "L'invalidazione del Sé: I Disturbi Alimentari nella Popolazione LGBTQIA+", di cui è responsabile la Prof.ssa Maria Beatrice Ligorio. Prima di decidere se partecipare è importante che abbia tutte le informazioni necessarie per aderire in modo consapevole e responsabile. Le chiediamo di leggere questo documento e di fare, a chi le ha proposto questo studio, tutte le domande che ritiene opportune.

2. Breve descrizione e Obiettivi
Il progetto persegue l'obiettivo di indagare la prevalenza di disturbi alimentari nella popolazione LGBTQIA+ e i relativi fattori di rischio. Per raggiungere questo obiettivo, le ricercatrici e i ricercatori impegnat3 nel progetto si propongono di esplorare come i processi di invalidazione dei corpi e delle identità sessualmente minoritarie, provenienti da un contesto sociale fortemente eterocisnormativo, possano influenzare il concetto di Sé, nonché i propri stessi vissuti e pensieri sull'omobitransessualità.

3. Finalità della ricerca e orientamenti di valore
Ho compreso le finalità di ricerca e ritengo non contrastino i miei valori, convinzioni personali o precetti di fede religiosa.

4. Cosa comporta la partecipazione allo studio?
La ricerca prevede due diverse fasi, tuttavia **l3 partecipanti potranno decidere liberamente, e in qualsiasi momento, di partecipare anche solamente a questa prima fase** senza che questo precluda la partecipazione alla ricerca.
1) la presente prima fase di raccolta dati prevede la compilazione di due questionari ed è volta ad indagare la prevalenza di disturbi alimentari o di sintomi correlati nella popolazione generale.
2) In una seconda fase verrà invece somministrata un'intervista semistrutturata, appositamente elaborata, ai soggetti LGBTQIA+ con disturbi alimentari o sintomi subclinici, come emerso dall'analisi dei dati raccolti, per esplorare in modo mirato le variabili ipotizzate come potenziali fattori di rischio. Tale intervista verrà video-registrata allo scopo di consentire ai ricercatori e alle ricercatrici di condurre un'accurata analisi della stessa in una fase successiva alla sua somministrazione. Durante la fase di disseminazione dei risultati, potranno essere utilizzate alcune parti selezionate dell'intervista in modo da rendere sempre irriconoscibile l'identità de3 partecipanti allo studio, tutelando il loro diritto all'anonimato e alla riservatezza. L3 partecipanti hanno il diritto di negare il consenso ad essere video-registrat3 durante l'intervista e di ritirare lo stesso in qualsiasi momento, senza che questo precluda la partecipazione alla ricerca. La durata complessiva dell'intervista sarà di circa un'ora.

5. Benefici, disagi e/o rischi potenziali della partecipazione

La partecipazione allo studio è volontaria e gratuita. Lo studio non comporta diretti benefici per lə partecipante. Per lə partecipante la collaborazione potrebbe comportare la possibilità di sperimentare uno stato di disagio o malessere nel rispondere a domande relative ad aspetti delicati della propria storia personale (rapporto con il cibo e con il corpo, esperienze di discriminazione e di rifiuto, rapporto con le figure genitoriali, vissuti relativi alla propria identità sessuale ecc…). Nel caso in cui Lei provi un certo grado di disagio o malessere a seguito della partecipazione alla ricerca, La preghiamo di comunicarlo alla ricercatrice Dott.ssa Rosa Claudia Altieri o alla referente dello studio Prof.ssa Maria Beatrice Ligorio e di valutare il ritiro dalla partecipazione, se nel corso della stessa.

La informiamo che lo studio verrà condotto nel rispetto dei principi etici stabiliti nella "Dichiarazione di Helsinki" e nella “Convenzione sui diritti dell’uomo e la biomedicina” (Convenzione di Oviedo).

