Tomasz Jakubowski

Wybrane aspekty stresu mniejszościowego doświadczanego przez osoby transpłciowe i niebinarne



UNIWERSYTET ŚLĄSKI
WYDAWNICTWO

Wybrane aspekty stresu mniejszościowego doświadczanego przez osoby transpłciowe i niebinarne

Tomasz Jakubowski

Wybrane aspekty stresu mniejszościowego doświadczanego przez osoby transpłciowe i niebinarne

Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego • Katowice 2025

Recenzentki

Agata Chudzicka-Czupała

Jadwiga Stawnicka

Patroni

Stowarzyszenie Tęczówka

Trans-Fuzja

Spis treści

Wstęp

Rozdział 1
Transpłciowość i niebinarność – podstawowe informacje 15

1.1. Płeć i tożsamość płciowa 15
1.1.1. Płeć 15
1.1.2. Tożsamość płciowa 17
1.2. Transpłciowość, niebinarność a dysforia płciowa 18
1.3. Transpozycja płci 19
1.4. Różnorodność osób transpłciowych i niebinarnych – medyczne typologie a autoidentyfikacja 20
1.4.1. Medyczne typologie zjawisk ze spektrum transpłciowości 21
1.4.2. Niecisnormatywne tożsamości płciowe 44
1.5. Jednostki nozologiczne związane ze zjawiskami ze spektrum transpłciowości wśród osób dorosłych 45
1.6. Etiologia zjawisk ze spektrum transpłciowości 49
1.6.1. Teorie psychospołeczne 50
1.6.2. Teorie biologiczne 52
1.7. Występowanie transpłciowości i niebinarności w populacji 57
1.8. Krótka historia transpłciowości 57
1.9. Kształtowanie się tożsamości osób transpłciowych 65

Rozdział 2
Tranzycja 72

2.1. Tranzycja – podstawowe definicje 72
2.1.1. Tranzycja społeczna 73

2.1.2. Tranzycja prawna 74
2.1.3. Tranzycja medyczna 74
2.2. Diagnostyka 76
2.2.1. Transwestytyzm o typie podwójnej roli 77
2.2.2. Transwestytyzm fetyszystyczny 78
2.2.3. Zaburzenia psychotyczne 78
2.2.4. Zaburzenia afektywne 79
2.2.5. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne 80
2.2.6. Niepełnosprawność intelektualna (upośledzenie intelektualne) 80
2.2.7. Zaburzenia dysmorficzne 81
2.2.8. Zespół skoptyjski 81
2.2.9. Zaburzenia osobowości 81
2.3. Hormonalne interwencje afirmujące płeć 89
2.3.1. Ocena gotowości do wdrożenia hormonalnych interwencji afirmujących płeć 89
2.3.2. Badania wstępne i kontrolne zalecane w kontekście hormonalnych interwencji afirmujących płeć 89
2.3.3. Hormonalne interwencje afirmujące płeć dla osób transpłciowych o męskiej płci przypisanej po urodzeniu 91
2.3.4. Hormonalne interwencje afirmujące płeć u osób transpłciowych o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu 96
2.3.5. Hormonalne interwencje afirmujące płeć a osoby niebinarne 100
2.4. Prawna korekta oznaczenia płci 101
2.5. Zabiegi chirurgiczne 102
2.5.1. Ocena gotowości do poddania się operacyjnej korekcie płci 102
2.5.2. Zabiegi chirurgiczne dostępne dla osób transpłciowych o męskiej płci przypisanej po urodzeniu 103
2.5.3. Zabiegi chirurgiczne dostępne dla osób transpłciowych o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu 107
2.5.4. Zabiegi chirurgiczne dla osób niebinarnych płciowo 115
2.5.5. Inne zabiegi dostępne dla osób o męskiej płci przypisanej po urodzeniu 115
2.6. Płodność 115
2.7. Terapia głosu 116
2.8. Detranzycja 117
2.9. Psychoterapia 117
2.9.1. Psychoterapia poznawczo-behawioralna 119

2.9.2. Transafirmatywna psychoterapia poznawczo-behawioralna 119
2.9.3. Kompetencje i przekonania terapeuty a nawiązywanie przymierza terapeutycznego 120
2.9.4. Konceptualizacja przypadku 122
2.9.5. Psychoedukacja 125
2.9.6. Restrukturyzacja poznawcza przekonań transfobicznych 126
2.9.7. Biblioterapia i filmoterapia 126
2.9.8. Rozwijanie umiejętności radzenia sobie i rezyliencji 127
2.9.9. Protokół transafirmatywnej interwencji poznawczo-behawioralnej według Austin i Craig 128

Rozdział 3
Transfobia – podstawowe koncepcje, strategie radzenia sobie z nią oraz konsekwencje jej doświadczania 130

3.1. Stereotypy, uprzedzenia i dyskryminacja 131
3.1.1. Stereotypy, proces ich kształtowania się oraz pełnione przez nie funkcje 131
3.1.2. Uprzedzenia oraz ich uwarunkowania 132
3.1.3. Dyskryminacja 133
3.2. Piętno 134
3.2.1. Piętno i jego rodzaje 134
3.2.2. Postrzeganie osób napiętnowanych 136
3.2.3. Kariera moralna 136
3.2.4. Sposoby radzenia sobie z piętnem 138
3.3. Stres mniejszościowy 139
3.3.1. Stres mniejszościowy – informacje ogólne 139
3.3.2. Stres mniejszościowy doświadczany przez osoby transpłciowe i niebinarne (*gender minority stress*) 141
3.4. Model mocnych stron mniejszości (*minority strengths model*) 143
3.5. Transfobia i jej zinternalizowana postać 144
3.5.1. Definicje 144
3.5.2. Transfobia 144
3.5.3. Zinternalizowana transfobia 147
3.6. Źródła transfobii, transuprzedzeń i dyskryminacji osób z mniejszości płciowych 148
3.6.1. Poznawcze źródła transfobii 148

3.6.2. Dyskursywne źródła transfobii 156
3.7. Doświadczenia transfobiczne 160
3.7.1. Dane ogólne 160
3.7.2. Przemoc fizyczna 162
3.7.3. Przemoc psychiczna 162
3.7.4. Przemoc seksualna 163
3.7.5. Środowisko rodzinne, osób bliskich 164
3.7.6. Placówki świadczące usługi medyczne 165
3.7.7. Wymiar sprawiedliwości oraz inne instytucje publiczne 168
3.7.8. Miejsce edukacji 169
3.7.9. Środowisko pracy 171
3.8. Czynniki wpływające na poziom doświadczania transfobii oraz strategie radzenia sobie z nią 173
3.8.1. Czynniki wpływające na poziom doświadczania transfobii 173
3.8.2. Strategie radzenia sobie z transfobią 177
3.9. Konsekwencje transfobii 182
3.9.1. Zdrowie psychiczne osób transpłciowych 182
3.9.2. Konsekwencje stresu mniejszościowego doświadczanego przez osoby transpłciowe i niebinarne dla zdrowia somatycznego 196
3.9.3. Społeczno-ekonomiczne konsekwencje stresu mniejszościowego doświadczanego przez osoby z mniejszości płciowych 198

Rozdział 4
Problematyka badań własnych 200

4.1. Cel i problemy badawcze 200
4.2. Hipotezy badawcze 201
4.2.1. Hipoteza badawcza 1 201
4.2.2. Hipoteza badawcza 2 203
4.2.3. Hipoteza badawcza 3 205
4.2.4. Hipoteza badawcza 4 206
4.2.5. Hipoteza badawcza 5 207
4.2.6. Hipoteza badawcza 6 207
4.3. Model badawczy 208
4.4. Zmienne oraz ich operacjonalizacja 210
4.5. Charakterystyka narzędzi badawczych 213
4.5.1. Metryczka (metoda własna) 213

4.5.2. Skala spostrzeganej transfobii (SST) (metoda własna) 213
4.5.3. Skala zinternalizowanej transfobii (SZT) (metoda własna) 214
4.5.4. Inwentarz płci psychologicznej (IPP) (Bem, 1974) 214
4.5.5. Inwentarz spostrzeganego poziomu dysforii płciowej (ISPDP) (metoda własna) 215
4.5.6. Ten Item Personality Inventory – wersja polska (TIPI-PL) (Gosling i in., 2003) 215
4.5.7. Skala samooceny Rosenberga (SES) (Rosenberg, 1965) 216
4.5.8. Test umiejętności interpersonalnych (TUI) (Buhrmester i in., 1988) 216
4.5.9. Skala ustosunkowań interpersonalnych (SUI) (Stanik, 1994) 217
4.5.10. Berlińskie skale wsparcia społecznego (BSSS) (Schwarzer i Schulz, 2003) 217
4.5.11. Kwestionariusz radzenia sobie z transfobią (KRzT) (metoda własna) 218
4.6. Charakterystyka grupy badanej i organizacja badania 219
4.7. Kierunki statystycznej analizy danych 220

Rozdział 5
Wyniki badań własnych 221

5.1. Charakterystyka grupy badanej oraz statystyki opisowe badanych zmiennych 221
5.2. Hipoteza badawcza 1 231
5.3. Hipoteza badawcza 2 241
5.4. Hipoteza badawcza 3 251
5.5. Hipoteza badawcza 4 268
5.6. Hipoteza badawcza 5 310
5.7. Hipoteza badawcza 6 344

Rozdział 6
Podsumowanie badań własnych 365

6.1. Dyskusja 365
6.1.1. Hipoteza 1 365
6.1.2. Hipoteza 2 369
6.1.3. Hipoteza 3 373
6.1.4. Hipoteza 4 393
6.1.5. Hipoteza 5 398
6.1.6. Hipoteza 6 405

6.2. Ograniczenia badań 411
6.3. Wnioski 414
6.4. Potencjalne zastosowania praktyczne wyników badań 422

Bibliografia 425
Spis rysunków 565
Spis tabel 566
Indeks nazw osobowych 573
Summary 577

Wstęp

W ostatnich latach świadomość na temat transpłciowości znacznie wzrosła, również w Polsce. Z jednej strony jest to zjawisko pożądane, nie tylko z perspektywy osób z mniejszości płciowych, z drugiej strony może ono wpływać na doświadczanie stresu mniejszościowego przez osoby transpłciowe i niebinarne (Janicka i Kwiatkowski, 2016; Scandurra i in., 2017; Chakrapani i in., 2018; Galupo i in., 2020; Lindley i Galupo, 2020; Doyle, 2022).

W związku z tym w psychologii zaczęto stopniowo dostosowywać model stresu mniejszościowego zaproponowany przez Meyera (2003) na potrzeby analizy tego zjawiska w populacji osób z mniejszości płciowych (Hendricks i Testa, 2012; Testa i in., 2015; Galupo i in., 2020; Lindley i Galupo, 2020).

Temat dyskryminacji, przemocy ze względu na niecisnormatywną tożsamość wobec osób transpłciowych i niebinarnych jest jedną z kwestii najczęściej poruszanych w badaniach dotyczących tej populacji – badany jest wpływ tych zjawisk na zdrowie psychiczne (Hughto i in., 2017; Scandurra i in., 2017; Timmins i in., 2017; Williams i in., 2017; Chakrapani i in., 2018; Hughto i Reisner, 2018; Jäggi i in., 2018; Smith i in., 2018; Tabaac i in., 2018; Brewster i in., 2019; Carter i in., 2019; Dyar i in., 2019; Kidd i in., 2019; Liu i in., 2019; Parr i Howe, 2019; Johnson, LeBlanc i in., 2020; Kattari i in., 2020; Kcomt, Evans-Polce i in., 2020; Keating i Muller, 2020; Kota i in., 2020; Puckett i in., 2020; Radusky i in., 2020; Tan, Ellis i in., 2020; Tan, Treharne i in., 2020a; Tan, Treharne i in., 2020b; Truszczynski i in., 2020), zdrowie fizyczne (McIntyre i in., 2012; Bradford i in., 2013; Cruz, 2014; Lim i in., 2014; Roberts i Fantz, 2014; Sanganjanavanich, 2014; Andrinopoulos i in., 2015; Best i in., 2015; Lacombe-Duncan, 2016; Safer i in., 2016; Winter i in., 2016; Romanelli i Hudson, 2017; Fisher, Fried i in., 2017; Seelman, Colon-Diaz i in., 2017; Ganju i Saggurti, 2017; Logie, Lacombe-Duncan, Brien i in., 2017; Barrington i in., 2018; Downing i Przedworski, 2018; Du Bois i in., 2018; Fisher i in., 2018; Murjan i T'Sjoen, 2018; Pucket i in.,

2018; Salkas i in., 2018; Chang, 2019; Safer i Chan, 2019; Brookfield i in., 2020; Cicero i in., 2020; Delozier i in., 2020; Goldenberg, Kahle i Stephenson, 2020; Goldenberg, Reisner i in., 2020; Puckett i in., 2024) czy status społeczno-ekonomiczny (Grant i in., 2011; Mizock i Mueser, 2014; Formby, 2015; Kattari, Whitfield i in., 2016; Martinez i in., 2017; Peter i in., 2017; Mizock i Hopwood, 2018; Wilkinson i in., 2018; Glick i in., 2019; Goldberg, Kuvalanka i Black, 2019; Kammer-Kerwick i in., 2019; Mimiaga i in., 2019).

Wpływ dyskryminacji ze względu na tożsamość płciową na poziom zinternalizowania negatywnych przekonań dotyczących transpłciowości wśród osób transpłciowych i niebinarnych (tak jak i wiedza na temat samej zinternalizowanej transfobii [Reisner i in., 2010; Hendricks i Testa, 2012; Fredriksen-Goldsen i in., 2013; Testa i in., 2015; Hoy-Ellis i Fredriksen-Goldsen, 2017; Rood, Maroney i in. 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Staples i in., 2018; Ashraf i Khan, 2019; Lee, Operario i in., 2020]) pozostaje słabo zbadany.

Istotną luką w wiedzy na temat internalizowania piętna związanego z przynależnością do mniejszości płciowych jest brak danych dotyczących potencjalnych zmiennych, które mogłyby pośredniczyć w relacji zachodzącej pomiędzy doświadczaną dyskryminacją lub przemocą motywowaną transfobią a zinternalizowaną transfobią.

Celem badań przedstawionych w pracy jest zbadanie, jak doświadczanie dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej transfobią oddziałuje na internalizowanie piętna przez osoby z mniejszości płciowych oraz jaki wpływ ma transfobia na właściwości indywidualne jednostki i wybrane aspekty jej społecznego funkcjonowania.

Wyniki przeprowadzonego badania mogą mieć zastosowanie w projektowaniu oddziaływań psychoterapeutycznych ukierunkowanych na przeciwdziałanie internalizowaniu transfobii.

Praca podzielona jest na trzy rozdziały teoretyczne oraz trzy rozdziały związane z wynikami badań własnych. Rozdział 1, *Transpłciowość i niebinarność – podstawowe informacje*, zawiera podstawowe informacje o transpłciowości i niebinarności, poczynając od kwestii związanych z pojmowaniem płci, kształtowaniem się tożsamości płciowej, poprzez ewolucję medycznych typologii związanych z transpłciowością, różnorodność autoidentyfikacji osób z mniejszości płciowych, jednostki nozologiczne związane z transpłciowością w aktualnych klasyfikacjach medycznych, teorie dotyczące etiologii niezgodności płciowej, krótki rys historyczny dotyczący osób transpłciowych, po kształtowanie się tożsamości osób transpłciowych.

W rozdziale 2, *Tranzycja*, opisano różne formy tranzycji: tranzycję społeczną, tranzycję prawną oraz tranzycję medyczną. Omówiono również oddziaływanie terapeutyczne mające na celu zredukowanie zarówno spostrzeganej, jak i zinternalizowanej transfobii. Szeroki opis sposobów redukowania dysforii płciowej zdaje się szczególnie istotny z perspektywy podjętej problematyki badawczej w kontekście relatywnie nowych postulatów dotyczących włączenia jej jako nowego stresora proksymalnego (Galupo i in., 2020; Lindley i Galupo, 2020) do modelu stresu mniejszościowego doświadczanego przez osoby z mniejszości płciowych (Hendricks i Testa, 2012; Testa i in., 2015).

Rozdział 3, *Transfobia – podstawowe koncepcje, strategie radzenia sobie z nią oraz konsekwencje jej doświadczania*, zawiera podstawowe informacje na temat stereotypów, uprzedzeń i dyskryminacji. Przedstawione są tu koncepcje piętna w ujęciu Goffmanowskim, model stresu mniejszościowego zaproponowany przez Meyera (2003), jak również model stresu mniejszościowego doświadczanego przez osoby z mniejszości płciowych (Hendricks i Testa, 2012; Testa i in., 2015; Galupo i in., 2020; Lindley i Galupo, 2020), ze szczególnym uwzględnieniem: zinternalizowanej transfobii, różnych form zachowań motywowanych uprzedzeniami wobec osób transpłciowych i niebinarnych, modelu mocnych stron mniejszości (Perrin i in., 2020), źródeł transfobii, transuprzedzeń i dyskryminacji osób z mniejszości płciowych, przemocy doświadczanej przez osoby transpłciowe, czynników indywidualnych wpływających na poziom doświadczania transfobii, strategii radzenia sobie z doświadczaną transfobią, konsekwencji doświadczania stresu mniejszościowego dla zdrowia psychicznego (w tym czynników ochronnych i ryzyka występowania zaburzeń psychicznych) i fizycznego oraz statusu społeczno-ekonomicznego.

W rozdziale 4, *Problematyka badań własnych*, opisano cele, pytania i hipotezy badawcze projektu, operacjonalizacje badanych zmiennych oraz procedurę rekrutacji uczestników badania. W rozdziale 5, *Wyniki badań własnych*, przedstawiono wyniki badań własnych. Rozdział 6, *Podsumowanie badań własnych*, zawiera omówienie wyników badań własnych, wnioski wyciągnięte na ich podstawie oraz propozycję możliwych zastosowań praktycznych.

Rozdział 1

Transpłciowość i niebinarność – podstawowe informacje

Celem w tym rozdziale jest przedstawienie podstawowych informacji dotyczących zjawiska transpłciowości oraz niebinarności, począwszy od najważniejszych definicji związanych z opisywanym zjawiskiem (por. Fisk, 1974, 2010; Coleman i in., 2012; Kłonkowska i Dynarski, 2016; Coleman i in., 2022), poprzez prezentację różnorodności osób transpłciowych, zarówno z perspektywy samych osób doświadczających niezgodności płciowej (Prince, 1978), jak i z perspektywy środowiska medycznego (por. Hirschfeld, 1910; Benjamin, 1966; Smith i in., 2005), po etiologię niezgodności płciowej (por. Hoenig, 1985; Bevan, 2015; Flint i in., 2020). Rozdział kończą: krótki rys historyczny transpłciowości (por. Bullough, 1975; Jakubowski, 2015a) oraz charakterystyka procesu kształtowania się tożsamości osób transpłciowych i niebinarnych (por. Gagné i in., 1997; Pullen Sansfaçon i in., 2020).