I suoi diritti:

a) Ritiro dallo studio
Sono consapevole che ho il diritto di ritirare in qualsiasi momento il mio consenso alla partecipazione a questo studio, anche senza preavviso o motivazione specifica ritirandomi dalla ricerca.
b) Restituzione
Sono consapevole che ho il diritto a richiedere informazioni sui risultati e sull’esito della ricerca.
c) Misure previste per tutelare l’anonimato
Sono consapevole che ho il diritto a che l’elaborazione dei dati raccolti sarà condotta in modo da eliminare qualsiasi riferimento che possa permettere di ricollegare singoli dati a una determinata persona, salva mia espressa deroga e volontà se la tipologia dello studio lo richiede o su mia richiesta. I risultati della ricerca saranno pubblicati in forma anonima e aggregata e in nessun caso i risultati o elementi descrittivi della ricerca o qualsiasi altro dato saranno riconducibili a singole persone. Sono consapevole che il mio consenso al trattamento non equivale alla cessione dei diritti sui miei propri dati, ma è diretto alla sola legittimazione al loro utilizzo e conservazione per le finalità di ricerca dichiarate.

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018

PROSEGUENDO NELLA COMPILAZIONE DICHIARA:

- di aver ricevuto informazioni chiare riguardo agli obiettivi e alle finalità del progetto di ricerca;
- di aver avuto la possibilità di porre domande a proposito di qualsiasi aspetto della procedura sperimentale;
- di aver compreso la natura e le attività che la partecipazione allo studio comportano e i relativi rischi;
- di aver compreso che la partecipazione allo studio è del tutto volontaria e libera, che ci si potrà ritirare dallo studio in qualsiasi momento, senza dover dare spiegazioni e senza che ciò comporti alcuno svantaggio o pregiudizio;

- di aver compreso che la partecipazione a questo studio non comporterà il riconoscimento di alcun vantaggio di natura economica diretto o indiretto;
- di aver ricevuto le informazioni relative alla riservatezza dei dati personali che saranno raccolti e trattati, nell'assoluto anonimato, esclusivamente per fini di ricerca;
- di essere a conoscenza del fatto che solo le persone che conducono la ricerca potranno avere accesso ai risultati limitatamente ai fini della loro elaborazione e all'eventuale pubblicazione dei dati a fine scientifico;
- di essere a conoscenza del fatto che tutti i materiali verranno conservati nel pieno rispetto della privacy e dell'anonimato.

1. Nel caso, durante la sessione sperimentale, emerga un disturbo/patologia, voglio che la ricercatrice provveda a comunicarmene l'esistenza attraverso un colloquio e a fornirmi le informazioni necessarie per la comprensione del disturbo/patologia:

   Contrassegna solo un ovale.

   ◯ Sì
   ◯ No

2. Conseguentemente, *
   lə sottoscrittə acconsente a partecipare allo studio, nella consapevolezza che tale consenso è manifestato liberamente ed è revocabile in ogni momento senza che ciò comporti alcuno svantaggio o pregiudizio

   Contrassegna solo un ovale.

   ◯ Sì

EATING ATTITUDES TEST (EAT-26)

L'Eating Attitudes Scale è un questionario utilizzato per cogliere i tratti psicologici e i sintomi caratteristici dei disturbi dell'alimentazione.
È indispensabile, quando i soggetti realizzano un punteggio elevato in questo questionario, somministrare loro un'intervista diagnostica specifica per valutare l'eventuale presenza di un disturbo del comportamento alimentare.
È bene sempre rivolgersi ad professionista psicologo esperto in Disturbi dell'Alimentazione se si ha il dubbio di soffrire o se si è preoccupati per un familiare o amico che si pensa possa avere un Disturbo Alimentare.
Solo un professionista può fare una diagnosi.

3. **1. Sono terrorizzatə di essere in sovrappeso**

Contrassegna solo un ovale per riga.

	Sempre	Normalmente	Spesso	A volte	Raramente	Mai
Mi capita	⬭	⬭	⬭	⬭	⬭	⬭

4. **2. Quando ho fame evito di mangiare**

Contrassegna solo un ovale per riga.

	Sempre	Normalmente	Spesso	A volte	Raramente	Mai
Mi capita	⬭	⬭	⬭	⬭	⬭	⬭

5. **3. Penso al cibo con preoccupazione**

Contrassegna solo un ovale per riga.

	Sempre	Normalmente	Spesso	A volte	Raramente	Mai
Mi capita	⬭	⬭	⬭	⬭	⬭	⬭

6. **4. Mi è capitato di mangiare con enorme voracità sentendomi incapace di smettere**

Contrassegna solo un ovale per riga.

	Sempre	Normalmente	Spesso	A volte	Raramente	Mai
Mi capita	◯	◯	◯	◯	◯	◯

7. **5. Ho l'abitudine di sminuzzare il cibo**

Contrassegna solo un ovale per riga.

	Sempre	Normalmente	Spesso	A volte	Raramente	Mai
Mi capita	◯	◯	◯	◯	◯	◯

8. **6. Faccio molta attenzione al potere calorico degli alimenti che mangio**

Contrassegna solo un ovale per riga.

	Sempre	Normalmente	Spesso	A volte	Raramente	Mai
Mi capita	◯	◯	◯	◯	◯	◯

9. **7. Evito in particolare gli alimenti con un alto contenuto di carboidrati (ad esempio, pane, riso, patate, ecc)**

Contrassegna solo un ovale per riga.

	Sempre	Normalmente	Spesso	A volte	Raramente	Mai
Mi capita	◯	◯	◯	◯	◯	◯

10. **8. Sento gli altri che vorrebbero che mangiassi di più**

Contrassegna solo un ovale per riga.

	Sempre	Normalmente	Spesso	A volte	Raramente	Mai
Mi capita	◯	◯	◯	◯	◯	◯

11. **9. Vomito dopo aver mangiato**

Contrassegna solo un ovale per riga.

	Sempre	Normalmente	Spesso	A volte	Raramente	Mai
Mi capita	◯	◯	◯	◯	◯	◯

12. **10. Mi sento molto in colpa dopo aver mangiato**

Contrassegna solo un ovale per riga.

	Sempre	Normalmente	Spesso	A volte	Raramente	Mai
Mi capita	◯	◯	◯	◯	◯	◯

13. **11. Mi tormenta il desiderio di essere più sottile**

Contrassegna solo un ovale per riga.

	Sempre	Normalmente	Spesso	A volte	Raramente	Mai
Mi capita	◯	◯	◯	◯	◯	◯

14. **12. Mi sottopongo a esercizi fisici intensi per bruciare calorie**

Contrassegna solo un ovale per riga.

	Sempre	Normalmente	Spesso	A volte	Raramente	Mai
Mi capita	◯	◯	◯	◯	◯	◯

15. **13. Altri pensano che io sia troppo magrə**

Contrassegna solo un ovale per riga.

	Sempre	Normalmente	Spesso	A volte	Raramente	Mai
Mi capita	◯	◯	◯	◯	◯	◯

16. **14. Mi preoccupa l'idea di avere del grasso sul mio corpo**

Contrassegna solo un ovale per riga.

	Sempre	Normalmente	Spesso	A volte	Raramente	Mai
Mi capita	◯	◯	◯	◯	◯	◯

17. **15. Impiego più tempo degli altri per mangiare**

Contrassegna solo un ovale per riga.

	Sempre	Normalmente	Spesso	A volte	Raramente	Mai
Mi capita	◯	◯	◯	◯	◯	◯

18. **16. Evito cibi dolci**

Contrassegna solo un ovale per riga.

	Sempre	Normalmente	Spesso	A volte	Raramente	Mai
Mi capita	◯	◯	◯	◯	◯	◯

19. **17. Mangio cibi dietetici**

Contrassegna solo un ovale per riga.

	Sempre	Normalmente	Spesso	A volte	Raramente	Mai
Mi capita	◯	◯	◯	◯	◯	◯

20. **18. Sento che il cibo controlla la mia vita**

Contrassegna solo un ovale per riga.