1.1. Płeć i tożsamość płciowa

1.1.1. Płeć

Chcąc się swobodnie poruszać w temacie transpłciowości i niebinarności, trzeba zdefiniować podstawowe pojęcia w tej dziedzinie, między innymi pojęcie płci. Dulko i Stankiewicz (2010: 216) definiują płeć jako:

> [...] zespół cech organizmu warunkujących jego zdolność do wytwarzania komórek rozrodczych – gamet żeńskich (jaj) lub męskich (plemników), a także umożliwiających zaplemnienie i wychowanie potomstwa. U człowieka występuje zróżnicowanie na płeć męską i płeć żeńską. Wśród cech płciowych wyróżnia się: cechy pierwszorzędowe – odrębność gonad (jajniki i jądra); cechy drugorzędowe – odrębność

dróg płciowych (jajowody, nasieniowody), narządów kopulacyjnych (pochwa, prącie); cechy trzeciorzędowe – odmienność postaci (np. wzrost, kształty, owłosienie). Współcześnie określa się za pomocą 10 następujących kryteriów:

1. Płeć chromosomalna (genotypowa).
2. Płeć gonadalna.
3. Płeć wewnętrznych narządów płciowych (gonadoforyczna).
4. Płeć zewnętrznych narządów płciowych.
5. Płeć fenotypowa (somatotypowa, biotypowa).
6. Płeć hormonalna.
7. Płeć metaboliczna.
8. Płeć socjalna.
9. Płeć mózgowa.
10. Płeć psychiczna.

Płeć chromosomalna jest to płeć zdeterminowana podczas zapłodnienia. Charakteryzują ją dwa rodzaje chromosomów płciowych, Y oraz X. U cispłciowych (u których przypisana płeć jest zgodna z tą doświadczaną) mężczyzn i kobiet jest to odpowiednio XY i XX (Janicka i Kwiatkowski, 2016); biorąc pod uwagę, że oprócz nich występują również 44 autosomy, to kariotyp ich będzie odpowiednio 46 XY i 46 XX. Płeć gonadalna zależy od występowania gonad żeńskich, czyli jajników, lub męskich – jąder (Janicka i Kwiatkowski, 2016). Płeć gonadoforyczna zależy od tego, jakie dana osoba posiada drogi rozrodcze, które w okresie prenatalnym rozwijają się u mężczyzn z przewodów Wolffa, a u kobiet z przewodów Müllera. Płeć zewnętrznych narządów płciowych zależy od tego, czy jednostka posiada prącie i mosznę (w wypadku mężczyzn), czy pochwę, wargi sromowe (mniejsze i większe) i łechtaczkę (w wypadku kobiet). Kryterium płci fenotypowej dotyczy wykształcenia się drugo- i trzeciorzędowych cech płciowych, wzrostu i masy (Imieliński i Dulko, 2001; Janicka i Kwiatkowski, 2016). Płeć hormonalna uwarunkowana jest wydzielniczymi czynnościami gonad – jajników i jąder (Janicka i Kwiatkowski, 2016). Wydzielają one zarówno androgeny, jak i estrogeny: u kobiet występuje przewaga estrogenów, a u mężczyzn – androgenów. Z kolei rodzaj aparatu enzymatycznego w systemach metabolicznych determinuje tzw. płeć metaboliczną. Kolejne kryterium – czyli płeć socjalna lub też metrykalna albo prawne oznaczenie płci określane jest tuż po urodzeniu, po przeprowadzonym badaniu zewnętrznych narządów płciowych (Imieliński, 1985). Płeć mózgową determinuje specyfika budowy mózgu i różnice w jego funkcjach wydzielniczych

wśród kobiet i mężczyzn (Imieliński i Dulko, 2001). Ostatnie z wymienionych kryteriów (Dulko i Stankiewicz, 2010) to płeć psychiczna, która determinowana jest przez to, jak jednostka się identyfikuje oraz jak doświadcza swojej płci (Imieliński i Dulko, 2001).

1.1.2. Tożsamość płciowa

Identyfikacja płciowa stanowi bardzo złożone, wielowymiarowe, zjawisko o rozwoju sekwencyjnym (Money, 1984; Janicka i Kwiatkowski, 2016). Obecnie w literaturze przedmiotu opisuje się różne podejścia dotyczące tożsamości płciowej: model poznawczo-rozwojowy, model psychoanalityczny, model teorii uczenia się, model biologiczno-społeczny Moneya i Ehrhardt, model Bem.

Model poznawczo-rozwojowy zakłada kształtowanie się tożsamości płciowej w szerszym kontekście teorii identyfikacji Kohlberga (1966, 1969). Proces formowania się szeroko pojętej tożsamości następuje w czterech etapach. Na pierwszym etapie zachodzi identyfikacja siebie jako istoty ludzkiej. Dwa następne etapy mają istotne znaczenie dla rozwoju tożsamości płciowej jednostki. Drugi etap to rozwój identyfikacji płciowej: jednostka rozwija poczucie przynależności do grupy przedstawicieli własnej płci oraz odrębności w stosunku do przedstawicieli płci przeciwnej. Trzeci etap to budowanie poczucia odrębności jednostki w obrębie grupy tej samej płci. Na ostatnim, czwartym etapie, proces kształtowania się tożsamości dobiega końca: jednostka jest w stanie doświadczać siebie jako jedynej, unikalnej osoby, niezależnie od upływu czasu.

W modelu psychoanalitycznym kształtowanie się identyfikacji z ciałem, a w konsekwencji tworzenie się tożsamości płciowej, zachodzi dzięki mechanizmom identyfikacji i internalizacji. Stoller (1985; Fajkowska-Stanik, 2001) wyróżnia dwa rodzaje identyfikacji z płcią. Pierwszy z nich to tzw. podstawowa identyfikacja płciowa (*coregender identity*), stanowiąca pierwotny element charakteru człowieka: z perspektywy anatomicznej określenie płci jednostki nie podlega zmianie; z perspektywy psychologicznej, jest ono poprawne. Na etapie życia płodowego i wczesnodziecięcego kształtowanie identyfikacji płciowej zdominowane jest przez czynniki biologiczne. W modelu tym bierze się pod uwagę rolę czynników zewnętrznych: na rozwój tożsamości płciowej jednostki ma również wpływ socjalizacja i relacje z rodzicami, szczególnie z matką (Stoller, 1985; Fajkowska-Stanik, 2001).

Społeczny wymiar tożsamości stanowi podstawę w modelu teorii uczenia się. Zgodnie z tym podejściem, w procesie budowania tożsamości istotną rolę odgrywa fakt, że jednostka należy do różnego rodzaju grup. Identyfikacja stanowi rodzaj autodefinicji, która zawiera zestaw cech unikalnych dla danej jednostki. Tożsamość płciowa składa się, w tym modelu, z dwóch elementów: poczucia przynależności do danej grupy płciowej oraz oceny tej przynależności. Jednostka albo akceptuje tę przynależność, albo ją odrzuca.

W modelu biologiczno-społecznym Money'a i Ehrhardt (1982), później rozwiniętym przez Money'a i Lewisa (1983), proces formowania się tożsamości płciowej przedstawiony jest przez pryzmat czynników biologicznych, które wpływają na jej rozwój. Proces ten nie zależy jednak wyłącznie od czynników biologicznych. Według autorów modelu, identyfikację warunkują również etapy poznawania własnego ciała, socjalizacja oraz wzbogacanie systemu „ja" poczuciem bycia kobietą lub mężczyzną.

Model Sandry Bem (1974, 1983), tzw. teoria schematu płci, stanowi połączenie dwóch podejść, teorii społecznego uczenia się i modelu poznawczo-rozwojowego. Według Bem (1983) schemat płci to struktura poznawcza, która organizuje i nadaje kierunek spostrzeganiu człowieka. Schemat ten służy do kształtowania koncepcji „ja" jednostki oraz do różnicowania: ja – inni (Mandal, 2003). Dzięki tego typu schematom możliwe jest wyodrębnienie stereotypów związanych z płcią. W czasie, gdy została opublikowana, teoria ta, a szczególnie twierdzenie, że kobiecość i męskość wzajemnie się nie wykluczają, była uważana za bardzo innowacyjną. Bem twierdziła, że możliwe jest występowanie u jednostki wysokiego nasilenia zarówno cech kobiecych, jak i męskich; takie osoby określała jako androgyniczne. Kontynuację i rozwinięcie teorii Bem stanowi teoria skryptów płciowych (Levy i Fivush, 1993; Mandal, 2003). Skrypty rozumiane są tu jako sekwencje czasowo zorganizowanych czynności. Ich płciowy podtyp to listy zachowań przedstawicieli obu płci.

1.2. Transpłciowość, niebinarność a dysforia płciowa

Transpłciowość jest terminem zbiorczym odnoszonym do osób, które identyfikują się z płcią inną niż ta przypisana im po urodzeniu (Oliven, 1965, za: Bevan, 2015; Coleman i in., 2012; Bevan, 2015; Coleman i in., 2022). *Niebinarność*, podobnie jak transpłciowość, jest pewnym terminem zbiorczym dotyczącym

osób, które doświadczają niezgodności płciowej, a ich identyfikacja wykracza poza binarny podział na kobiety i mężczyzn (Coleman i in., 2012; Kłonkowska i Dynarski, 2016; Coleman i in., 2022). Doświadczana niezgodność płciowa wśród części osób może wywoływać cierpienie związane z niezgodnością ciała i/lub przypisanych ról płciowych z płcią doświadczaną. Tego typu niezgodność nazwana została przez Fiska (1974; Laub i Fisk, 1974) *dysforią płciową*.

Elementem wspólnym w obu przypadkach może być przede wszystkim doświadczanie niezgodności płciowej. W tym kontekście rozumiane są pewne specyficzne dla osób z mniejszości płciowych doświadczenia (Coleman i in., 2012, 2022). Wcześniej na gruncie polskim Imieliński i Dulko (2001) proponowali wpływ tzw. *transpozycji płci* na kształtowanie się doświadczeń osób transpłciowych. Model ten zdaje się być w opozycji do stanowiska i rozumienia doświadczeń osób transpłciowych prezentowanego przez Światowe Stowarzyszenie Specjalistów(-tek) do spraw Zdrowia Osób Transpłciowych (WPATH, World Professional Association for Transgender Health) (Coleman i in., 2012, 2022).

1.3. Transpozycja płci

Według Dulko (2003, s. 7), transpozycja płci to:

> [...] przechodzenie jednej cechy, czy też wielu cech (w okresie rozwoju płodowego człowieka i jego wczesnego rozwoju pourodzeniowego) właściwej „jednej" z płci na „drugą" płeć. I takie „przejście" ma charakter trwały. Fakt „nabycia" tej „obcej" cechy od drugiej płci przez płeć przeciwną znajduje swoje odzwierciedlenie w jej poczuciu tożsamości płciowej i seksualnej, jak też – chociaż nie jest to warunek konieczny – w jego repertuarze zachowań płciowego i seksualnego (na przykład w transwestytyzmie, transgenderyzmie i transseksualizmie) czy też tylko w jednym z tych zachowań (na przykład w biseksualizmie i homoseksualizmie).

Można mówić o transpozycji płci, jeśli przynajmniej jeden z dziesięciu elementów cechujących płeć jest charakterystyczny dla płci innej niż płeć przypisana po urodzeniu (Imieliński i Dulko, 2001; Dulko, 2003). W przypadku transpozycji związanej z płcią psychiczną Imieliński i Dulko (2001) wyróżniają cztery aspekty zachowania z nią związanego (*sic!*): identyfikację płciową, role płciowe, orientację seksualną i różnice płciowe typu poznawczego. Wyróżniają

również cztery typy ról wpływające na występowanie różnic płciowych: role płciowe nie dające się zredukować, role płciowo pochodne, przylegające/pomocnicze role płciowe oraz arbitralne role płciowe (Imieliński i Dulko, 2001).

Role płciowe nie dające się zredukować to, według Imielińskiego i Dulki (2001), role wynikające z właściwości biologiczno-funkcjonalnych. Zróżnicowanie autonomiczno-funkcjonalne jest zdeterminowane hormonalnie, dlatego traktują oni te role płciowe jako ostateczne. Role płciowo pochodne, podobnie jak role płciowe nie dające się zredukować, są zdeterminowane przez właściwości biologiczno-funkcjonalne i hormonalne. Jednak role płciowo pochodne, w przeciwieństwie do ról płciowych nie dających się zredukować, nie są bezpośrednio związane z seksualnością i prokreacją, lecz wiążą się między innymi ze wzrostem, wagą, owłosieniem i tembrem głosu. Role płciowe przylegające/pomocnicze to role powiązane z prokreacją i seksualnością, kształtowane przez uwarunkowania psychospołeczne i kulturowe danej społeczności. Natomiast arbitralne role płciowe są uwarunkowane kulturowo i związane są między innymi z formą wypoczynku, ubiorem i pozycją w społeczeństwie (Imieliński i Dulko, 2001).

1.4. Różnorodność osób transpłciowych i niebinarnych – medyczne typologie a autoidentyfikacja

Badacze z zakresu nauk medycznych od XIX wieku próbują dokonywać pewnych generalizacji dotyczących różnych aspektów funkcjonowania osób transpłciowych i niebinarnych czy też w sposób szerokorozumiany wykraczających poza cis- i heteronormy społeczne (por. Hirschfeld, 1910; Blanchard, 1989a, 1989b; Blanchard i in., 1995; Chivers i Bailey, 2000; Smith i in., 2005). Generalizacje te w dużej mierze nie przetrwały próby czasu z powodu licznych ograniczeń i trudności, jakie napotykali badacze. Medyczne typologie są pewną wypadkową dostępnej wiedzy na temat ludzkiej płciowości i seksualności oraz klimatu społeczno-politycznego panującego w okresie tworzenia danej typologii (i związanych z nim np. uprzedzeń).

Niejednokrotnie także typologie opisane w dalszej części podrozdziału, z aktualnej perspektywy nauki i obyczajowości, zdają się nieadekwatne (np. dotyczą bardzo ograniczonego fragmentu populacji), łączące wiele konstruktów (związanych z płciowością i seksualnością), jak również stygmatyzujące.

Należy je jednak przypomnieć, ponieważ są istotne w badaniach i rozumieniu zjawisk związanych z transpłciowością i niebinarnością, pozwalają dostrzec ewolucję w postawach wobec osób z mniejszości płciowych. Po chronologicznym przedstawieniu dostępnych w literaturze typologii omówiono autoidentyfikacje, tożsamości płciowe, które konstruują i z którymi identyfikują się same osoby transpłciowe i niebinarne.

Ze względu na niejednokrotnie stygmatyzujące nazewnictwo zawarte we wspomnianych typologiach zostały uwzględnione sugestie dotyczące terminologii zaproponowane przez Kłonkowską i Dynarskiego (Dynarski, 2010; Dynarski i Kłonkowska, 2012; Kłonkowska, 2015, za: Kłonkowska i Dynarski, 2016; Kłonkowska i Dynarski, 2016) – jednych z czołowych naukowców zajmujących się transpłciowością i niebinarnością w Polsce. Opisy kategorii w typologiach zostały w dużej mierze pozostawione w postaci pierwotnej (w nielicznych przypadkach szczególnie stygmatyzujące określenia zostały zastąpione tymi, które bliższe są aktualnie akceptowanej normie, jednak nie zmieniają ich treści), tak aby możliwe było prześledzenie ewolucji rozumienia i spostrzegania osób transpłciowych i niebinarnych.

1.4.1. Medyczne typologie zjawisk ze spektrum transpłciowości

1.4.1.1. Typologia Magnusa Hirschfelda (1910, 1914, 1923, 1948)

Magnus Hirschfeld w swoich pracach określał różne zjawiska ze spektrum transpłciowości mianem transwestytyzmu, który to termin nie miał wówczas takiego znaczenia jak obecnie (Hirschfeld, 1910, 1914, 1923, 1948). Ważnym aspektem badań Niemca nad tym, co dziś nazywane jest transpłciowością, było odróżnienie tego zjawiska od homoseksualności. Hirschfeld opisał dziesięć typów transwestytyczności (za: Lukianowicz, 1959): *kompletna* (*complete*), *częściowa* (*partial*), *stała* (*constant*), *okresowa* (*periodical*), *związana z przyjęciem imienia płci przeciwnej* (*transvestite in name*), *narcystyczna* (*narcissistic*), *homoseksualna* (*homosexual*), *biseksualna* (*bisexual*), *metatropiczna* (*metatropic*) i *automonoseksualna* (*automonosexual*).

Transwestytyczność kompletna (*complete*), według Hirschfelda (1923, 1948; Lukianowicz, 1959; Docter, 1988), dotyczy osób o męskiej płci przypisanej po

urodzeniu, które identyfikują się jako kobiety, pragną stałego funkcjonowania w roli kobiecej i dążą do operacyjnej korekty płci. Ten typ, jak wskazuje Richard Docter (1988), odpowiada współczesnej definicji transseksualności. *Transwestytyczność częściowa*, według Hirschfelda (1923, 1948; Lukianowicz, 1959; Docter, 1988), dotyczy osób, które nie dążą do operacyjnej korekty płci. Według Doctera (1988), obecnie są one określane mianem osób transwestytycznych w typie podwójnej roli (zob. WHO, 1992). *Transwestytyczność stała*, według Hirschfelda (1923; Lukianowicz, 1959; Docter, 1988), charakteryzuje osoby o męskiej płci przypisanej po urodzeniu, które dążą do trwałego funkcjonowania w roli kobiecej i nie pragną podjąć się operacyjnej korekty płci. *Transwestytyczność okresowa*, według Hirschfelda (1923, 1948; Lukianowicz, 1959; Docter, 1988), dotyczy osób o męskiej płci przypisanej po urodzeniu, które czasowo przyjmują rolę kobiecą, a w odróżnieniu od *osób transwestytycznych częściowych* w tym wypadku występuje aspekt fetyszyzmu transwestytycznego. *Transwestytyczność związana z przyjmowaniem imienia płci przeciwnej*, według Hirschfelda (1923, 1948; Lukianowicz, 1959; Docter, 1988), charakteryzuje się tym, że te osoby przyjmują imię stereotypowo przypisywane płci innej niż ta przypisana po urodzeniu. *Transwestytyczność narcystyczna*, według Hirschfelda (1923, 1948; Lukianowicz, 1959; Docter, 1988), może wiązać się z wyraźnym rysem osobowości narcystycznej.

Transwestytyczność homoseksualna, opisywana przez Hirschfelda (1922, 1948; Lukianowicz, 1959), dotyczy osób o męskiej płci przypisanej po urodzeniu, które identyfikują się jako kobiety i preferują jako partnerów mężczyzn. Według Doctera (1988), osoby te spełniają kryteria diagnostyczne transseksualizmu. Jednocześnie zwraca on uwagę, że część z takich przypadków dotyczy cispłciowych homoseksualnych mężczyzn podejmujących się cross-dressingu. *Transwestytyczność biseksualna*, według Hirschfelda (1923, 1948; Lukianowicz, 1959; Docter, 1988), charakteryzuje się żeńską identyfikacją płciową oraz orientacją biseksualną wśród osób o męskiej płci przypisanej po urodzeniu. *Transwestytyczność metatropiczna*, według Hirschfelda (1923, 1948; Lukianowicz, 1959; Docter, 1988), dotyczy osób o męskiej płci przypisanej po urodzeniu, które identyfikują się z płcią żeńską, a jako partnerki preferują cispłciowe kobiety o stereotypowo męskiej ekspresji płciowej. *Transwestytyczność automonoseksualna*, według Hirschfelda (Hirschfeld, 1923; 1948; Lukianowicz, 1959; Docter, 1988), charakteryzuje się autoerotycznymi preferencjami jednostki.