	Sempre	Normalmente	Spesso	A volte	Raramente	Mai
Mi capita	◯	◯	◯	◯	◯	◯

21. **19. Mi piace mostrare un grande autocontrollo verso il cibo e dominare la fame**

Contrassegna solo un ovale per riga.

	Sempre	Normalmente	Spesso	A volte	Raramente	Mai
Mi capita	◯	◯	◯	◯	◯	◯

22. **20. Sento che gli altri fanno pressioni su di me perché io mangi**

Contrassegna solo un ovale per riga.

	Sempre	Normalmente	Spesso	A volte	Raramente	Mai
Mi capita	◯	◯	◯	◯	◯	◯

23. **21. Dedico al cibo troppo tempo e troppi pensieri**

Contrassegna solo un ovale per riga.

	Sempre	Normalmente	Spesso	A volte	Raramente	Mai
Mi capita	◯	◯	◯	◯	◯	◯

24. **22. Mi dispero se mangio dei dolci**

Contrassegna solo un ovale per riga.

	Sempre	Normalmente	Spesso	A volte	Raramente	Mai
Mi capita	◯	◯	◯	◯	◯	◯

25. **23. Mi impegno in programmi di dieta**

Contrassegna solo un ovale per riga.

	Sempre	Normalmente	Spesso	A volte	Raramente	Mai
Mi capita	◯	◯	◯	◯	◯	◯

26. **24. Mi piace che il mio stomaco sia vuoto**

Contrassegna solo un ovale per riga.

	Sempre	Normalmente	Spesso	A volte	Raramente	Mai
Mi capita	◯	◯	◯	◯	◯	◯

27. **25. Ho l'impulso di vomitare dopo mangiato**

Contrassegna solo un ovale per riga.

	Sempre	Normalmente	Spesso	A volte	Raramente	Mai
Mi capita	◯	◯	◯	◯	◯	◯

28. **26. Mi piace provare nuovi cibi elaborati**

Contrassegna solo un ovale per riga.

	Sempre	Normalmente	Spesso	A volte	Raramente	Mai
Mi capita	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ANAGRAFICA AMPIA INTERSEZIONALE

Questo questionario è volto a raccogliere dati personali che possono riguardare argomenti sensibili, tra cui identità sessuale, religione, salute fisica e mentale o altri argomenti che potrebbero essere oggetto di turbamento per alcune persone.
Se ti accorgi che una qualsiasi di queste domande ti mette a disagio, non sei tenutə a rispondere, ma puoi lasciarle in bianco e passare alla domanda successiva o selezionare l'opzione "preferisco non rispondere".
Inoltre, puoi scrivere liberamente la tua risposta accanto ad "Altro" se non ti ritrovi nelle alternative proposte e/o preferisci autodescriverti.

29. **Qual è la tua età?**

_____

30. **Qual è la tua nazionalità?**

_____

31. **In quale regione risiedi?**

Contrassegna solo un ovale.

- ◯ Valle d'Aosta
- ◯ Piemonte
- ◯ Liguria
- ◯ Lombardia
- ◯ Trentino-Alto Adige
- ◯ Veneto
- ◯ Friuli-Venezia Giulia
- ◯ Emilia Romagna
- ◯ Toscana
- ◯ Umbria
- ◯ Marche
- ◯ Lazio
- ◯ Abruzzo
- ◯ Molise
- ◯ Campania
- ◯ Puglia
- ◯ Basilicata
- ◯ Calabria
- ◯ Sicilia
- ◯ Sardegna
- ◯ Altro: _____

32. **Qual è il livello di istruzione più alto che hai conseguito?**

Contrassegna solo un ovale.

- ◯ Licenza elementare
- ◯ Licenza media inferiore
- ◯ Licenza media superiore (Diploma o qualifica professionale)
- ◯ Laurea (I o II livello)
- ◯ Dottorato
- ◯ Preferisco non rispondere
- ◯ Altro: _____

33. **Attualmente qual è il tuo stato occupazionale?**

(possibilità di scegliere più di una risposta)

Seleziona tutte le voci applicabili.

- ☐ Studente a tempo pieno
- ☐ Studente lavoratorə
- ☐ Occupatə a tempo pieno
- ☐ Occupatə a tempo parziale
- ☐ Occupatə in un lavoro non retribuito (ad es. volontariato o stage)
- ☐ Caregiver a tempo pieno (ad es. genitorə)
- ☐ Disoccupatə
- ☐ Pensionatə
- ☐ Preferisco non rispondere
- ☐ Altro: _____

34. **Qual è il tuo stato sentimentale, attualmente?**

(possibilità di scegliere più di una risposta)

Seleziona tutte le voci applicabili.

- [ ] Single
- [ ] In una relazione stabile o intima
- [ ] In più di una relazione stabile o intima
- [ ] Sposatə, in un'unione civile o relazione convivente
- [ ] Separatə/divorziatə
- [ ] Vedovə
- [ ] Non so
- [ ] Preferisco non rispondere
- [ ] Altro: _____

35. **Ti ritrovi in una o più delle seguenti descrizioni?**

(possibilità di scegliere più di una risposta)

Seleziona tutte le voci applicabili.

- [ ] Persona con disabilità
- [ ] Persona con malattia cronica
- [ ] Persona con malattia mentale
- [ ] Persona con neurodivergenze
- [ ] No, nessuna
- [ ] Non so
- [ ] Preferisco non rispondere
- [ ] Altro: _____

36. **Qual è il tuo background socio-culturale o etnico?**

Contrassegna solo un ovale.

- Caucasico o europeo
- Africano
- Latino, Ispanico o Chicano
- Asiatico
- Nativo americano
- Misto (due o più background differenti)
- Non so
- Preferisco non rispondere
- Altro: _____

37. **Come ti identifichi riguardo alla tua fede religiosa, se ce l'hai?**

Contrassegna solo un ovale.

- Agnosticə
- Ateə
- Buddhista
- Cristianə
- Hindu
- Ebreə
- Musulmanə
- Non so
- Preferisco non rispondere
- Altro: _____

38. **Con quale genere ti identifichi attualmente?**

L'identità di genere si riferisce all'esperienza interna e individuale di genere profondamente sentita da ogni persona, che può essere diversa dal sesso che è stato assegnato alla nascita e da quello indicato sui documenti legali

(possibilità di scegliere più di una risposta)

Seleziona tutte le voci applicabili.

- [ ] Agender (persona che non si identifica né come uomo, né come donna, né un misto. Ovvero assenza di genere o genere neutro)
- [ ] Androgino o Bigender (persona che si identifica a volte come uomo e a volte come donna, oppure come due generi contemporaneamente)
- [ ] Aliagender o terzo sesso (persona che si indentifica in un genere diverso da uomo, donna, misto o assenza di genere)
- [ ] Pangender (persona che si indentifica con più di un genere o con tutti i generi)
- [ ] Demiboy (persona che si identifica in gran parte, ma non del tutto, come uomo)
- [ ] Demigirl (persona che si identifica in gran parte, ma non del tutto, come donna)
- [ ] Gender Fluid (persona la cui identità di genere non è fissa nel tempo, ma può cambiare o oscillare tra generi diversi)
- [ ] Transgender (persona la cui identità di genere non combacia con quella assegnata alla nascita e non necessariamente sottoposta a terapie ormonali o operazioni chirurgiche di affermazione di genere)
- [ ] Cisgender (persona la cui identità di genere combacia con quella assegnata alla nascita)
- [ ] Non-Binary o Genderqueer (persona che non si riconosce nel sistema binario uomo/donna)
- [ ] Intersex/con una variazione delle caratteristiche del sesso (persona i cui caratteri sessuali secondari e/o i genitali sono difficilmente definibili esclusivamente come maschili o femminili)
- [ ] Donna
- [ ] Uomo
- [ ] Non so/Questioning (persona che sta ancora esplorando quale sia la propria identità di genere)
- [ ] Preferisco non rispondere
- [ ] Altro: _____

39. **Sulla base del tuo aspetto fisico, come ti hanno definitə alla nascita?**

Contrassegna solo un ovale.