1.4.1.2. Typologia Ralpha Pettowa (1912)

Ralph Pettow (1912, za: Lukianowicz, 1959) wyróżnił trzy typy transwestytyczności. Pierwszy typ dotyczy osób o męskiej płci przypisanej po urodzeniu, które ubierają się w stroje stereotypowo kobiece. Kolejny typ dotyczy osób o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu, które przywdziewają męskie stroje. Typ ostatni charakteryzuje się noszeniem ubiorów dziecięcych (Pettow, 1912, za: Nieder i Richter-Appelt, 2011).

To, co obecnie nazywane jest transseksualnością, Pettow (1912 za: Nieder i Richter-Appelt, 2011) określał mianem *umysłowego interseksualizmu* (*mental intersexualism*), w ramach którego wyróżnił dwa typy: *realny/wrodzony umysłowy interseksualizm* (*real, constitutional*) i *nierealny/nabyty umysłowy interseksualizm* (*unreal, psychoreactive*).

Według Pettowa (1912, za: Nieder i Richter-Appelt, 2011), typ pierwszy umysłowego interseksualizmu dotyczy osób, których krzyżowa identyfikacja płciowa jest wrodzona; typ drugi – osób, które identyfikują się z płcią przeciwną z powodu bliżej nieokreślonych zaburzeń psychicznych.

1.4.1.3. Typologia Sandora Ferencziego (1914)

Sandor Ferenczi (1914, za: Nieder i Richter-Appelt, 2011) postrzegał transwestytyczność jako jedną z odmian seksualnej inwersji i dzielił ją na dwa podtypy: obiektywnie homoerotyczny (*Objekthomoerotiker*) i subiektywnie homoerotyczny (*Subjekthomoerotike*).

Typ obiektywnie homoerotyczny miał dotyczyć osób, którym przypisano płeć męską po urodzeniu, o orientacji homoseksualnej (względem płci przypisanej po urodzeniu). Z kolei osoby subiektywnie homoerotyczne to osoby o męskiej płci przypisanej po urodzeniu, które identyfikowały się i zachowywały w sposób stereotypowo przypisywany kobietom (Fernczi, 1914, za: Nieder i Richter-Appelt, 2011).

1.4.1.4. Typologia Havelocka Ellisa (1914, 1928)

Havelock Ellis, w odróżnieniu od innych wczesnych badaczy zjawisk ze spektrum transpłciowości, nie stosował określenia *transwestytyczność*, tylko posługiwał się terminem *inwersja płciowo-estetyczna* (*sexo-ästhetischein inversion*) (Ellis, 1914) lub

później *eonizm* (*eonism*; Ellis, 1928). Wskazał on dwa podtypy tego zjawiska: typ pierwszy dotyczy osób ubierających się w stroje płci przeciwnej wobec płci przypisanej po urodzeniu, typ drugi – identyfikujących się jako osoba płci przeciwnej. Pierwszy typ inwersji płciowo-estetycznej, według Ellisa (1914), dotyczy osób, które tylko ubierają stroje płci przeciwnej. Z kolei drugi typ wiąże się przede wszystkim z tym, że jednostka identyfikuje się z płcią przeciwną wobec płci przypisanej jej po urodzeniu (Ellis, 1914, 1928).

1.4.1.5. Typologia Maximiliana Marcuse'a (1916)

Maximilian Marcuse (1916, za: Nieder i Richter-Appelt, 2011) wyróżniał dwa typy osób identyfikujących się z płcią inną niż ta przypisana po urodzeniu na podstawie tzw. *popędu ku transformacji płci* (*Geschlechtsumwandlungstrieb*): osoby, które pragną operacyjnej korekty płci, oraz osoby, które nie chcą zabiegów operacyjnych.

Według Marcuse'a, osoby dążące do przejścia operacyjnej korekty płci cierpią na antyspołeczne zaburzenia osobowości (konkretnie – na tzw. *constitutional psychopaty*). Jednocześnie podkreślał on, że zabiegi chirurgiczne w ich wypadku są jedynym rozwiązaniem, które umożliwi tym jednostkom funkcjonowanie w zgodzie ze sobą (Marcuse, 1916, za: Nieder i Richter-Appelt, 2011).

1.4.1.6. Typologia Alberta Molla (1921, 1923)

Albert Moll, na podstawie opisanych przez siebie studiów przypadku, wyróżnił cztery typy osób transwestytycznych (Moll, 1921, za: Lukianowicz, 1959; Moll, 1923, za: Lukianowicz, 1959): *heteroseksualne osoby transwestytyczne* (*heterosexual*), *homoseksualne osoby transwestytyczne* (*homosexual*), *niepsychoseksualne osoby transwestytyczne (obsesyjne)* (*non-psychosexual obsessive type*) i *osoby pseudotranswestytyczne* (*pseudo-transvestism*).

Charakterystyka heteroseksualnych i homoseksualnych osób transwestytycznych jest zbieżna z opisem przedstawionym przez Hirschfelda (1910). Z kolei niepsychoseksualne osoby transwestytyczne (obsesyjne) Moll scharakteryzował jako osoby, które przyjmują rolę płci przeciwnej do tej przypisanej im po urodzeniu, nie z powodu tego, że jest to ich sposób realizacji potrzeb seksualnych. W tym wypadku przyczyną ma być obsesyjny charakter zachowań cross-dressingowych i problemy z kontrolą impulsów. Natomiast osoby pseudotranswestytyczne, według Molla, dążą do funkcjonowania w roli płci

przeciwnej do tej przypisanej im po urodzeniu z innych powodów niż identyfikowanie się jako kobieta (Moll, 1921, za: Lukianowicz, 1959; Moll, 1923, za: Lukianowicz, 1959). Taką przyczyną, według Ellisa (1928), może być np. praca zawodowa lub konieczność ukrywania się.

1.4.1.7. Typologia Benno Dukora (1951)

Benno Dukor (1951, za: Lukianowicz, 1959) zaproponował typologię osób transwestytycznych ze względu na orientację seksualną; wyróżnił: *heteroseksualne osoby transwestytyczne* (*heterosexual*), *homoseksualne osoby transwestytyczne* (*homosexual*) i *autoseksualne osoby transwestytyczne* (*autosexual*).

Charakterystyka wymienionych typów jest zbieżna z tymi wyszczególnionymi przez Hirschfelda (1910) czy Molla (1921; za: Lukianowicz, 1959).

1.4.1.8. Typologie Fritza Bättiga (1952)

Fritz Bättig (1952, za: Lukianowicz, 1959) zaproponował typologię transwestytyzmu, biorąc pod uwagę jego wrodzony lub nabyty charakter oraz orientację seksualną jednostki. Ze względu na orientację seksualną wyróżnił następujące typy transwestytyczności: heteroseksualną (*heterosexual*), homoseksualną (*homosexual*), biseksualną (*bisexual*) i autoseksualną (*autosexual*).

Charakterystyka wskazanych typów jest zbieżna z opisami przedstawionymi przez Hirschfelda (1910), Molla (1921) czy Dukora (1951). W drugim podziale Bättig (1952, za: Lukianowicz, 1959) uwzględnił dwa typy: *pozorną transwestytyczność* (*unechter Transvestite*) i *prawdziwą transwestytyczność* (*echter Transvestite*).

Pozorna transwestytyczność, według Bättiga, ma być reakcją psychiczną na różnego rodzaju doświadczenia jednostki. Prawdziwa transwestytyczność charakteryzuje się nieprawidłowościami w zakresie ciała, psychiki oraz popędów. Jednostki będące „prawdziwymi" osobami transwestytycznymi mają dążyć do korekty płci przypisanej po urodzeniu (Bättig, 1952, za: Lukianowicz, 1959).

1.4.1.9. Typologia Alfreda Kinsey'a i współpracowników (1953)

Alfred Kinsey wraz ze współpracownikami (1953) wyróżnił dwa typy transwestytyczności: *transwestytyczność stała* (*permanent transvestism*) i *transwestytyczność częściowa* (*partial transvestism*).

O transwestytyczności stałej można mówić, według twórców tej typologii, w przypadku osób, które pragną funkcjonować w roli płciowej innej niż ta przypisana po urodzeniu. Z kolei w przypadku transwestytyczności częściowej jednostka pragnie czasowo przyjmować rolę płci przeciwnej (Kinsey i in., 1953).

1.4.1.10. Typologia Christiana Hamburgera (1953; Hamburger i in., 1953)

Christian Hamburger wyróżniał dwa typy transwestytyczności: *transwestytyczność jako symptom* (*transvestism as a symptom*) i *transwestytyczność prawdziwą* (*genuine transvestism, psychic hermaphroditism*).

Typ pierwszy dotyczy osób o męskiej płci przypisanej po urodzeniu, u których potrzeba ubierania się w stroje kobiece i przyjmowania roli płci przeciwnej jest symptomem zaburzeń psychicznych. Z kolei *transwestytyczność prawdziwa* charakteryzuje osoby, których płeć przypisana po urodzeniu nie przystaje do tej, z którą się identyfikują (Hamburger, 1953; Hamburger i in., 1953).

1.4.1.11. Typologia transwestytyczności/transseksualności Harry'ego Benjamina (1953; Benjamin i in., 1954)

W pierwszej zaproponowanej przez siebie typologii osób transwestytycznych i transseksualnych Harry Benjamin wyróżnił trzy typy: *psychogenną transwestytyczność* (*psychogenic transvestism*), *pośrednią transwestytyczność* (*intermedia transvestism*) i *somatopsychiczną transseksualność* (*somatopsychic transsexualism*).

Psychogenna transwestytyczność, według Benjamina (1953), charakteryzuje te osoby, których identyfikacja płciowa jest niezgodna z płcią przypisaną po urodzeniu. Jednostki te jednak nie dążą do operacyjnej korekty płci, chcą mieć możliwość funkcjonowania w roli płci, z którą się identyfikują, oraz być jako takie akceptowane. *Pośrednia transwestytyczność*, według Benjamina (1953), różni się tym od wspomnianego wyżej typu, że częściej związana jest z orientacją homoseksualną (względem płci przypisanej po urodzeniu). *Somatopsychiczna transseksualność*, według Benjamina i współpracowników (1954), dotyczy osób przekonanych o tym, że urodziły się w niewłaściwym ciele, niezgodnym z płcią, z którą się identyfikują.

1.4.1.12. Typologia Narcyza Lukianowicza (1959)

Narcyz Lukianowicz (1959) dokonał podziału transwestytyczności ze względu na intensywność jej symptomów: *łagodniejszą formę transwestytyczności* (*milder form of transvestism*) i *bardziej aktywną formę transwestytyczności* (*more active form of transvestism*).

Łagodniejsza forma transwestytyczności, według Lukianowicza (1959), dotyczy osób o męskiej płci przypisanej po urodzeniu, których główną cechą mają być zachowania cross-dressingowe – przejawiające się czy to stałym noszeniem jakiegoś łatwego do ukrycia elementu stereotypowo przypisywanego kobiecej garderobie, czy to okresowym noszeniem stroju kobiecego. Osoby te mają podejmować się cross-dressingu w zaciszu domowym (Lukianowicz, 1959).

Z kolei *bardziej aktywna forma transwestytyczności* ma charakteryzować się (Lukianowicz, 1959) silną potrzebą cross-dressingu, co ma mieć, intensywność obsesji. Z reguły osoba taka używa stereotypowo żeńskiego imienia, czym, według Lukianowicza, ten typ przypomina *transwestytyczność związaną z przyjmowaniem imienia płci przeciwnej*, opisaną przez Hirschfelda. Osoby reprezentujące ten typ nie mają dążyć do operacyjnej korekty płci (Lukianowicz, 1959).

1.4.1.13. Typologia Paula Gebharda i współpracowników (1965)

W swojej typologii, Paul Gebhard i współpracownicy (1965) wyróżnili pięć typów osób, które przyjmują rolę płci przeciwnej: *homoseksualne osoby drag* (*homosexual drag*), *osoby transseksualne* (*transsexuals*), *osoby prawdziwie transwestytyczne* (*true transvestites*) i *osoby podejmujące się cross-dressingu, by ukryć się lub w celu zawodowym* (*cross-dressing for the purposes of disguise or work*).

Homoseksualne osoby drag to homoseksualni mężczyźni ubierający stroje stereotypowo przypisywane kobietom. Z kolei *osoby transseksualne* są osobami o męskiej płci przypisanej po urodzeniu, które identyfikują się z inną płcią i dążą do operacyjnej korekty płci. Natomiast osoby *prawdziwie transwestytyczne* (*true transvestites*) podejmują się cross-dressingu w celu okresowego funkcjonowania w roli płciowej innej niż ta przypisana po urodzeniu. Ostatnia kategoria zawarta w typologii Gebharda i współpracowników to *osoby podejmujące się cross-dressingu by ukryć się lub w celu zawodowym*, które ubierają stroje stereotypowo przypisywane płci innej niż ta przypisana im po urodzeniu; robią to albo by ukryć swoją tożsamość, albo w celu znalezienia pracy (Gebhard i in., 1965).

1.4.1.14. Typologia Harry'ego Benjamina (1966)

Podstawą typologii Harry'ego Benjamina (1966) jest skala jego imienia, pozwalająca na sklasyfikowanie osób transwestytycznych oraz transseksualnych o męskiej płci przypisanej po urodzeniu. Typologia ta obejmuje sześć jednostek: typ I (*pseudotranswestytyczność*), typ II (*transwestytyczność fetyszystyczna*), typ III (*transwestytyczność właściwa*), typ IV (*transseksualność nieoperacyjna*), typ V (*transseksualność o umiarkowanej intensywności*) i typ VI (*transseksualność o wysokiej intensywności*).

Typ I (*pseudotranswestytyczność*) – osoby funkcjonujące na co dzień w roli męskiej, okazjonalnie przyjmujące rolę kobiecą. Według Benjamina, osoby pseudotranswestytyczne mogą być hetero-, homo- lub biseksualne. W trakcie stosunków seksualnych czy masturbacji osoby te fantazjują o byciu w ciele odmiennej płci lub byciu ubranym w strój dla niej typowy. Nie zamierzają podjąć się hormonalnych ani chirurgicznych interwencji afirmujących płeć. Nie widzą również powodu by poddać się psychoterapii, która, według Benjamina, w tym wypadku nie jest konieczna (Benjamin, 1966).

Typ II (*transwestytyczność fetyszystyczna*) – osoby funkcjonujące na co dzień w roli męskiej, czasami noszące ubiór stereotypowo przypisywany kobietom lub noszące część tego ubioru ukrytą pod stereotypowo męskim strojem. Są to, z reguły, osoby heteroseksualne, rzadziej biseksualne. W trakcie masturbacji strój kobiecy traktują jako fetysz. Te preferencje wywołują u nich wyrzuty sumienia, co czasem prowadzi do okresowego zaprzestania cross-dressingu. Osoby te nie zamierzają podjąć się operacyjnej korekty płci. Rzadko podejmują się hormonalnych interwencji afirmujących płeć; jeśli już się na nią zdecydują, ma ona na celu głównie zmniejszenie libido. Jak twierdzi Benjamin, w takich przypadkach psychoterapia może ograniczyć niepożądane zachowania, ale wyłącznie w sprzyjających warunkach. Osoby tego typu mogą imitować (*sic!*) dwie osobowości, męską i żeńską (każda z nich ma inne imię) (Benjamin, 1966).

Typ III (*transwestytyczność właściwa*) – osoby o męskiej płci przypisanej po urodzeniu, które ubierają się w strój stereotypowo przypisywany kobietom, tak często, jak to tylko możliwe. W codziennym życiu mogą funkcjonować w roli kobiecej i tak też być postrzegane. Nosząc stereotypowy ubiór kobiecy, pod spodem mogą mieć elementy ubioru męskiego. Funkcjonując w roli męskiej, odczuwają seksualny pociąg do kobiet; funkcjonując w roli kobiecej, odczuwają pociąg do mężczyzn. Ubieranie się w stroje stereotypowo kobiece stanowi dla

nich źródło satysfakcji seksualnej i przyczynia się do zmniejszenia dyskomfortu wynikającego z nieadekwatności płci. Te praktyki wywołują u nich wyrzuty sumienia, co czasem prowadzi do ich okresowego zaprzestania. Chociaż operacyjna korekta płci dla tych osób wydaje się czasem atrakcyjna, zwykle nie jest brana pod uwagę. Interwencje hormonalne, postrzegane w podobny sposób, traktowane są głównie jako eksperyment, który może pomóc np. w przypadku problemów emocjonalnych. Osoby transwestytyczne właściwe mogą funkcjonować jako dwie osoby (kobieta i mężczyzna); mogą przejawiać skłonności (*sic!*) do transseksualności (Benjamin, 1966).

Typ IV (*transseksualność nieoperacyjna*) – osoby o męskiej płci przypisanej po urodzeniu, które starają się jak najczęściej funkcjonować w roli kobiecej. Nie przyczynia się to jednak do zmniejszenia odczuwanego przez nie dyskomfortu wynikającego z nieadekwatności płci. W życiu codziennym funkcjonują w roli płciowej przypisanej po urodzeniu albo zgodnie z doświadczaną płcią, lub też naprzemiennie. Są to osoby aseksualne lub autoerotyczne, często o niskim libido. Chociaż operacyjna korekta płci wydaje się im atrakcyjna, zwykle nie deklarują chęci podjęcia się jej. Jak twierdzi Benjamin, w przypadku takich osób interwencje hormonalne mają sens wyłącznie w celu redukcji napięcia; psychoterapia może tylko dostarczyć im wsparcia, ale często nie odnosi oczekiwanego efektu i rezygnują z niej (Benjamin, 1966).

Typ V (*prawdziwa transseksualność o umiarkowanej intensywności*) – osoby o męskiej płci przypisanej po urodzeniu, które funkcjonują w kobiecej roli płciowej, co jednak nie przyczynia się do usunięcia odczuwanego przez nie dyskomfortu wynikającego z nieadekwatności płci. Są to często osoby aseksualne, autoerotyczne lub homoseksualne w pasywnej roli (względem płci przypisanej po urodzeniu), o niskim libido. Wiele z tych osób było w związkach małżeńskich i miało dzieci. Zgłaszają chęć podjęcia się operacyjnej korekty płci, co Benjamin uważa w ich przypadku za wskazane. Hormonalne interwencje afirmujące płeć są w wypadku tej grupy stosowane w zastępstwie operacyjnej korekty płci lub jako przygotowanie do niej (Benjamin, 1966).