- ◯ Femmina
- ◯ Maschio
- ◯ Non so
- ◯ Preferisco non rispondere
- ◯ Altro: _____

40. **Alcune persone nascono con caratteristiche del sesso (come l'anatomia sessuale, gli organi riproduttivi e/o i modelli cromosomici) che sono percepite come non appartenenti strettamente alla categoria maschile o femminile o che appartengono a entrambe contemporaneamente. L'esperienza delle persone nate con un corpo di questo tipo è nota come "intersessualità". Ti descriveresti come intersessuale?**

Le variazioni delle caratteristiche del sesso possono presentarsi in fase prenatale e alla nascita, ma anche durante l'infanzia, la pubertà o l'età adulta. Potresti aver notato una variazione delle tue caratteristiche del sesso in età molto precoce o più tardi nella vita e potresti aver subito un trattamento chirurgico o medico per modificarle

Contrassegna solo un ovale.

- ◯ Sì
- ◯ No
- ◯ Non so
- ◯ Preferisco non rispondere
- ◯ Altro: _____

41. **Chi hai avuto come partner romantici e/o sessuali nel corso della tua vita?**

(possibilità di scegliere più di una risposta)

Seleziona tutte le voci applicabili.

- [ ] Uomini Cisgender
- [ ] Donne Cisgender
- [ ] Uomini Transgender
- [ ] Donne Transgender
- [ ] Persone Non-binary
- [ ] Non ho avuto partner
- [ ] Non so
- [ ] Preferisco non rispondere
- [ ] Altro: _____

42. **Con quale orientamento sessuale ti identifichi attualmente?**

L'orientamento sessuale Indica da chi ti senti attualmente attrattə emotivamente e/o sessualmente. L’orientamento sessuale fa riferimento sia alla dimensione cognitiva (cioè come vedi o pensi a te stessə) che sociale (cioè la "definizione” che applichi a te stessə e che riflette uno status sociale o una comunità a cui senti di appartenere) rispetto al tuo orientamento sessuale

(possibilità di scegliere più di una risposta)

Seleziona tutte le voci applicabili.

- [ ] Esclusivamente omosessuale (attrazione sessuale e/o affettiva solo per persone dello stesso genere)
- [ ] Prevalentemente omosessuale (attrazione sessuale e/o affettiva quasi esclusivamente per persone dello stesso genere, ma non solo)
- [ ] Più omosessuale (attrazione sessuale e/o affettiva soprattutto per persone dello stesso genere, ma non solo)
- [ ] Bisessuale (attrazione sessuale e/o affettiva sia per persone dello stesso genere che almeno di un altro genere)
- [ ] Più eterosessuale (attrazione sessuale e/o affettiva soprattutto per persone del genere opposto, ma non solo)
- [ ] Prevalentemente eterosessuale (attrazione sessuale e/o affettiva quasi esclusivamente per persone del genere opposto, ma non solo)
- [ ] Esclusivamente eterosessuale (attrazione sessuale e/o affettiva solo per persone del genere opposto)
- [ ] Pansessuale (attrazione sessuale e/o affettiva per le persone indipendentemente dalla loro identità di genere o dai genitali da loro posseduti)
- [ ] Polisessuale (attrazione sessuale e/o affettiva per più di un genere)
- [ ] Queer (persona il cui orientamento sessuale non è conforme al binarismo o all’eterosessualità)
- [ ] Demisessuale (attrazione sessuale solo per persone con cui si ha un legame affettivo)
- [ ] Asessuale (poca o nessuna attrazione sessuale per le altre persone)
- [ ] Non so/Questioning (persona che sta esplorando quale sia il proprio orientamento sessuale)
- [ ] Preferisco non rispondere
- [ ] Altro: _____