Typ VI (*prawdziwa transseksualność o wysokiej intensywności*) – osoby żyjące w zgodzie z płcią doświadczaną, które mimo to odczuwają duży dyskomfort związany z budową swojego ciała. Osoby te wybierają jako partnerów cispłciowych i heteroseksualnych mężczyzn, którzy postrzegają je jako cispłciowe kobiety. Niektóre z tych osób były w związkach małżeńskich i miały dzieci. Jako „prawdziwie transseksualne" (*sic!*) osoby te odczuwają znaczną

potrzebę poddania się operacyjnej korekcie płci. Hormonalne interwencje afirmujące płeć doświadczaną stosowane są u nich w celu redukcji napięcia. Osoby takie nienawidzą swoich genitaliów, podejmują próby samobójcze lub samookaleczają się. Jak twierdzi Benjamin, w ich przypadku psychoterapia może zmniejszyć odczuwanie symptomów transseksualności (Benjamin, 1966).

1.4.1.15. Typologia Charlesa Socaridesa (1969)

Charles Socarides wyróżnia pięć typów osób pragnących się podjąć operacyjnej korekty płci: *osoby transwestytyczne*, *osoby homoseksualne*, *osoby neurotyczne*, *osoby cierpiące na schizofrenię* i *osoby interpłciowe*.

Według Socaridesa (1969), *osoby transwestytyczne* mogą chcieć podjąć się operacyjnej korekty płci, aby uprawomocnić swoje funkcjonowanie w roli płciowej innej niż ta przypisana po urodzeniu. *Osoby homoseksualne* mają dążyć do operacyjnej korekty płci, aby uniknąć konsekwencji niepodporządkowywania się społecznym oczekiwaniom dotyczącym przedstawicieli płci, którą przypisano im po urodzeniu. Natomiast *osoby neurotyczne* mają dążyć do podjęcia się operacyjnej korekty płci w sposób świadomy (lub też nie). Ma to wynikać z lęku przed funkcjonowaniem w roli płciowej przypisanej im po urodzeniu. *Osoby cierpiące na schizofrenię* mogą pragnąć operacyjnej korekty płci z powodu swojej „chaotycznej seksualności" (*sic!*), a zabiegi te mają załagodzić głębokie nieuświadomione konflikty intrapsychiczne. Ostatni typ, *osoby interpłciowe*, Socarides charakteryzuje niekoniecznie jako te, które dominują w grupie osób dążących do operacyjnej korekty płci, ale jako te, u których takie zabiegi mogą być wskazane (Socarides, 1969).

1.4.1.16. Typologia Jona K. Meyera (1974)

Jon K. Meyer (1974) zaproponował następującą klasyfikację osób, które wykazują chęć podjęcia się operacyjnej korekty płci: „starzejące się" osoby transwestytyczne (*"older" transvetites*), „młodsze" osoby transwestytyczne (*"younger" transvestites*), osoby masochistyczne i sadystyczne (*masochists and sadists*), osoby schizoidalne (*schizoid*), osoby „polimorficznie perwersyjne" (*"polymorphous perverse"*), osoby eonistyczne (*eonists*), stygmatyzowane osoby homoseksualne (*homosexual*), pacjenci depresyjni (*depressed patient*), osoby w trudnych relacjach z rodzicami (*in angry and guilty relationship with parents*), osoby

z niepełnosprawnością intelektualną (*mentally retarded*), osoby z zaburzeniami psychotycznymi (*psychotics*) i oszuści przebywający w zakładach karnych (*incarcerated felons*).

„Starzejące się" osoby transwestytyczne, według Meyera (1974), z reguły są w średnim wieku, ubieranie strojów stereotypowo przypisywanych kobietom na tym etapie straciło dla nich w dużej mierze swój wymiar seksualny. Autor podkreśla egodystoniczny, kompulsywny charakter podejmowanych zachowań cross-dresingowych. Są to osoby, które od młodzieńczego wieku ubierały się w ukryciu w stereotypowo kobiece stroje, u których okresy gromadzenia i czasowego pozbywania się tych ubiorów stopniowo ulegały wydłużeniu. Zazwyczaj są to osoby preferujące kobiety jako partnerki seksualne i romantyczne, będące w związkach małżeńskich oraz posiadające dzieci. Nierzadko osoby te w przeszłości przyjmowały hormony i podejmowały próby funkcjonowania w roli kobiety. Na operacyjną korektę płci zgłaszają się w celu rozwiązania wewnętrznego konfliktu związanego z tożsamością płciową, cross-dressingiem. Wraz ze zgłaszaną gotowością do podjęcia się operacyjnej korekty płci zgłaszane są też depresja, tendencje samobójcze, stany lękowe i dysocjacyjne. Autor klasyfikacji wierzy, że nie są to osoby, które powinny być dopuszczane do tych zabiegów (Meyer, 1974).

„Młodsze" osoby transwestytyczne charakteryzują się tym, że podejmowane przez nie zachowania cross-dressingowe mają wyraźny wymiar seksualny. Jako partnerów zwykle preferują mężczyzn. Autor uważa, że jednostki z tej kategorii dążą do operacyjnej korekty płci, z jednej strony, by umożliwić wyrażenie swoich pragnień odnośnie przyjmowania roli podległej mężczyznom, z drugiej, by w relacji z nimi uniknąć bycia spostrzeganym jako osoba „perwersyjna" (*sic!*) (Meyer, 1974).

Osoby masochistyczne i sadystyczne, zgodnie z tą typologią, podejmują się cross-dressingu, ale nie ma on charakteru *stricte* fetyszystycznego. Osoby przynależące do tej kategorii z reguły preferują mężczyzn jako partnerów. W tej grupie dominują zachowania masochistyczne, choć zachowania sadystyczne również występują, ale w znacznie mniejszym zakresie. Meyer uważa, że osoby z tej grupy pragną podjąć się operacyjnej korekty płci w celu masochistycznej satysfakcji (Meyer, 1974).

Stygmatyzowane osoby homoseksualne mogą dążyć do podjęcia się operacyjnej korekty płci z dwóch zasadniczych powodów. Pierwszy to brak akceptacji swojej homoseksualnej orientacji – operacja ma uczynić preferencje jednostki

heteroseksualnymi w oczach zarówno społeczeństwa, jak i jej samej. Drugim powodem jest potrzeba uzyskania akceptacji ze strony innych, a zabiegi chirurgiczne również mają na celu zmianę w określeniu orientacji z homo- na heteroseksualną (Meyer, 1974).

Osoby „polimorficznie perwersyjne" mogą przejawiać zachowania i preferencje podobne jak w typach wcześniej opisanych, jednak te nie są stałe, lecz w dużej mierze są uwarunkowane sytuacyjnie. Kolejnym wyróżnikiem tej grupy mają być często występujące cechy psychopatyczne. Meyer twierdzi, że osoby z tej grupy nie powinny podejmować się operacyjnej korekty płci (Meyer, 1974).

Osoby schizoidalne mogą chcieć podjąć się operacyjnej korekty płci w celu realizowania fantazji o zależności oraz unikaniu agresywnego poszukiwania kontaktów społecznych. Dotyczy to zarówno osób, których płeć przypisana po urodzeniu była męska, jak i tych, których płeć określono jako żeńską. W pierwszym przypadku osoby pragną funkcjonować w roli kobiecej by pozyskać opiekę ze strony mężczyzn, w drugiej sytuacji odwrotnie (Meyer, 1974).

Osoby eonistyczne w typologii Meyera odpowiadają osobom transseksualnym. Autor twierdzi, że życiorysy ich niekoniecznie muszą znacząco odbiegać od tych występujących w innych grupach, co jednak jest trudne do stwierdzenia ze względu na podejrzenie, że przed kontaktem ze specjalistami osoby te przygotowują się do wywiadu, czytając odpowiednią literaturę. To, co charakterystyczne dla osób eonistycznych, to trwałe przekonanie o przynależności do płci przeciwnej oraz konsekwentne dążenie do funkcjonowania w zgodnej z nią roli, między innymi poprzez przyjmowanie hormonów oraz zabiegi chirurgiczne. Meyer uważa, że wymiar seksualny nadawany zachowaniom cross-dressingowym w wypadku osób eonistycznych ma charakter krótkotrwały, tak jak ich cis-hetero- i cis-homoseksualne związki (Meyer, 1974).

Pacjenci depresyjni mogą dążyć do operacyjnej korekty płci jako „symbolicznego gestu małego samobójstwa". Zabieg ten, według autora, może czasowo zredukować stany depresyjne i jest postrzegany jako forma autoagresji pacjenta (Meyer, 1974).

Osoby w trudnych relacjach z rodzicami mogą dążyć do operacyjnej korekty płci w myśl przekonania: „Jeśli to jest to, czego ode mnie oczekujecie, to to zrobię", „Zobaczymy, jak wam się będzie podobało" (Meyer, 1974, s. 553).

Meyer prócz opisanych już typów wymienił również: *osoby z niepełnosprawnością intelektualną* (*mentally retarded*), *osoby z zaburzeniami psychotycznymi*

(*psychotics*) oraz *oszustów przebywających w zakładach karnych* (*incarcerated felons*); nie dokonał jednak ich charakterystyki. Warto odnotować, że typologia Meyera jest jedną z nielicznych, w której zostały uwzględnione osoby o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu (m.in. w grupie *stygmatyzowanych osób homoseksualnych „polimorficznie perwersyjnych"*, *schizoidalnych* oraz *eonistycznych*) (Meyer, 1974).

1.4.1.17. Typologia osób doświadczających dysforii płciowej według Donalda Lauba i Normana Fiska (1974; Fisk, 1974)

Laub i Fisk (1974) wyróżniają pięć typów osób, które doświadczają dysforii płciowej: homoseksualnych mężczyzn o niestereotypowej ekspresji płciowej (*effeminate homosexuals*, dosł. zniewieściali homoseksualiści), heteroseksualne transwestytyczne osoby fetyszystyczne (*fetishistic transvestites*), klasyczne osoby transseksualne (*classic transsexuals*), osoby doświadczające psychozy (*persons with psychotic delusions*), skrajni socjopaci i psychopaci (*extreme sociapaths and psychopaths*).

Klasyczne osoby transseksualne, według Lauba i Fiska (1974), od najwcześniejszych lat życia pragną przynależeć do płci innej niż ta przypisana im po urodzeniu, zachowują się jak kobiety i przejawiają cechy stereotypowo kobiece. Preferują kobiecy ubiór oraz pragną pozbyć się męskich genitaliów. Jako partnerów w bliskich związkach preferują mężczyzn. Podczas kontaktów seksualnych nie czerpią satysfakcji ze stymulacji penisa. Ich poczucie przynależności do płci innej niż ta przypisana po urodzeniu nie ma charakteru urojeniowego.

Według Lauba i Fiska (1974), *heteroseksualne transwestytyczne osoby fetyszystyczne* okresowo podejmują zachowania o charakterze cross-dressingowym, które wiążą się z podnieceniem seksualnym. Z reguły są orientacji heteroseksualnej, są żonaci i posiadają dzieci. *Homoseksualni mężczyźni o niestereotypowej ekspresji płciowej* czasami mogą nosić ubrania stereotypowo przypisywane kobietom. *Osoby doświadczające psychozy* mogą odczuwać lęk związany z tym, jak postrzegają swoją tożsamość seksualną (*sic!*). Niekiedy mogą podejmować próby samookaleczania genitaliów. *Skrajni socjopaci i psychopaci* mogą dążyć do samouszkodzeń genitaliów oraz innych części ciała w celu pozyskania „złej sławy" (*sic!*). Jak twierdzą Laub i Fisk (1974), spośród wszystkich omówionych grup tylko *osoby transseksualne* zawsze pragną podjąć się operacyjnej korekty płci.

1.4.1.18. Typologia transseksualności według Ethel Person i Lionela Oveseya (1974a, 1974b)

Person i Ovesey (1974a, 1974b) wyróżniają dwa zasadnicze typy transseksualności: *pierwszorzędową transseksualność* (*primary transsexualism*) i *drugorzędową transseksualność* (*secondary transsexualism*).

Pierwszorzędowa transseksualność dotyczy osób, które od dzieciństwa odczuwały dysforię płciową, a od okresu adolescencji albo wczesnej dorosłości podejmowały się zachowań cross-dressingowych (Person i Ovesey, 1974a). W ramach *drugorzędowej transseksualności* Person i Ovesey (1974b) wyróżniają dwa podtypy. Pierwszy z nich, *transseksualność uprzednio homoseksualna*, dotyczy osób, które przed okresem, gdy identyfikowały się i funkcjonowały w roli płci innej niż ta przypisana po urodzeniu, identyfikowały się jako osoby homoseksualne. Drugi podtyp, *transseksualność uprzednio transwestytyczna*, dotyczy osób, u których w okresie poprzedzającym pojawienie się potrzeby korekty płci dominowały zachowania charakterystyczne dla transwestytyczności, które mogły przyjmować fetyszystyczny charakter.

Według autorów tej typologii (Person i Ovesey, 1974a, 1974b), drugorzędowo transseksualne osoby, zanim zdały sobie sprawę z własnej transpłciowości, z większym sukcesem radziły sobie z doświadczanym poczuciem niezgodności płciowej poprzez wcześniejsze pełnienie roli niecisnormatywnej czy nieheteronormatywnej. Person i Ovesey (1974a) uważają, że wśród osób, którym po urodzeniu przypisano płeć żeńską, może występować tylko *transseksualność drugorzędowa* w podtypie homoseksualnym.

1.4.1.19. Typologia osób podejmujących się zachowań cross-dressingowych Roberta Stollera (1971)

Stoller (1968, 1971) wyróżnia siedem grup osób, które podejmują się zachowań o charakterze cross-dressingowym: *fetyszystyczne osoby podejmujące się cross-dressingu* (*fetishistic cross-dressers*), *osoby transseksualne* (*transsexuals*), *homoseksualne osoby o niestereotypowej ekspresji płciowej sporadycznie podejmujące się zachowań o charakterze cross-dressingu* (*effeminate/masculine homosexual men/women who cross-dress occasionally*, dosł. zniewieściali homoseksualni mężczyźni / męskie homoseksualne kobiety podejmujący(-ce) się sporadycznie cross-dressingu), *osoby latentnie psychotyczne* (*overt, borderline, latent pychotics*),

cross-dressing rozwojowo-sytuacyjny (*casual cross-dressering*), *grupa mieszana* (*mixedgroup*) i *osoby, których cross-dressing jest „uwarunkowany biologicznie"* ("*biologically induced" cross-dressing*).

Fetyszystyczne osoby podejmujące się cross-dressingu, według Stollera (1971), ubierają elementy stroju stereotypowo przypisywanego kobietom w celu osiągnięcia satysfakcji seksualnej. Autor wyróżnia tutaj dwa typy: pierwszy, w którym osoby w ciągu swojego życia preferują jeden konkretny element stroju; drugi, w którym stopniowo zaczynają nosić co raz więcej elementów ubioru kobiecego, do momentu, aż komponent fetyszystyczny zaczyna ustępować miejsca pozaseksualnej satysfakcji z pełnienia roli kobiecej. Stoller (1971) uważa, że *fetyszystycznymi osobami podejmującymi się cross-dressingu* są głównie heteroseksualni mężczyźni, ale nie wyłącznie. Stoller (1968, 1971) wyróżnia również podtyp *uprzednio fetyszystycznych osób podejmujących się cross-dressingu* – to osoby, u których komponent fetyszystyczny z czasem zanikł, a cross-dressing wiąże się wyłącznie z potrzebą realizowania się w roli kobiecej.

U *osób transseksualnych,* w odróżnieniu od *fetyszystycznych osób podejmujących się cross-dressingu* i *uprzednio fetyszystycznych osób podejmujących się cross-dressingu,* cross-dressing nie ma charakteru fetyszystycznego (na żadnym etapie życia). Od dzieciństwa przejawiają żeńską tożsamość płciową i nie występuje u nich okresowa jej zmiana, odczuwają obrzydzenie w stosunku do swoich genitaliów, a jako partnerów preferują mężczyzn (Stoller, 1968, 1971).

Homoseksualne osoby o niestereotypowej ekspresji płciowej sporadycznie podejmujące się zachowań o charakterze cross-dressingu Stollera (1968, 1971) bardzo rzadko podejmują się cross-dressingu o wyraźnym charakterze fetyszystycznym. Autor typologii uważa (Stoller, 1968, 1971), że osoby te nie są kobiece, ale zniewieściałe (*sic!*) (ale męskie w wypadku osób o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu), co według niego ma *charakter performance'u*, a nie trwałej ekspresji płciowej.

Osoby latentnie psychotyczne to te doświadczające urojeń dotyczących zmiany płci i/lub omamów związanych z niezwykłymi doświadczeniami czuciowymi, wzrokowymi, słuchowymi dotyczącymi płciowości jednostki (Stoller, 1968, 1971). *Osoby, których cross-dressing jest uwarunkowany biologicznie* w tej typologii (Stoller, 1968, 1971) to osoby interpłciowe, które podejmują się zachowań cross-dressingowych o charakterze niefetyszystycznym.

C*ross-dressing rozwojowo-sytuacyjny* dotyczy, z jednej strony dzieci, które ubierają się w stroje stereotypowo przypisywane płci innej niż ich płeć

przypisana po urodzeniu (a zachowanie to ma charakter rozwojowy), z drugiej strony dorosłych, którzy się przebierają, np. w trakcie karnawału (Stoller, 1968, 1971). Do *grupy mieszanej*, według Stollera (1968, 1971), należą wszystkie te osoby, które posiadają cechy, więcej niż jednej ze wspomnianych grup.

1.4.1.20. Typologia transseksualnych kobiet Petera Bentlera (1976)

Na podstawie przeprowadzonych przez siebie badań Peter Bentler (1976) podzielił transseksualne kobiety na: *homoseksualne osoby transseksualne* (*homosexual transsexuals*), *aseksualne osoby transseksualne* (*asexual transsexuals*) i *heteroseksualne osoby transseksualne* (*heterosexual transsexuals*).

Homoseksualne osoby transseksualne, według Bentlera (1976), przed podjętą korektą identyfikowały się jako homoseksualni mężczyźni. Badania przeprowadzone przez autora klasyfikacji, wykazały, że najważniejszym powodem podjęcia się operacyjnej korekty płci jest zdolność do odbywania stosunku pochwowego z mężczyznami. Stosunkowo najmniej istotnym powodem podjęcia się operacji dla badanych z tej grupy jest unikanie stereotypowo męskich wymogów i oczekiwań społecznych. Bentler (1976) podkreśla, że grupa ta odpowiada *homoseksualnym mężczyznom o niestereotypowej ekspresji płciowej* Lauba i Fiska (1974; Fisk, 1974) i *stygmatyzowanym osobom homoseksualnym* Meyera (1974).