43. **In generale, come descriveresti la tua espressione di genere, attualmente? (soprattutto in riferimento ai contesti in cui ti senti più liberə e sicurə nell'esprimerti come desideri?)**

L'espressione di genere si riferisce alla presentazione del proprio genere da parte di ogni persona attraverso l'aspetto fisico - compresi abiti, acconciature, accessori, cosmetici - e i modi di fare, il linguaggio, i modelli comportamentali, i nomi e i riferimenti personali. L'espressione di genere non è necessariamente conforme alla propria identità di genere. È infatti indipendente dall"identità di genere, dall'orientamento sessuale o dalle caratteristiche biologiche di una persona

Contrassegna solo un ovale.

- ◯ Estremamente femminile
- ◯ Molto femminile
- ◯ Abbastanza femminile
- ◯ Un po' femminile
- ◯ Per niente femminile
- ◯ Androgina (persona con un aspetto che è difficile definire come maschile o femminile, cioè neutro)
- ◯ Per niente maschile
- ◯ Un po' maschile
- ◯ Abbastanza maschile
- ◯ Molto maschile
- ◯ Estremamente maschile
- ◯ Gender non-conforming (persone la cui presentazione estetica o comportamento non è conforme alle aspettative tradizionali rispetto al loro genere, o la cui espressione di genere non si adatta perfettamente a una categoria. Non tutte le persone gender non-conforming si identificano anche come transgender)
- ◯ Non so
- ◯ Preferisco non rispondere
- ◯ Altro: _____

44. **In generale, come pensi che gli altri descriverebbero la tua espressione di genere, attualmente?**

Contrassegna solo un ovale.

- ◯ Estremamente femminile
- ◯ Molto femminile
- ◯ Abbastanza femminile
- ◯ Un po' femminile
- ◯ Per niente femminile
- ◯ Androgina (persona con un aspetto che è difficile definire come maschile o femminile, cioè neutro)
- ◯ Per niente maschile
- ◯ Un po' maschile
- ◯ Abbastanza maschile
- ◯ Molto maschile
- ◯ Estremamente maschile
- ◯ Gender non-conforming (persone la cui presentazione estetica o comportamento non è conforme alle aspettative tradizionali rispetto al loro genere, o la cui espressione di genere non si adatta perfettamente a una categoria. Non tutte le persone gender non-conforming si identificano anche come transgender)
- ◯ Non so
- ◯ Preferisco non rispondere
- ◯ Altro: _____

45. **Hai mai ricevuto, da parte di unə professionista, una diagnosi di Disturbo dell'Alimentazione?**

Contrassegna solo un ovale.

- ◯ Sì
- ◯ No
- ◯ Non so
- ◯ Preferisco non rispondere
- ◯ Altro: _____

46. **Credi di aver sofferto di un Disturbo dell'Alimentazione o hai mai sentito di avere (attualmente o in passato) un rapporto problematico/conflittuale con il cibo e con il corpo, come descritto dalle domande del test precedente, anche senza mai aver avuto una diagnosi ufficiale da parte di unə professionista?**

Contrassegna solo un ovale.

- ◯ Sì
- ◯ No
- ◯ Non so
- ◯ Preferisco non rispondere
- ◯ Altro: _____

47. **Puoi lasciare qui di seguito, se ti va, un tuo indirizzo e-mail, numero di telefono o entrambi, a cui essere eventualmente ricontattatə per prendere parte alla seconda fase della ricerca.**

N.B. Ricorda che, pur lasciando un tuo contatto, hai il diritto di ritirare in qualsiasi momento il tuo consenso alla partecipazione a questo studio, anche senza preavviso o motivazione specifica, ritirandoti totalmente dalla ricerca o scegliendo di partecipare solamente a questa prima fase di raccolta dati.

_____

_____

_____

_____

_____

Questi contenuti non sono creati né avallati da Google.

Google Moduli