Aseksualne osoby transseksualne przed podjętą korektą częściej identyfikowały się jako heteroseksualni mężczyźni (Bentler, 1976). Najważniejszym powodem podjęcia się operacyjnej korekty płci dla jednostek z tej grupy jest „eliminacja męskiego ja poprzez amputację penisa" (Bentler, 1976, s. 573). Autor klasyfikacji zwrócił uwagę na podobieństwo tej grupy do opisanych przez Meyera (1974) *osób eonistycznych.*

Heteroseksualne osoby transseksualne, według Bentlera (1976), przed korektą identyfikowały się jako heteroseksualni mężczyźni, z reguły też zawierały związki małżeńskie z kobietami. Najmniej istotnymi powodami podjęcia się operacyjnej korekty płci dla jednostek z tej grupy jest pragnienie podejmowania się zachowań seksualnych zgodnych z rolą płciową, z którą się identyfikują, oraz amputacja penisa jako forma eliminacji męskiego „ja" (Bentler, 1976). Bentler podkreśla podobieństwo tej kategorii do *„starzejących się" osób transwestytycznych* Meyera (1974) oraz *heteroseksualnych transwestytów fetyszystycznych* Lauba i Fiska (1974; Fisk 1974).

1.4.1.21. Typologia Ethel Person i Lionela Ovesey'a (1978, 1984)

Person i Ovesey wyróżniają cztery typy osób transpłciowych (Person i Ovesey, 1978): *osoba transwestytyczna zwyczajna* (*ordinary transvestite*), *homoseksualna osoba podejmująca się cross-dressingu* (*homosexual cross-dresser*), *osoba transseksualna* i *„transwestyci, którzy noszą kobiece ubrania nie z pobudek fetyszystycznych, lecz po to by uwolnić się od lęku związanego z tożsamością oraz rolą płciową"* (Person i Ovesey, 1978, s. 301).

Typ pierwszy, według Person i Ovesey'a (1978, 1984), *osoba transwestytyczna zwyczajna*, dotyczy osób, które w celu osiągnięcia satysfakcji seksualnej przyjmują czasowo rolę płci innej niż ta przypisana po urodzeniu. Typ drugi, *homoseksualne osoby podejmujące się cross-dressingu,* to ci spośród homoseksualnych mężczyzn, którzy przyjmują rolę płci innej niż ta przypisana im po urodzeniu. Badacze podkreślają, że jest to zjawisko odmienne od tego, które określa się mianem *drag queen* i nie jest zależne od trendów, kultury LGBTQIA; jest wyrazem indywidualnej potrzeby czasowego przyjmowania roli płci innej niż ta przypisana po urodzeniu, bez wyraźnego związku z tzw. fetyszyzmem transwestytycznym. Typ trzeci, *osoba transseksualna – transsexual*, dotyczy osób, których tożsamość płciowa jest niezgodna z płcią przypisaną po urodzeniu. Ta niezgodność z kolei ma wiązać się z na tyle dotkliwą dysforią płciową, że osoba dąży do podjęcia się hormonalnych interwencji afirmujących płeć, jak również prawnej oraz operacyjnej korekty płci (Person i Ovese, 1978, 1984). Typ czwarty dotyczy osób, które przyjmują rolę płci innej od tej przypisanej po urodzeniu, żeby zredukować napięcie związane ze swoją tożsamością i rolą płciową (Person i Ovesey, 1978).

1.4.1.22. Typologia Virginii Prince (1978)

Virginia Prince, jedna z pierwszych aktywistek na rzecz osób z mniejszości płciowych (King i Ekins, 2000), zaproponowała typologię transseksualności, w której podział został dokonany ze względu na charakter motywacji jednostki do podjęcia się operacyjnej korekty płci (Prince, 1978). Prince (1978) wyróżniła dwa typy osób: *osoby transseksualne* (*transsexuals*) i *osoby pseudotransseksualne (pseudotranssexuals*).

Osoby transseksualne, według Prince (1978), pragną podjąć się operacyjnej korekty płci, aby dostosować genitalia do preferowanej roli seksualnej. Natomiast *osoby pseudotransseksualne* dążą do operacyjnej korekty płci aby

dostosować swoje ciało do doświadczanej płci. Prince twierdzi, że w ich wypadku nie ma potrzeby podejmowania się takich zabiegów (Prince, 1978).

1.4.1.23. Typologia Neila Buhricha i Neila McConaghy'ego (1977, 1977a, 1977b, 1978, 1979)

Neil Buhrich i Neil McConaghy (1977, 1977a, 1977b, 1978, 1979) zaproponowali typologię, w której wyróżniają cztery typy osób transpłciowych: *„nuklearne" niefetyszystyczne osoby transseksualne* (*"nuclear" transsexuals*), *fetyszystyczne osoby transseksualne* (*fetishistic transsexuals*), *osoby „marginalnie" transwestytyczne* (*"marginal" transvestites*), i *„nuklearne" osoby transwestytyczne* (*"nuclear" transvestites*).

„Nuklearne" niefetyszystyczne osoby transseksualne, według Buhricha i McConaghy'ego (1977a, 1977b, 1978), to osoby, których identyfikacja płciowa nie jest zgodna z płcią przypisaną po urodzeniu, a przyjmowanie roli płci innej niż ta przypisana po urodzeniu nie ma u nich charakteru fetyszystycznego w żadnym okresie życia. *Fetyszystyczne osoby transseksualne* w porównaniu do poprzedniego typu są starsze, biseksualne i częściej wchodzą w związki małżeńskie (Buhrich i McConaghy, 1979).

Osoby „marginalnie" transwestytyczne charakteryzują się tym, że okresowo przyjmują rolę płci innej niż przypisana im po urodzeniu, a także często dążą do podjęcia się hormonalnych i chirurgicznych interwencji afirmujących płeć doświadczaną (Buhrich i McConaghy, 1977a, 1977b, 1979).

„Nuklearne" osoby transwestytyczne, w odróżnieniu od *osób marginalnie transwestytycznych*, nie pragną podjąć się ani hormonalnych interwencji afirmujących doświadczaną płeć ani operacyjnej korekty płci (Buhrich i McConaghy, 1977a, 1977b). Według badaczy, osoby te mają tożsamość płciową mniej stereotypowo kobiecą (*sic!*) niż *osoby marginalnie transwestytyczne* oraz częściej są orientacji heteroseksualnej (względem płci przypisanej po urodzeniu) niż *osoby marginalnie transwestytyczne* (Buhrich i McConaghy, 1979).

1.4.1.24. Typologia Kurta Freunda i współpracowników (1982)

Freund i współpracownicy (1982) na podstawie przeprowadzonych badań wyróżnili cztery typy osób transpłciowych: *osoby transseksualne typu a* (*transsexuals type a*), *osoby transseksualne typu b* (*transsexuals type b*), *graniczne osoby transseksualne* (*borderline transsexuals*) i *osoby transwestytyczne* (*transvestites*).

Osoby transseksualne typu a, w typologii Freunda i współpracowników (1982), charakteryzują się trwałą identyfikacją jako kobiety. Jako partnerów seksualnych preferują kobiety, a myśl o sobie w roli kobiecej wiąże się u nich z podnieceniem. *Osoby transseksualne typu b* również charakteryzują się trwałą identyfikacją jako kobiety, jednak przeciwieństwie do *osób transseksualnych typu a* jako partnerów seksualnych preferują mężczyzn, a myśl o sobie w roli kobiecej nie wiąże się u nich z podnieceniem (Freund i in., 1982).

Według Freunda i współpracowników (1982), *graniczne osoby transseksualne* charakteryzują się mniej trwałą identyfikacją jako kobiety niż *osoby transseksualne typu a i b,* jednak trwalszą niż w wypadku *osób transwestytycznych.* Jako partnerów seksualnych preferują kobiety, a myśl o sobie w roli kobiecej wiąże się u nich z podnieceniem. Natomiast *osoby transwestytyczne* to osoby, których identyfikacja z płcią inną niż ta przypisana po urodzeniu ma charakter epizodyczny. Jako partnerów seksualnych preferują kobiety, a myśl o sobie w roli kobiecej wiąże się u nich z podnieceniem (Freund i in., 1982).

1.4.1.25. Typologia Johna Bancrofta (1983)

John Bancroft (1983) wyróżnia cztery typy osób, które podejmują się cross-dressingu: *fetyszystyczne osoby transwestytyczne* (*fetishistic transvestites*), *osoby transseksualne* (*transsexuals*), *osoby transwestytyczne podwójnej roli* (*double-role transvestites*) i *homoseksualne osoby transwestytyczne* (*homosexual transvestites*).

Fetyszystyczne osoby transwestytyczne są to osoby, których fetyszem jest stereotypowo kobiecy ubiór, ubierany w celu osiągnięcia satysfakcji seksualnej. *Osoby transseksualne* podejmują się cross-dressingu jako formy ekspresji płci doświadczanej. Natomiast o*soby transwestytyczne podwójnej roli* podejmują się cross-dressingu, żeby czasowo przyjmować rolę płci innej niż ta przypisana po urodzeniu. *Homoseksualne osoby transwestytyczne* są to osoby o homoseksualnej orientacji seksualnej, które podejmują się cross-dressingu niekoniecznie z powodów seksualnych (Bancroft, 1983).

1.4.1.26. Typologia Raya Blancharda (1989a, 1989b)

Ray Blanchard (1989a, 1989b; Blanchard i in., 1995) dzieli osoby transseksualne o męskiej płci przypisanej po urodzeniu na: *androfiliczne (homoseksualne)* i *autogynefiliczne (niehomoseksualne, transwestytyczne).*

Według Blancharda (1985, 1989b), u *androfilicznych (homoseksualnych) osób transseksualnych* już od wczesnego dzieciństwa można zaobserwować wyraźne cechy stereotypowo przypisywane dziewczętom, a także unikanie aktywności przypisywanych stereotypowo chłopcom. Jeszcze przed rozpoczęciem dojrzewania zaczynają się one ubierać w stroje stereotypowo przypisywane kobietom (do czego też mogą być zachęcane przez innych). Nie wiąże się to z realizacją potrzeb seksualnych, lecz z potrzebą funkcjonowania w zgodzie z doświadczaną płcią. Blanchard (1989) podkreśla, że osoby te odczuwają praktycznie wyłącznie pociąg seksualny do mężczyzn, jednak związki z nimi, w których funkcjonują w męskiej roli, są dla nich niesatysfakcjonujące z powodu ich kobiecej tożsamości płciowej. Tranzycji podejmują się w późnej adolescencji lub wczesnej dorosłości.

Dla *autogynefilicznych (niehomoseksualnych, transwestytycznych) osób transseksualnych*, według Blancharda (1985, 1988, 1989a), charakterystyczne jest fantazjowanie na temat siebie w kobiecej postaci. W okresie dziecięcym osoby te spostrzegane są jako stereotypowo męskie. Przed rozpoczęciem dojrzewania ubieranie przez nie strojów stereotypowo przypisywanym kobietom nie wiąże się z odczuwaniem podniecenia seksualnego – przeciwnie do okresu dojrzewania i lat późniejszych, kiedy to zachowania te stają się praktycznie jedynym źródłem podniecenia seksualnego. Według Blancharda (1989) większość autogyenfilicznych osób transseksualnych jest heteroseksualna (względem płci przypisanej po urodzeniu). Z powodu częstego braku akceptacji swojej transpłciowości osoby te podejmują się tranzycji między 30. a 40. rokiem życia, później niż androfiliczne osoby transseksualne (Blanchard, 1994).

1.4.1.27. Typologia cross-dressingu Richarda Doctera (1988)

Docter (1988) podzielił osoby podejmujące się zachowań cross-dressingowych ze względu na orientację hetero- i homoseksualną. Osoby heteroseksualne, według Doctera (1988), podejmują się różnych zachowań cross-dresingowych: *fetyszystyczność* (*fetishism*), *fetyszystyczna transwestytyczność* (*fetishistic transvestism*), *marginalna transwestytyczność* (*marginal transvestism*), *transpłciowość* (*transgenderism*) i *drugorzędowa transseksualność w podtypie transwestytycznym* (*secondary transsexualism [transvestite variation]*).

Docter (1988) opisuje *fetyszystyczność* jako zjawisko polegające na ubieraniu pojedynczych elementów ubioru kobiecego w celu osiągnięcia satysfakcji

seksualnej. *Fetyszystyczna transwestytyczność*, według Doctera (1988), różni się od fetyszystyczności przede wszystkim tym, że zjawisko to polega na przyjmowaniu roli kobiecej (w tym ubieraniu się w stereotypowo żeńskie ubiory) w celu osiągnięcia seksualnej gratyfikacji, w przeciwieństwie do noszenia pojedynczych elementów ubioru. Osoby, których zachowania można zakwalifikować jako fetyszyzm transwestytyczny, charakteryzują się egosyntoniczną tożsamością cross-dressingową, z reguły od okresu wczesnej adolescencji reagują pobudzeniem seksualnym podczas zachowań cross-dressingowych (są one okresowe; z wiekiem zdolność do bycia postrzeganym jako kobieta staje się co raz ważniejsza) (Docter, 1988). Większość z nich jest heteroseksualna (orientacja określona względem płci przypisanej po urodzeniu); są w związkach małżeńskich, rzadko pragną podjąć się hormonalnych interwencji afirmujących płeć, nie dążą do interwencji chirurgicznych. Docter wskazał (1988), że typ ten odpowiada typowi II i III Benjamina (1966) oraz „nuklearnym" osobom transwestytycznym (*nuclear transvestites*) Buhricha i McConaghy (1977a; 1977b, 1979).

Marginalna transwestytyczność charakteryzuje się, tak jak fetyszyzm transwestytyczny, wczesną historią zachowań cross-dressingowych o charakterze seksualnym (które są okresowe). Osoby należące do tego typu rzadziej są osobami heteroseksualnymi (częściej bi- lub homoseksualnymi), trwale odczuwają dysforię płciową, dążą do podjęcia się hormonalnych interwencji afirmujących płeć, a czasem także operacyjnej korekty płci (Docter 1988). Według Doctera (1988), typ ten odpowiada transwestytyzmowi latentnie transseksualnemu Benjamina (1966) oraz marginalnemu transwestytyzmowi Buhricha i McConaghy (1977a; 1977b, 1979).

Transpłciowość Docter definiuje tu jako zjawisko, które jest formą pośrednią pomiędzy transwestytyzmem a transseksualizmem. Do tego typu należą osoby, które żyją w roli, z którą się identyfikują (ale występują u nich okresy, gdy funkcjonują jako przedstawiciele płci przypisanej im po urodzeniu), krótkotrwale podejmują się hormonalnych interwencji afirmujących płeć, ale nie dążą do operacyjnej korekty płci (Docter, 1988). Według Doctera (1988), typ ten ma odpowiadać typowi IV według Benjamina (1966).

Drugorzędowa transseksualność w podtypie transwestytycznym (*secondary transsexualism* [*transvestite variation*]), zdaniem autora, charakteryzuje się mniejszą integracją ego niż osoby transwestytyczne (mają też posiadać cechy osobowości narcystycznej oraz borderline) oraz występowaniem podniecenia

seksualnego podczas cross-dressingu. Docter podkreśla, że dysforia płciowa nie występuje przez całe życie, pojawia się dopiero na pewnym etapie i intensyfikuje (ma ona być też wzmacniana stresorami życiowymi). Osoby należące do tego typu funkcjonują w roli, z którą się identyfikują (inną niż ta przypisana im po urodzeniu). Po okresie funkcjonowania jako osoby transwestytyczne, dążą do podjęcia się operacyjnej korekty płci (Docter, 1988).

Osoby homoseksualne, według Doctera (1988), podejmują się różnych zachowań cross-dresingowych: *drag queen* (*drag queens*), *mężczyźni podający się za kobiety* (*female impersonators*), *drugorzędowa transseksualność w podtypie homoseksualnym* (*secondary transsexualism homosexual type*), *pierwszorzędowa transseksualność* (*primary transsexualism*).

Drag queen Docter definiuje jako zjawisko dotyczące „[...] mężczyzn cross-dresserów, którzy funkcjonują jako prostytutki. [...] Wielu z tych mężczyzn ma transseksualne zainteresowania, ale brak im zarówno zasobów jak i motywacji by podjąć się transseksualnej korekty" (Docter, 1988, s. 34). Wśród *drag queen* Docter wyróżnia jeszcze *she-male* (*sic!*) (obecnie określenie to uważane jest za bardzo obraźliwe, oraz używane głównie w branży pornograficznej), które wyróżniają się:

> [...] ostentacyjnym żeńskim ubiorem, makijażem oraz fryzurą, przy jednoczesnym sygnalizowaniu bezsprzecznie męskiego ciała pod kostiumem. Najczęstszą motywacją tego jest prostytuowanie się z mężczyznami. Niezwykły i dramatyczny/teatralny wygląd ma ułatwiać reklamowanie się potencjalnym partnerom oraz zwiększać własne poczucie atrakcyjności (Docter, 1988, s. 35).

Mężczyźni podający się za kobiety to osoby o męskiej płci przypisanej po urodzeniu, które w większości są homoseksualne (względem płci przypisanej po urodzeniu), traktują cross-dressing jako sposób zarobkowania lub funkcjonują w żeńskiej roli płciowej na co dzień (Docter, 1988).

Drugorzędowa transseksualność w podtypie homoseksualnym (*secondary transsexualism homosexual type*), według Doctera (1988), charakteryzuje się z reguły homoseksualną orientacją (określoną względem płci przypisanej po urodzeniu), brakiem trwającej całe życie dysforii płciowej, brakiem wymiaru seksualnego podejmowanych zachowań cross-dressingowych. Osoby należące do tej grupy funkcjonują w roli, z którą się identyfikują (inną niż ta wynikająca z płci przypisanej im po urodzeniu). Pragną podjąć się operacyjnej korekty płci po istotnej

zmianie w ich życiu lub na skutek stresu. Docter (1988) podkreśla, że jednostki te mają wyraźne cechy osobowości narcystycznej lub borderline. *Pierwszorzędowy transseksualizm* charakteryzuje się intensywną dysforią płciową doświadczaną przez całe życie oraz brakiem podniecenia seksualnego, które występowałoby w związku z cross-dressingiem. Duża część osób należących do tej grupy to osoby homoseksualne (względem płci przypisanej po urodzeniu) (Docter, 1988).

1.4.1.28. Typologia Meredith Chivers i Michaela Bailey'a (2000)

Meredith Chivers i John Bailey (2000) dokonali podziału transseksualnych mężczyzn ze względu na orientację seksualną (względem ich płci przypisanej po urodzeniu) na: *niehomoseksualnych transseksualnych mężczyzn* (*nonhomosexual female to male transsexuals*, dosł. niehomoseksualne osoby transseksualne typu K/M) i *homoseksualnych transseksualnych mężczyzn* (*homosexual female to male transsexuals*, dosł. homoseksualne osoby transseksualne typu K/M).

Homoseksualni transseksualni mężczyźni, według Chivers i Bailey (2000), przejawiają w dzieciństwie wysoki poziom nienormatywności płciowej, mają znaczną potrzebę podjęcia się falloplastyki, doświadczają zazdrości seksualnej intensywniej niż zazdrości emocjonalnej. Z kolei *niehomoseksualni transseksualni mężczyźn*: przejawiają niższy poziom płciowej nienormatywności w dzieciństwie, odczuwają mniej intensywne pragnienie podjęcia się falloplastyki, są mniej asertywni w kwestiach seksualnych niż homoseksualni transseksualni mężczyźni i w odróżnieniu od nich doświadczają intensywniej zazdrości emocjonalnej (Chivers i Bailey, 2000).

1.4.1.29. Typologia Yolandy Smith i współpracowników (2005)

Yolanda Smith wraz ze współpracownikami (2005) wyróżniają dwa typy osób transseksualnych ze względu na orientację seksualną (względem ich płci przypisanej po urodzeniu): *homoseksualne osoby transseksualne* (*homosexual transsexuals*) i *niehomoseksualne osoby transseksualne* (*nonhomosexual transsexuals*).

Homoseksualne osoby transseksualne, według Smith i współpracowników (2005), doświadczają wyższego poziomu płciowego nonkonformizmu w dzieciństwie, rzadziej doświadczają satysfakcji seksualnej związanej z cross-dressingiem, przejawiają bardziej normatywną ekspresję płciową w dorosłości i doświadczają mniej trudności psychicznych w dorosłości niż

niehomoseksualne osoby transseksualne (*nonhomosexual transsexuals*). Homoseksualne transseksualne kobiety wcześniej dążą do operacyjnej korekty płci niż niehomoseksualne – podobnej zależności w wypadku transseksualnych mężczyzn w badaniu nie zaobserwowano (Smith i in., 2005).

1.4.2. Niecisnormatywne tożsamości płciowe

W przeszłości, kiedy medykalizacja transpłciowości była szczególnie duża, tj. od końca XIX wieku do końca XX wieku, medyczne typologie i kategorie zdawały się mieć znaczny wpływ na to, jak osoba doświadczająca niezgodności i dysforii płciowej mogła się identyfikować (wyjątkiem w tym wypadku zdają się osoby przynależące do trzeciej płci) (Ekins i King, 2010; Hines i Sanger, 2010). Z czasem – wraz z zachodzącymi zmianami społeczno-kulturowymi i wzrostem emancypacji osób z mniejszości płciowych – zaczęto różnicować sposoby identyfikacji (w tym też w jawny sposób wykraczać poza binarny podział na płeć żeńską i męską), podkreślając różnorodność w zakresie doświadczania płci (Ekins i King, 2010; Hines i Sanger, 2010).

Tożsamości płciowe w wypadku osób transpłciowych i niebinarnych można podzielić na dwie zasadnicze grupy – uwzględniając to, czy są one podporządkowane cispłciowym normom dotyczącym płci, np. czy mieszczą się w ramach binarnego podziału na kobiety i mężczyzn. Zgodnie z tym kryterium, tożsamości te można podzielić na binarne i niebinarne. Jak już wspomniano, binarne tożsamości płciowe mieszczą się w ramach binarnego podziału na płeć żeńską i męską – czyli np. transpłciowa kobieta (transkobieta) (osoba, której przypisano po urodzeniu płeć męską, identyfikująca się jako kobieta), transpłciowy mężczyzna (transmężczyzna) (osoba o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu, identyfikująca się jako mężczyzna), kobieta lub mężczyzna z transpłciową/transseksualną przeszłością (Dynarski, 2010; Dynarski i Kłonkowska, 2012; Kłonkowska, 2015, za: Kłonkowska i Dynarski, 2016; Kłonkowska i Dynarski, 2016).

Niebinarne tożsamości natomiast to te, które wymykają się binarnej kategoryzacji na kobiety i mężczyzn. W niniejszym zestawieniu położony zostanie nacisk na niebinarne tożsamości najczęściej wskazywane w literaturze, takie jak: bigender, trigender, agender i genderfluid/genderqueer, pangender/omnigender, xenogender, a także różne formy trzeciej płci (Barjaktarović, 1966; Grémaux, 1996; Feinberg, 1999; Medicine, 2002; Reddy, 2005; Dynarski, 2010;

Ekins i King, 2010; Winter, 2010; Vargo, 2011; Dynarski i Kłonkowska, 2012; D'Amora, 2013; Cronn-Mills, 2015; Kłonkowska 2015, za: Kłonkowska i Dynarski, 2016; Kłonkowska i Dynarski, 2016; Ginicola i in., 2017), aczkolwiek nie jest to wyczerpująca lista.

Osoby agender nie utożsamiają się z żadną kategorią płciową (Dynarski, 2010; Vargo, 2011; Dynarski i Kłonkowska, 2012, 2016; Richards i in., 2016; Knudson i in., 2020). Osoby bigenderowe identyfikują się z dwiema kategoriami płci (Dynarski, 2010; Dynarski i Kłonkowska, 2012; Ramachandran, 2012; Kłonkowska i Dynarski, 2016; Richards i in., 2016; Knudson i in., 2020), a osoby trigender – z trzema (Feinberg, 1999). Osoby określające się jako genderfluid/genderqueer mogą zachowywać pewną płynność w tożsamości, z jaką się identyfikują; zmienność ta może być uwarunkowana sytuacyjnie lub też wyrażać się w różnej proporcji poszczególnych elementów składowych ról i ekspresji płciowych (np. stereotypowo przypisywanych kobietom i mężczyznom) (Winter, 2010; Cronn-Mills, 2015; Richards i in., 2016; Richards, 2018). Pangender/omnigender jest tożsamością płciową osób identyfikujących się z wieloma lub wszystkimi tożsamościami/kategoriami płciowymi (Ginicola i in., 2017). Tożsamość osób ksenogender (LGBTQIA+Wiki, 2014; Ashbrook, 2017) wiąże się z identyfikacją z kategoriami wykraczającymi poza binarny podział płci czy też klasyczne rozumienie płci; jednostka może identyfikować się w symbolicznie np. z roślinami, zwierzętami albo innymi obiektami. W kontekście niebinarności trzeba wspomnieć o tzw. trzeciej płci, której liczne formy występują w różnych rejonach świata, między innymi południowo-wschodniej Azji (*hijra*, *aravani*, *aruvani*, *jogappa, kathoey*) (Reddy, 2005), Ameryce Środkowej (*muxe*), Ameryce Północnej (*winkte*, *two-spirit*, *berdache*) (Medicine, 2002), Polinezji (*faʻafafine*) (Besnier, 1996) czy południowej Europie (dziewice *kanunu – burrnesh*, *tobelija*, *feminiello*) (Grémaux, 1996; Barjaktarović, 1966; D'Amora, 2013).

1.5. Jednostki nozologiczne związane ze zjawiskami ze spektrum transpłciowości wśród osób dorosłych

W badaniach nad transpłciowością z perspektywy medyczno-psychologicznej najdokładniej zostały opisane zjawiska transseksualności i transwestytyczności (Krafft-Ebbing, 1895; Hirschfeldt, 1921, 1923; Cauldwell, 1949 za: Benjamin, 1966; Benjamin, 1966; Blanchard, 1989; Imieliński i Dulko, 2001); te badania

mają również najdłuższą metrykę. W powszechnie przyjętych klasyfikacjach zaburzeń i chorób, czyli klasyfikacji według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA – American Psychiatric Association), publikowanej jako *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM* (*Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych – DSM*), oraz Światowej Organizacji Zdrowia (WHO – World Health Organization), publikowanej jako *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD* (*Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD*) – jednostki diagnostyczne związane ze spektrum zjawisk transpłciowości zostały uwzględnione relatywnie późno (Kłonkowska, 2017). W przypadku klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dokonano tego przy okazji drugiego jej wydania, z 1968 roku, gdzie wpisano transwestytyzm, a w wersji trzeciej, z 1980 roku, został dodany transseksualizm (Kłonkowska, 2017). Z kolei w przypadku Światowej Organizacji Zdrowia i jej klasyfikacji transwestytyzm pojawił się w jej szóstej odsłonie, w 1965 roku, a trans-seksualizm (*sic!*) w wersji dziewiątej (ICD-9) (Drescher, 2013, za: Kłonkowska, 2017).

W klasyfikacji ICD-10 występuje kilka jednostek diagnostycznych powiązanych z transpłciowością (F64.0 – transseksualizm; F64.1 – transwestytyzm o typie podwójnej roli; F64.2 – zaburzenia identyfikacji płciowej w dzieciństwie; F64.8 – inne zaburzenia identyfikacji płciowej; F64.9 – zaburzenia identyfikacji płciowej, nieokreślone), umieszczonych w rozdziale *Zaburzenia identyfikacji płciowej* (WHO, 1992). Jednymi z głównych jednostek diagnostycznych z tej grupy są transseksualizm (F64.0) oraz transwestytyzm o typie podwójnej roli (F64.1). Pierwszą z nich, transseksualizm, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, 1992, 1993) definiuje jako:

> Pragnienie życia i uzyskania akceptacji jako osoba płci przeciwnej w porównaniu z własną, czemu towarzyszy zazwyczaj uczucie niezadowolenia z powodu własnych, anatomicznych cech płciowych oraz poczucie ich nieprawidłowości, a także chęć poddania się leczeniu hormonalnemu lub operacyjnemu, by upodobnić własne ciało tak dalece, jak tylko to jest możliwe – do ciała płci preferowanej. […] by ustalić rozpoznanie, tożsamość transseksualna powinna utrzymywać się stale, przynajmniej od 2 lat i nie może być przejawem innego zaburzenia psychicznego, jak schizofrenia czy też zaburzeń związanych z jakąkolwiek nieprawidłowością interseksualną, genetyczną lub dotyczącą chromosomów płciowych (WHO, 1993, s. 133–134).

Według tych kryteriów, wyłącznie osoby o binarnej tożsamości płciowej (tj. transkobiety i transmężczyźni) mogą uzyskać diagnozę umożliwiającą im operacyjną korektę płci. Jest to sprzeczne z zaleceniami Światowego Stowarzyszenia Specjalistów(-tek) do spraw Zdrowia Osób Transpłciowych (WPATH – World Professional Association for Transgender Health) (WPATH, 2007) oraz Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA, 2015).

W aktualnej klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (2013) znajduje się kilka jednostek diagnostycznych związanych z transpłciowością (302.3 – zaburzenia transwestytyczne; 302.6 – dysforia płciowa u dzieci; 302.6 – inna określona dysforia płciowa; 302.6 – nieokreślona dysforia płciowa; 302.85 – dysforia płciowa u młodzieży i dorosłych). Dysforia płciowa u młodzieży i dorosłych (302.85) określona jest w DSM-5 jako:

> A. Wyraźna niezgodność między doświadczaną/wyrażaną przez jednostkę płcią a płcią jej przypisaną, trwająca przynajmniej 6 miesięcy, manifestowana przynajmniej przez 2 z poniższych wskaźników:
>
> 1. Wyraźna niezgodność pomiędzy doświadczaną/wyrażaną przez jednostkę płcią a pierwszo- i/lub drugorzędowymi cechami płciowymi (w przypadku nastolatków przewidywanych cech drugorzędowych).
>
> 2. Silna potrzeba pozbycia się własnych pierwszo- i/lub drugorzędowych cech płciowych z powodu istnienia niezgodności między tymi cechami a płcią doświadczaną/wyrażaną (a u nastolatków potrzeba powstrzymania rozwoju oczekiwanych drugorzędowych cech płciowych).
>
> 3. Silna potrzeba posiadania pierwszo- i/lub drugorzędowych cech płciowych płci przeciwnej.
>
> 4. Silna potrzeba przynależności do płci przeciwnej (lub innej płci alternatywnej do tej przypisanej jednostce).
>
> 5. Silna potrzeba bycia traktowanym(-ną) jako przedstawiciel(ka) płci przeciwnej płci (lub innej płci alternatywnej do tej przypisanej jednostce).
>
> 6. Silne przekonanie jednostki, że czuje i reaguje jak osoba płci przeciwnej (lub innej płci alternatywnej do tej przypisanej jednostce).
>
> B. Stan związany z istotnym klinicznie dysstresem lub utrudnieniami w funkcjonowaniu w życiu społecznym i zawodowym, lub w innych istotnych dziedzinach życia (APA, 2013, s. 452–453).

Główna różnica między jednostkami nozologicznymi proponowanymi przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne i Światową Organizację

Zdrowia wynika ze zmiany wprowadzonej przez tą pierwszą organizację – zrezygnowania z określenia *zaburzenie tożsamości płciowej*, które używane było we wcześniejszych wersjach. Obecnie zostało ono zastąpione wyrażeniem *dysforia płciowa* (APA, 2013). Taka zmiana w terminologii pozwala położyć nacisk na poczucie niezgodności między płcią przypisaną po urodzeniu a tą, z którą jednostka się identyfikuje (a nie, jak wcześniej, na tożsamość płciową). Jest to bardzo istotne dla osób transpłciowych ubiegających się o medyczno-prawną korektę płci. Sprzyja to także depatologizacji i demedykalizacji (między innymi depsychiatryzacji) transpłciowości i wpływa na lepszy odbiór społeczny osób doświadczających dysforii płciowej (APA, 2015).

W 2022 roku weszła w życie jedenasta wersja klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia – tzw. ICD-11 (WHO, 2022) – w której obrano podobną drogę w klasyfikowaniu zaburzeń związanych z transpłciowością; *transseksualizm* został zastąpiony terminem *niezgodność płciowa u adolescentów i dorosłych* (HA60):

> Niezgodność płciowa w okresie dojrzewania i dorosłości charakteryzuje się wyraźną i uporczywą niezgodnością między płcią doświadczaną przez jednostkę a jej przypisaną płcią biologiczną, co często prowadzi do pragnienia „tranzycji", by żyć i być akceptowanym jako osoba płci doświadczanej, by jej ciało dzięki kuracji hormonalnej, operacji chirurgicznej oraz innym zabiegom medycznym w jak największym stopniu, i na ile to możliwe, harmonizowało z płcią przez nią doświadczaną. Nie można postawić diagnozy przed okresem dojrzewania. Wyłącznie zachowania i preferencje charakterystyczne dla danej płci nie mogą stanowić podstawy diagnozowania (WHO, 2016, 2022).

Światowa Organizacja Zdrowia wprowadziła dalej idące zmiany: niezgodność płciowa u adolescentów i dorosłych została wykreślona z listy zaburzeń psychicznych. Przeniesiono tę jednostkę do nowo utworzonej sekcji stanów powiązanych ze zdrowiem seksualnym (*conditions related to sexual health*), gdzie umieszczono również HA61 – niezgodność płciową u dzieci oraz HA6Z – niezgodność płciową, nieokreśloną (WHO, 2016, 2022).

Transwestytyzm o typie podwójnej roli (F64.1) jest następną jednostką diagnostyczną odzwierciedlającą doświadczenia części osób z mniejszości płciowych, opisaną w klasyfikacji ICD-10:

> A. Osoba nosi ubrania przeciwnej płci w celu chwilowego doświadczenia przynależności do przeciwnej płci.

B. Przebieranie się nie jest motywowane seksualnie.

C. Nie występuje pragnienie trwałej zmiany płci na przeciwną (WHO, 1993, s. 134).

Warto odnotować, że jednostki diagnostyczne związane z transwestytycznością (niefetyszystyczną) nie występują w klasyfikacji ICD-11.

1.6. Etiologia zjawisk ze spektrum transpłciowości

Etiologia transpłciowości i niebinarności nie została jeszcze w pełni poznana (Hoenig, 1985; Leiblum i Rosen, 2005; Bockting, 2013; Steensma i in., 2013; Bevan, 2015; Ettner, 2015; Ettneri Gullamon, 2016; Hamidi i Nippoldt, 2019; Korpaisarn i Safer, 2019; Krzystaniak i Kalota, 2019; Flint i in., 2020). Teorie jej dotyczące można podzielić na psychospołeczne (Marcuse, 1916; Gutheil, 1923, 1954; Ball, 1968; Stoller, 1968, 1969; Socarides, 1970; Meyer, 1974; Stoller, 1975; Rekers i in., 1983; Beitel, 1985; Stoller, 1985; Marantz i Coates, 1991; Zucker i in., 1993, 1996, 2003) i te, których twórcy źródeł tych zjawisk upatrują głównie w czynnikach genetycznych oraz w procesach występujących w okresie prenatalnym (Hengstschläger i in., 2003; Henningsson i in., 2005; Bentz i in., 2008; Hare i in., 2009; Fernandez i in., 2015; Yang i in., 2017; Ramirez i in., 2021).

Do początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku dominowały koncepcje oparte na przekonaniu o przewadze (a nawet dominacji) czynników psychospołecznych nad biologicznymi w genezie transpłciowości (Ellis, 1914, za: Nieder i Richter-Appelt, 2011; Zhou i in., 1995; Kruiver i in., 2000; Chung i in., 2002; Hengstschläger i in., 2003; Henningsson i in., 2005; Bentz i in., 2008; Falgueras i Swaab, 2008; Hare i in., 2009; Fernandez i in., 2015; Yang i in., 2017; -Garcia-Flint i in., 2020). Część badaczy zakładała jednak równy poziom wpływu obu czynników (Money i Ehrhardt, 1972, za: Bockting, 2013; Bevan, 2015).

Tak jak to zostało podkreślone w podrozdziale dotyczącym typologii zjawisk ze spektrum transpłciowości, w odniesieniu do informacji zawartych w niniejszym podrozdziale również trzeba zaznaczyć, że na sposób opisu transpłciowości niejednokrotnie wpływał aktualny poziom wiedzy o zjawisku, a także klimat społeczno-polityczny panujący w czasie publikacji danych badań. Stąd też część opisów może odbiegać od aktualnych standardów przedstawiania transpłciowości i jej uwarunkowań (Coleman i in., 2012, 2022).

1.6.1. Teorie psychospołeczne

Teorie psychospołeczne (por. Rekers i in., 1983; Beitel, 1985; Stoller, 1985; Marantz i Coates, 1991; Zucker i in., 1993, 1996, 2003) opierały się na założeniu, z jednej strony, o udziale psychopatologii w kształtowaniu się niezgodności płciowej, z drugiej, o wpływie różnych czynników społecznych, środowiskowych, np. związanych z relacją z matką i ojcem.

Marcuse (1916, za: Nieder i Richter-Appelt, 2011) zakładał, że doświadczanie dysforii płciowej może być powiązane z antyspołecznymi zaburzeniami osobowości. Dla Emila Gutheila (1923, za: Nieder i Richter-Appelt, 2011; Gutheil, 1954), kluczowymi elementami w rozwoju tożsamości osób transseksualnych miała być ich homoseksualność, narcystyczność, ekshibicjonistyczność, voyeryzm, sadomasochistyczność i fetyszystyczność, jak również dominująca rola matki.

Kinsey nie miał jednorodnych poglądów co do etiologii zjawisk ze spektrum transpłciowości (Meyerowitz, 2001). Uważał, że w różnych badanych przypadkach transwestytyczność mogła być uwarunkowana zarówno przez wzmacnianie przez matkę niestereotypowych płciowo zachowań i zabaw w dzieciństwie, jak i przez „słabą" osobowość; lub być stosowana jako strategia przystosowania swojego funkcjonowania do uwarunkowań ciała (Meyerowitz, 2001).

Wśród licznych teorii psychologicznych należy wskazać koncepcję jednego z pionierów badań nad transseksualnością – wspomnianego już Benjamina (1966). Zdaniem Benjamina, transseksualność jest wynikiem fiksacji jednostki na płci, którą to przyrównał do zjawiska imprintingu opisanego przez Lorenza (1953), nie wykluczając jednak roli czynników biologicznych w tym procesie. Fiksacja na rodzicu płci przeciwnej może skutkować utożsamieniem się z nim w takim stopniu, że przenosi się to również na ich płeć (Benjamin, 1966).

Ball (1968) zakładał, że nawet jeśli występują jakieś biologiczne czynniki warunkujące doświadczanie niezgodności płciowej u osób o męskiej płci przypisanej po urodzeniu, to i tak największą rolę odgrywają w jej rozwoju rodzice jednostki oraz to, jak była wychowywana. Według Balla, ojcowie albo inne męskie wzorce osób transkobiecych albo były nieadekwatne, albo też nieobecne. To oraz dominujący wpływ matki na wychowanie, jak również zbyt bliska jej relacja z dzieckiem przez pierwsze pięć lat jego życia mogą sprzyjać wykształceniu identyfikacji z płcią inną niż ta przypisana po urodzeniu (Ball, 1968).

Część badaczy, między innymi Socarides (1970) i Meyer (1979), uważa, że transseksualność jest zaburzeniem psychotycznym.

Stoller przyczyn transpłciowości (właściwie transseksualności typu M/K) upatrywał z jednej strony w feminizujących zachowaniach rodziców względem atrakcyjnych fizycznie synów (1968, 1975), z drugiej strony w pasywności i fizycznej nieobecności ojca w pierwszych latach życia dziecka (Stoller, 1969) oraz w symbiozie (*bilssful symybiosis*) z matką (Stoller, 1985). Koncepcję bardzo podobną proponowali także Green (1975, za: Coates i Wolfe, 1995) i Beitel (1985).

Rekers i współpracownicy (1983) przebadali rodziny 46 biologicznych chłopców identyfikujących się z płcią przeciwną, w przypadku 30 z nich 80% matek i 45% ojców zgłaszało problemy psychologiczne lub było pod opieką psychiatry. Według badaczy, miało to wskazywać na obniżone umiejętności adaptacyjne matek i ojców. Z tego 67% ojców badanych było nieobecnych podczas ich wychowywania, wiek transkobiet w momencie rozłąki w większości przypadków wynosił 5 lat lub mniej 37% badanych nie posiadało w dzieciństwie męskiego opiekuna. Spośród badanych mieszkających z ojcami w 60% przypadków rodziny uważały, że są oni emocjonalnie zdystansowani względem swoich dzieci. Według Rekersa i współpracowników zaburzenia psychiczne rodziców oraz atypowość ich relacji z dziećmi miały wpływać na doświadczanie przez nie niezgodności płciowej (Rekers i in., 1983).

Coates i Person (1985), na podstawie przeprowadzonych badań wśród 115 chłopców skierowanych na diagnozę w kierunku zaburzeń tożsamości płciowej, stwierdzili, że istnieje prawdopodobieństwo, że doświadczanie przez osoby o męskiej płci przypisanej po urodzeniu niezgodności płciowej może być uwarunkowane doświadczaniem lęku separacyjnego. Późniejsze badania przeprowadzone przez Zuckera i współpracowników (1996) nie potwierdziły takiego założenia.

Z kolei badania Marantza i Coatesa (1991) przeprowadzone wśród 16 matek chłopców z diagnozą zaburzeń tożsamości płciowej wykazały, że 25% badanych spełniało kryteria zaburzeń osobowości o typie borderline, a 46% – depresji. Wyniki te, według badaczy, również wskazywały, że matki te charakteryzowały się postawami oraz stosowały zachowania, które miały prowadzić do wzmocnienia symbiozy z synami oraz ograniczenia ich autonomii, co miało wiązać się z doświadczaniem przez dzieci niezgodności płciowej (Marantz i Coates, 1991).

Zucker i współpracownicy (1993) przeprowadzili badanie, w którym uczestnikom przedstawiono zdjęcia twarzy 17 chłopców zdiagnozowanych

z zaburzeniami tożsamości płciowej w postaci typowej i atypowej oraz równolicznej grupy chłopców bez takiej diagnozy z grupy kontrolnej. Wyniki badania wykazały, że dzieci z grupy klinicznej były postrzegane jako atrakcyjniejsze i o bardziej dziewczęcej urodzie od tych z grupy kontrolnej. Badacze sugerowali, że zaburzenia tożsamości płciowej wieku dziecięcego mogą być po części uwarunkowane wzmacnianiem stereotypowo kobiecych zachowań przez rodziców i otoczenie w reakcji na „dziewczęcą" (*sic!*) urodę tych dzieci. Podobne stanowisko już wcześniej prezentowali Stoller (1968, 1975) oraz Green (1975, za: Coates i Wolfe, 1995).

Coates i Wolfe (1995) twierdzą, że w kształtowaniu tożsamości płciowej niezgodnej z płcią przypisaną po urodzeniu bierze udział kilka czynników – za najważniejsze jednak uznają doświadczenie traumy przez samo dziecko lub jego matkę. Wspomniana trauma ma przyczyniać się do wystąpienia psychopatologii (lub jej nasilenia) u matki oraz zaburzenia więzi z dzieckiem, które na skutek wrodzonych uwarunkowań może być bardziej narażone na doświadczanie lęku separacyjnego (Coates i Wolfe, 1995). W celu naprawy relacji z rodzicielką dziecko może przejawiać niecisnormatywne zachowania, które, jeśli odniosą skutek zgodny z zamierzonym, mają być wzmocnione, a tym samym zwiększają ryzyko wystąpienia zaburzeń tożsamości płciowej (Coates i Wolfe, 1995). Cohen-Kettenis i Gooren (1999) i Bockting (2013) zwracają uwagę, że istnieje pewien związek pomiędzy niezgodnością płciową a wspomnianymi czynnikami środowiskowymi (Rekers i in., 1983; Marantz i Coates, 1991; Coates i Wolfe, 1995; Zucker i in., 1993), jednak nie przesądzają o jego przyczynowości (Cohen-Kettenis i Gooren, 1999). Natomiast, badania Wallien i współpracowników (2007) nie potwierdzają wpływu powyższych czynników na kształtowanie się niezgodności płciowej.

1.6.2. Teorie biologiczne

Druga połowa XX wieku, pomimo znacznej wówczas przewagi teorii psychospołecznego uwarunkowania transpłciowości, transseksualności, to również początek badań nad biologicznymi uwarunkowaniami tego zjawiska. Już na początku XX wieku część czołowych badaczy, takich jak Ellis czy Hirschfeld (Ellis, 1914, za: Nieder i Richter-Appelt, 2011; Hirschfeld, 1923), przyczyn transpłciowości upatrywała w czynnikach biologicznych, wtedy przede wszystkim

hormonalnych. A już w 1969 roku Green i Money (1969) brali pod uwagę możliwość, że transseksualność ma również podłoże genetyczne.

Twórcy teorii, w których w etiologii transpłciowości dominuje czynnik biologiczny, wskazują wpływ zaburzeń endokrynnych w okresie perinatalnym (Hoenig, 1981, za: Hoenig, 1985; Chung i in., 2002; Hembree i in., 2009) oraz sprzężenia zwrotnego pomiędzy przysadkowym hormonem luteinizującym a ekspozycją na estrogen (Hembree i in., 2009). Inna teoria tłumaczy proces kształtowania się tożsamości kobiecej u osoby transkobiecej w następujący sposób: ekspozycja androgenowa, której zostaje poddany płód w okresie prenatalnym, zostaje zagłuszona przez nieokreślone jeszcze czynniki. W konsekwencji płód rozwija się w kierunku kobiecej tożsamości płciowej na dalszych etapach rozwoju. Przypuszcza się, że czynnikiem tym może być uodpornienie matki na antygen H-Y (Eicher i in., 1979; Hoenig, 1981, za: Hoenig, 1985; Hembree i in., 2009), który może mieć również wpływ na kształtowanie się orientacji psychoseksualnej płodu. Hipotezę tę oparto na wynikach badań przeprowadzonych na zwierzętach przez Dörnera i współpracowników (1972, za: Hoenig, 1985). Jak zgodnie twierdzą Cohen-Kettenis i Gooren (1999), Swaab (2004), Gooren (2006) i Bevan (2015), przełożenie wyników tych badań na grunt badań transpłciowości nie jest rzeczą łatwą.

Hoenig (1985) zwraca uwagę na szereg badań (Davies i Morgenster, 1960, za: Hoenig, 1985; Spate, 1970, za: Hoenig, 1985; Hoenig i Kenna, 1979, za: Hoenig, 1985), w których wykazano związek pomiędzy zmianami w obrębie płatu skroniowego a transseksualnością.

Bevan (2015) uważa, że potencjalnym czynnikiem wpływającym na doświadczanie niezgodności płciowej jest stres matczyny doświadczany w ciąży. Posiłkuje się przy tym badaniami Zuckera i współpracowników (1998, za: Bevan, 2015), w których wykazano nadreprezentację osób adoptowanych w populacji osób transpłciowych. Zakłada ona (Bevan 2015), że oddanie dziecka do adopcji może wiązać się z wyższym poziomem stresu oddziaływającym na płód.

Dessens i współpracownicy (1999) w retrospektywnym badaniu wpływu fenytoiny i fenobarbitalu, które podawano kobietom podczas ciąży, na tożsamość płciową ich dzieci wykazali, że wpływ tych środków na równowagę hormonów steroidowych w okresie prenatalnym może mieć wpływ na kształtowanie się niezgodności płciowej oraz doświadczanie dysforii płciowej. Podobny wpływ na kształtowanie się niezgodności płciowej, według Kerlin (2005, za: Bevan, 2015),

w przypadku osób transkobiecych mogło mieć przyjmowanie przez ich matki w ciąży dietylostylbestrolu.

Wielu badaczy interesowało się różnicami neuroanatomicznymi pomiędzy osobami transpłciowymi i cispłciowymi (Zhou i in., 1995; Kruiver i in., 2000; Chung i in., 2002; Garcia-Falgueras i Swaab, 2008; Luders i in., 2009; Rametti, Carrillo, Gómez-Gil, Junque, Zubiarre-Elorza i in., 2011; Rametti, Carrillo, Gómez-Gil, Junque, Segovia i in., 2011; Flint i in., 2020; Mueller i in., 2021). Na szczególną uwagę zasługują tu wyniki badań przeprowadzonych przez Zhou i współpracowników (1995), wskazujące na znaczenie dymorficznych płciowo jąder mózgu, szczególnie jąder podwzgórza, które różnią się u kobiet i mężczyzn pod względem rozmiaru i kształtu: dymorficzne płciowo jądro podwzgórza pola przedwzrokowego (SDN-POA), jądro nadskrzyżowaniowe (SCN), ciemno zabarwiony tylno-przyśrodkowy komponent jądra łożyskowego prążka krańcowego (BNST-dspm), dwie grupy komórek w przedniej części podwzgórza (INAH-2, INAH-3) oraz centralna część jądra łożyskowego prążka krańcowego (BSTc). U kobiet transseksualnych BSTc jest wielkości odpowiadającej BSTc u kobiet cispłciowych (Zhou i in., 1995).

Kruijver i współpracownicy (2000) skupili się właśnie na BSTc, a konkretnie na liczbie neuronów zawierających somatostatynę. W badaniu 40 mózgów (9 heteroseksualnych mężczyzn, 9 homoseksualnych mężczyzn, 10 heteroseksualnych kobiet, 3 mężczyzn i 3 kobiety z zaburzeniami hormonalnymi hormonów płciowych, 6 kobiet transseksualnych oraz 1 mężczyzna transseksualny) wykazali, że liczba neuronów zawierających somatostatynę u zbadanych osób transseksualnych typu M/K mieści się w takim przedziale, jak u kobiet cispłciowych; analogiczny wynik uzyskano w badaniu mózgu transmężczyzny. Kruijver i współpracownicy stwierdzili również, że na liczbę wspomnianych neuronów u transkobiet nie miały wpływu: ani stosowany w ramach hormonalnych interwencji afirmujących płeć estrogen, ani octan cyproteronu, ani przeprowadzona orchidektomia (Kruijver i in., 2000).

Późniejsze badania nad jądrem łożyskowym prążka krańcowego, przeprowadzone przez Chunga i współpracowników (2002) na 50 mózgach denatów (7 męskich płodów/noworodków, 10 dzieci/nastolatków, 8 dorosłych mężczyzn; 10 żeńskich płodów/noworodków, 7 dzieci/nastolatek, 8 dorosłych kobiet), pozwoliły potwierdzić hipotezę o późnym różnicowaniu się objętości BSTc i wskazać, że dobiega ono końca w okresie dorosłości człowieka. Badacze wskazują na związek pomiędzy tym procesem, ostatecznym jego zakończeniem a wiekiem, w jakim

najczęściej osoby transseksualne podejmują się korekty płci, wynoszącym dla transkobiet co najmniej 20 lat (Kesteren i in., 1996, za: Chung i in., 2002). Co za tym idzie, doświadczana dysforia płciowa miałaby wraz z wiekiem nasilać się pod wpływem coraz większej rozbieżności pomiędzy BSTc, jego objętością czy liczbą neuronów zawierających somatostatynę a płcią przypisaną po urodzeniu.

Garcia-Falgueras i Swaaba (2008) w badaniu na mózgach 12 osób transpłciowych wskazali, że obszar INAH3 w przedniej części podwzgórza osób transmęskich i transkobiecych ma liczbę neuronów oraz objętość zbliżone do tych, odpowiednio, cispłciowych mężczyzn i kobiet. Luders i współpracownicy (2009) w badaniu przeprowadzonym na 24 osobach transkobiecych oraz 60 osobach cispłciowych (30 cismężczyznach i 30 ciskobietach), zaobserwowali, że objętość istoty szarej w prawej skorupie (*putamen*) u transpłciowych kobiet jest znacznie wyższa niż u cispłciowychmężczyzn. Badania Rametti, Carrillo, Gómez-Gil, Junque, Zubiarre-Elorza i współpracowników (2011) wykazały, że wzorce mikrostruktury istoty białej u osób transkobiecych mają tyle samo cech typowych dla cispłciowych mężczyzn i kobiet; natomiast w przypadku osób transmęskich wzorzec ten jest bliższy obserwowanemu u cispłciowych mężczyzn.

Kolejną bardzo interesującą grupą badań dotyczącą czynników mających wpływ na rozwój transpłciowości/transseksualizmu są badania wśród rodzeństwa (w szczególności bliźniętach) oraz par rodziców i ich dzieci (Anchersen, 1956; Green i Stoller, 1971; Hore i in., 1973; Stoller i Baker, 1973, Sabalis i in., 1974; McKee i in., 1976; Hyde i Kena, 1977; Bailey i in., 2000; Green, 2000; Sadeghi i Fakhari, 2000; Coolidge i in., 2002; van Beijsterveldt i in., 2006; Gómez-Gil i in., 2010; Veale i in., 2010; Burri i in., 2011; Heylens i in., 2012; Diamond, 2013; Sasaki i in., 2016). Wyniki tych badań wskazują na pewne wrodzone, dziedziczne czynniki kształtujące niecisnormatywną tożsamość, które mogą wskazywać na dziedziczność w przedziale 0,31–62,0%, przy czym wyższe wartości występują w przypadku osób transkobiecych. Odwrotną tendencję zaobserwowali Bailey i współpracownicy (2000) oraz Knafo i współpracownicy (2005).

W kontekście dziedziczności niezgodności płciowej wielu badaczy koncentrowało się na identyfikacji genów ją warunkujących (Hengstschläger i in., 2003; Henningsson i in., 2005; Bentz i in., 2008; Hare i in., 2009; Fernandez i in., 2015; Yang i in., 2017; Ramirez i in., 2021). W badaniu Hengstschläger i współpracowników (2003), przeprowadzonym wśród 30 osób transkobiecych i 31 transmęskich, odkryto translokacje wzorca genetycznego – 46, XY, t(6; 17)(p21.3; q23) – która potencjalnie może mieć związek z doświadczaniem

niezgodności płciowej. Badanie przeprowadzone przez Henningsson i współpracowników (2005) w grupie 29 osób transkobiecych oraz grupie kontrolnej liczącej 229 cispłciowych mężczyzn sugerują związek pomiędzy transseksualnością a polimorfizmem genów receptorów androgenowych (*androgen receptors gene – ARgene*), genów receptorów estrogenowych *β* (*estrogen receptorsβgene – Erβgene*) oraz genów aromatazy (*aromatase gene*). Według Bentz i współpracowników (2008), polimorfizm genu CYP17 może mieć związek z doświadczaniem niezgodności płciowej wśród osób o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu, ale nie w wypadku osób o męskiej płci przypisanej po urodzeniu; zbliżone wyniki zostały zaobserwowane w badaniu przeprowadzonym przez Fernández i współpracowników (2015). Z kolei Yang i współpracownicy (2017), na podstawie przeprowadzonego badania wśród 13 osób transpłciowych (9 osób transmęskich i 4 transkobiecych) oraz 100 osób cispłciowych, zaobserwowali wyższą częstotliwość mutacji genu RYR3 w grupie osób doświadczających dysforii płciowej niż w grupie jej niedoświadczającej.

Kolejna grupa badań skoncentrowana była na genetycznie uwarunkowanych wartościach biometrycznych (takich jak średnica zębów) (Antoszewski i in., 1998; Antoszewski, Zadzińska i Foczpański, 2009; Scitek i in., 2012), oraz proporcjach rozmiarów palca wskazującego i serdecznego (Schneider i in., 2005; Kraemer i in., 2009). Badanie Antoszewskiego i współpracowników (1998), przeprowadzone w grupie 31 osób transmęskich i grupie kontrolnej składającej się z cispłciowych kobiet i mężczyzn, pokazało, że wartości pomiarów antropometrycznych osób transseksualnych o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu mieszczą się w zakresie wartości typowych dla cispłciowych kobiet i mężczyzn. Kolejne badanie przeprowadzone przez Antoszewskiego, Zadzińską i Foczpańskiego (2009) wykazało, że średnica zębów osób transmęskich mieści się w zakresie średnich wartości średnic zębów cispłciowych kobiet i mężczyzn. W podobnym badaniu, ale dotyczącym wymiarów miednicy, Sitek i współpracownicy (2012) zaobserwowali podobną tendencję. Badania te, według autorów, mają sugerować genetyczne uwarunkowania transseksualności (Antoszewski i in., 1998; Antoszewski, Zadzińska i Foczpański, 2009; Sitek i in., 2012). Z kolei w badaniach skupionych na proporcjach rozmiarów palca wskazującego i serdecznego zaobserwowano podobne proporcje u osób transkobiecych jak u cispłciowych kobiet (Schneider i in., 2005; Kraemer i in., 2009), a w przypadku transmężczyzn – zbliżone do proporcji występujących u cispłciowych mężczyzn (Kraemer i in., 2009).

1.7. Występowanie transpłciowości i niebinarności w populacji

Szacunki co do liczby osób transpłciowych i niebinarnych w populacji ogólnej, w dostępnych badaniach, są bardzo zróżnicowane. Może to wynikać z przyjętych w nich standardów metodologicznych, wyboru wykorzystywanych kryteriów diagnostycznych i definicji, jak również dominującego miejsca rekrutacji osób badanych – klinik płci (Dulko i Imieliński, 2004; Collin, Goodman i Tangprichna, 2016; Collin, Reisner i in., 2016; Collin, Goodman i Tangprichna, 2016; Arcleus i in., 2015; Barbone, 2015; Goodman, Adams i in., 2019; Cooper i in., 2020; Zhang i in., 2020). Wyniki przeprowadzonej przez Arcleus'a i współpracowników metaanalizy (2015) wykazują, że 1 osoba na 21 739 osób jest transpłciowa (1 na 14 705 jest transkobietą, a 1 na 38 461 – transmężczyzną). Dane Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego wskazują na występowanie transseksualności u 0,005 – 0,014% osób o męskiej płci przypisanej po urodzeniu, a w przypadku osób o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu wartość ta mieści się w przedziale 0,002 – 0,003% (APA, 2013). Natomiast Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że 1 osoba na 30 000 osób o męskiej płci przypisanej po urodzeniu jest transseksualna, natomiast w przypadku osób o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu – 1 osoba na 70 000 (WHO, 2010).

1.8. Krótka historia transpłciowości

Historię transpłciowości można podzielić na dwa okresy: okres przednaukowy i okres naukowy (Jakubowski, 2015a). Okres przednaukowy to okres od czasów prehistorycznych do połowy XIX wieku. Wiele w nim można znaleźć przykładów przenikania się płci i niejednoznaczności, spowodowanych brakiem odpowiedniego aparatu pojęciowego, który umożliwiłby adekwatny i jednoznaczny opis tego zjawiska (Jakubowski, 2015a). Oprócz tego problem stanowi niemożność przyporządkowania przypadków transpłciowości do współcześnie przyjętych kategorii; spowodowane to jest, z jednej strony, różnicami kulturowymi, z drugiej, rozwojem medycyny i związanych z nim możliwości hormonalnych i chirurgicznych interwencji afirmujących płeć.

Ukazanie się w roku 1867 pracy *Forschungen über das Räthsel der mann-männlichen Liebe* autorstwa Karla Heinricha Ulrichsa (Ulrichs, 1867/1994) stanowi początek drugiego, naukowego okresu w historii transpłciowości, który

trwa do dzisiaj (Jakubowski, 2015a). W pracach już z tego okresu, głównie w literaturze medycznej, można znaleźć jeszcze wiele niejasności co do klasyfikacji przypadków transpłciowości. Z biegiem lat jednak rozwój medycyny oraz innych dziedzin, takich jak nauki społeczne, a szczególnie psychologia, pozwolił na zbudowanie odpowiedniego aparatu pojęciowego związanego z transpłciowością (Jakubowski, 2015a).

Jak już zostało powiedziane, transpłciowość stanowi immanentną cechę części ludzkiej populacji. Choć brak źródeł pisanych dostarczających dowodów na występowanie zjawiska przenikania się płci w dawnych czasach (okres przednaukowy), przez analogię do późniejszych okresów rozwoju ludzkości, lepiej udokumentowanych, można założyć istnienie ludzi o tożsamości płciowej nieprzystającej do binarnych norm ani cisnormatywnych standardów (Jakubowski, 2015a). Niektórzy badacze sądzą (Bullough i Bullough, 1993), że w kulturach pierwotnych, w których panował kult bogini matki i powszechnie oddawano cześć kobiecości, mogły istnieć religijnie usankcjonowane grupy osób o męskiej płci przypisanej po urodzeniu, które albo z pobudek religijnych, albo z poczucia przynależności do płci odmiennej od tej przypisanej pełniły role stereotypowo przypisywane kobietom (Jakubowski, 2015a).

Dzięki wynalezieniu pisma, w starożytności pojawiły się pierwsze opisy zjawiska transpłciowości. Można je znaleźć przede wszystkim w świętych tekstach starożytnych religii na Bliskim i Dalekim Wschodzie. Świadectwem (jednym z pierwszych) istnienia osób transpłciowych lub należących do tzw. trzeciej płci jest inskrypcja odnaleziona na fragmentach egipskiej ceramiki datowanej na 2000–1800 rok p.n.e.; mowa tam o mężczyznach, kobietach i eunuchach, jako o trzeciej płci (Sethe, 1926; Wacławik, 2015).

Pojęcie *eunuch*, zarówno tutaj, jak i ogólnie w źródłach starożytnych, jest wieloznaczne: może oznaczać osobę transpłciową, osobę nieheteroseksualną lub, zgodnie ze współczesnym rozumieniem tego słowa, osobę wykastrowaną. Niektórzy badacze utrzymują, że osobą transpłciową była Hatszepsut, kobieta faraon z XVIII dynastii, panująca w Egipcie na przełomie XVI i XV stulecia p.n.e (Wacławik, 2015). Jak twierdzą Bullough i Bullough (1993), świadczyć o tym może kilka wizerunków, na których została ona przedstawiona jako kobieta posiadająca penis. Kolejne świadectwo istnienia transpłciowości pochodzi mniej więcej z tego samego okresu, a natrafiono na nie na terenie dawnego miasta sumeryjskiego Nippur. Jest to tabliczka datowana na 1600 rok p.n.e., na której zapisano mit o stworzeniu świata (Bullough i Bullough,

1993; Jakubowski, 2015a). Zgodnie z nim, bogini Ninmah stworzyła człowieka nieposiadającego ani męskich, ani żeńskich organów płciowych. Według słów innego boga występującego w tym micie, Enki, takie osoby powinny być blisko króla – może to świadczyć o wysokiej pozycji społecznej osób transpłciowych w dawnym Sumerze (Bullough i Bullough, 1993). Trzecią płeć wyróżniano również w cywilizacji akkadyjskiej, stanowiącej w pewnym sensie kontynuację spuścizny sumeryjskiej. Wzmianki o trzeciej płci można też znaleźć w pismach greckich i rzymskich. W *Historii Persji* i *Dziejach Persji*, autorstwa Ktezjasza, greckiego historyka i nadwornego lekarza króla Persji Artakserksesa II, mowa jest o asyryjskim władcy Assurbanipalu, który przebywając ze swymi konkubinami, przywdziewał ubiór kobiecy (Jakubowski, 2015a). Wiadomość o tym miała doprowadzić do buntu wielmożów asyryjskich. Obecnie, jednak, niektórzy badacze (Bullough, 1975; Bullough i Bullough, 1993) kwestionują prawdziwość tego przekazu.

W *Dziejach* Herodota można znaleźć wzmiankę o tzw. *enarëes* wśród Scytów. Według Herodota, byli to mężczyźni posiadający dar jasnowidzenia, noszący kobiecy ubiór; cieszyli się oni wysokim statusem społecznym i wzbudzali strach i szacunek wśród pospolitego ludu (Herodot, 1859; Bullough i Bullough, 1993). Kapłani frygijskiej bogini Kybele (której kult przyjął się też w Imperium Romanum), tzw. *galli*, stanowili podobną grupę. Były to osoby o męskiej płci przypisanej po urodzeniu, które podczas rytuału inicjacyjnego zwanego *diessanguinis* dokonywały samokastracji i przywdziewały ubiory stereotypowo przypisywane kobietom (Herodot, 1859; Bullough i Bullough, 1993, Jakubowski, 2015a).

Świadectw istnienia trzeciej płci w kulturze greckiej i rzymskiej dostarczają dzieła literatury starożytnej. Około 400 roku p.n.e. Platon pisał w *Uczcie* o trzeciej, androgynicznej płci (Platon, 1973). Świadczy o tym też starogrecki mit o Hermafrodycie, opisany przez Owidiusza w *Metamorfozach* (1995). W zbiorze biografii cesarzy *Historia Augusta*, mowa jest o *tertium genus hominum* (Bullough, 1975; Bullough i Bullough, 1993), a w pismach Tertuliana – o *tertium sexus* (Tertulian, http://earlychristianwritings.com).

Nie sposób pisać o transpłciowości w kulturze starożytnego Rzymu, nie wspomniawszy o Kaliguli, Neronie i Heliogabalu. Kaligula, panujący w pierwszej połowie I wieku, wprowadził zwyczaj wśród rzymskich cesarzy noszenia ubioru typowego dla płci żeńskiej; nie golił jednak brody, nie wykastrował się (Bullough, 1975; Bullough i Bullough, 1993). Według relacji Swetoniusza,

Kaligula pojawił się kiedyś publicznie przebrany za boginię Wenus. Zachowania transpłciowe przejawiał również Neron, panujący w połowie I wieku, który też miał się podaejmować cross-dressingu. Według Swetoniusza, Neron ożenił się ze Sporusem – chłopcem, którego kazał wykastrować i przebrać za kobietę; później jego wybrankiem został Doryforos, którego spotkał taki sam los (Bullough i Bullough, 1993). Jak opisuje Kasjusz Dio w *Historii Rzymu*, Heliogabal, trzeci z wymienionych cesarzy, panujący na początku III wieku, wykastrował się, nosił kobiecy ubiór oraz prostytuował się na ulicach Rzymu (Cassius Dio, 1955). Domagał się również by medycy stworzyli mu żeńskie narządy płciowe. Benjamin (1966) określił Heliogabala jako pierwszą w historii postać, która na podstawie zachowanych źródeł można by uznać, według XX-wiecznych kategorii, za osobę transseksualną.

Na informacje na temat transpłciowości można też natrafić w hinduskich tekstach religijnych i literackich. W *Wedach*, datowanych na lata 1500–400 p.n.e., jest mowa o trzeciej płci, zwanej *tritiyaprakriti*. Przygody Arjuna, który złożył przysięgę eunuchów i przez rok żył jako osoba trzeciej płci, tańcząc na weselach i innych uroczystościach, zostały opisane w jednym z najważniejszych dzieł literatury indyjskiej, w poemacie *Mahabharata* (powstałym około 400 roku p.n.e.) (Nanda, 2003). We współczesnych Indiach podobne życie wiodą hidźry (*hijras*) (Jakubowski, 2015a). W innych hinduskich dziełach, takich jak *Ramayana* czy *Kamasutra*, można natrafić na podobne opisy. Na przykład w *Kamasutrze* istnieją opisy eunuchów, które mogą odnosić się do trzeciej płci, czyli *tritiyaprakriti* (homoseksualnych mężczyzn lub osób wykastrowanych) (Nanda, 2003).

Wraz z upadkiem cesarstwa rzymskiego, najazdem Hunów Attyli i wędrówkami ludów, które traktowane są jako symboliczny początek średniowiecza, istotną rolę zaczęły odgrywać ludy dotychczas pozostające na peryferiach ówczesnego cywilizowanego świata. Teksty źródłowe dostarczają informacji na temat transpłciowości w tym okresie. Dostępne źródła, pochodzące głównie z kręgu kultury chrześcijańskiej, świadczą o braku akceptacji dla jakichkolwiek przejawów seksualności i nienormatywności jeśli chodzi o płeć (Jakubowski, 2015a); informacje na temat transpłciowości są jednak bardzo skąpe. W kulturze skandynawskiej, pomimo bardzo zmaskulinizowanego obrazu świata, w wierzeniach średniowiecznych można natrafić na motywy związane z transpłciowością (Solli, 1998). Na przykład bóg wojny, Odyn, naczelny bóg w panteonie bogów północy, z którym są wiązane stereotypowo męskie atrybuty (jak włócznia), jest mistrzem *seiðr*, szamanistycznej praktyki magicznej, uważanej

za typowo kobiecą, będącej wyrazem biernego przyjmowania w swoje ciało duchów. Osoby płci męskiej przypisanej po urodzeniu praktykujące *seiðr* określano mianem *seidberendr* (Solli, 1998). O transpłciowym charakterze tej grupy ma świadczyć, według Solli, etymologia słowa *seidberendr*; jego element składowy *berendr* określa żeńskie zewnętrzne narządy płciowe. Natrafiono również na grób z XIII wieku, w którym pochowano męskie zwłoki przyodziane w strój typowo kobiecy. Wskazano, że grupy przypominające skandynawskie *seidberendr* funkcjonowały także wśród Anglosasów i przeprowadzały praktyki pogrzebowe podobne do wspomnianej (Solli, 1998).

O tym, jak osoby należące do mniejszości płciowych były przedstawiane w średniowieczu, może świadczyć przypadek Rolanda Ronchai (żył w czasach słynnej zarazy, „czarnej śmierci", w połowie XIV wieku) (Ruggiero, 1985). Jego nienormatywność była powodem, dla którego porzuciła go żona. On przeniósł się wówczas do rodziny w Wenecji, gdzie w przebraniu kobiecym zajmował się prostytucją. W 1354 roku za swoją interseksualność został skazany na śmierć i spalony na stosie (Ruggiero, 1985). Wątpliwości wśród badaczy wzbudza tożsamość płciowa Joanny D'Arc. Starając się wypędzić Anglików z Francji, przyodziana w zbroję, walczyła mieczem jak mężczyzna. Noszenie się „po męsku", co w ówczesnych czasach uważane było przez Kościół za przejaw pogaństwa, zaprowadziło ją na stos (Bullough i Bullough, 1993).

W epoce wielkich odkryć na terenach Ameryki Północnej i Południowej Europejczycy mieli okazję zetknąć się z tamtejszymi cywilizacjami (Anderson i Loftus, 1970). Wśród napotkanych plemion zaobserwowali dużą różnorodność tożsamości płciowych (Jakubowski, 2013, 2014, 2015a). Jak opisuje Pietro Martire D'Anghiera, w październiku 1513 roku Vasco Núñez de Balboa dokonał rzezi w środkowoamerykańskiej wiosce Quarequa; ofiarami były osoby płci męskiej przypisanej po urodzeniu pełniące typowe role kobiece i noszące typowo kobiece stroje (Anderson i Loftus, 1970).

Można również natrafić na świadectwa funkcjonowania osób niecisnormatywnych w Europie tego okresu. W lutym 1577 roku były król Rzeczypospolitej Obojga Narodów, ówczesny król Francji, Henryk Walezy, przyjął emisariuszy na oficjalnej audiencji „przebrany za kobietę, w długim sznurze pereł i z głębokim dekoltem" (de Savitch, 1958, za: Jakubowski, 2015a). Osoby transpłciowe otwarcie funkcjonowały na dworze Ludwika XIV. Osobą transpłciową był jego brat Filip I Orleański, chodzący po pałacu królewskim w sukni. Za osobę transpłciową uważano również Abbé de Choisy (a właściwie François-Timoléon de

Choisy), partnera królewskiego brata (Bullough i Bullough, 1993). Tak o swojej transpłciowości pisał sam de Choisy:

> Myślałem o sobie jako o prawdziwej kobiecie. Próbowałem odkryć, jak taka dziwna przyjemność mnie naszła, i wtedy zrozumiałem, jak to się stało. Atrybutem boskim jest być kochanym i adorowanym, a mężczyzna – na tyle, na ile pozwoli mu na to jego słaba natura – ma taką samą ambicję, i to piękno tworzy miłość, a piękno przynależy kobiecie [...]. Słyszałem, jak ktoś w pobliżu szepnął, „To ładna kobieta", poczułem przyjemność tak dużą, że aż nie do porównania z niczym innym. Ambicja, bogactwa, nawet miłość nie równa się temu (Savitch, 1958, za: Jakubowski, 2015a, s. 117).

W Szwecji, królowa regentka Krystyna Waza była uważana za osobę transpłciową (niektórzy twierdzą, że była raczej osobą interpłciową) (Buckley, 2004). Sama uważała się za osobę płci przeciwnej i nosiła się „po męsku". W 1654 roku abdykowała i wyjechała za granicę, gdzie żyła pod męskim imieniem – książę Dohn (Buckley, 2004).

Pomimo że można znaleźć zdecydowanie więcej przykładów świadczących o braku tolerancji wobec osób transpłciowych, czy ogólnie niecisnormatywnych, istnieją przypadki traktowania ich wręcz odwrotnie. Taki wyjątkowy przypadek stanowi sprawa Tomasine Hall z Wirginii, o płci męskiej przypisanej po urodzeniu, która czuła przynależność do obu płci (Norton, 1996). Ósmego kwietnia 1629 roku Sąd Główny dla Wirginii wydał wyrok nakazujący uważać ją za osobę przynależącą do obu płci i przyznał jej prawo do noszenia elementów ubioru zarówno kobiecego i męskiego (Norton, 1996; Jakubowski, 2015a).

Na przełomie XVII i XVIII wieku osobą publicznie eksponującą swoją niecisnormatywność był gubernator Nowego Jorku i New Jersey Edward Hyde. Wzbudził on ogólną sensację, gdy pojawił się w sukni i bogato utrefionej fryzurze na otwarciu Walnego Zgromadzenia w Nowym Jorku w 1702 roku (Bonomi, 2000). W tym samym okresie, na początku XVIII wieku, w Anglii istniała grupa tzw. *mollies*, transwestytycznych osób o płci męskiej przypisanej po urodzeniu, homoseksualnych (względem płci przypisanej po urodzeniu) (Garton, 2004; Jakubowski, 2015a). Nazwa *mollies* pochodzi od nazwy londyńskiej tawerny MollyClap's House, która stała się wówczas miejscem schadzek homoseksualnych mężczyzn i osób obecnie określanych jako transpłciowe (Norton, 2008).

Dawniej osoby transpłciowe rzadko mówiły o swojej transpłciowości. Jednym z wyjątków pod tym względem był żyjący w latach 1728–1810 Chevalier d'Éon, francuski dyplomata, szpieg Ludwika XV i żołnierz, którego można by określić, stosując współczesną terminologię, jako osobę transwestytyczną (Bullough i Bullough, 1993). Pomimo wielu dowodów na istnienie transpłciowości i zachowań z nią związanych, zjawisko to bardzo długo stanowiło tabu (Jakubowski, 2015a). Podane przykłady ilustrują tylko niewielki fragment transpłciowej rzeczywistości. Okres wiedzy przednaukowej, również tej dotyczącej zjawiska transpłciowości, cechuje zdawkowość informacji, niedokładność i brak usystematyzowania.

Jak wspomniano, za początek okresu naukowego w historii transpłciowości uważa się rok 1867, w którym Karl Heinrich Ulrichs opublikował *Forschungen über das Räthsel der mannmännlichen Liebe* (Jakubowski, 2015a). Ulrichs przedstawił w tej pracy pierwszą typologię osób, które obecnie można by nazwać transpłciowymi, mianowicie *Urning* oraz *Urningin* (Ulrichs, 1867/1994). Termin *Urning* oznacza osobę o męskiej płci przypisanej po urodzeniu i kobiecej płci psychicznej, preferującą mężczyzn jako partnerów; podczas gdy termin *Urningin*, odnosi się do osób o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu, ale o męskiej płci psychicznej, preferujących kobiety jako partnerki (Ulrichs, 1867/1994; Jakubowski 2015a). Chociaż typologia ta nie obejmuje całej różnorodności zjawiska transpłciowości, stanowi pierwszą naukową próbę jego opisu (Bullough, 1975; Jakubowski, 2015a).

W naukach medycznych jako pierwszy zajął się transpłciowością Carl Friedrich Otto Westphal, który nazwał to zjawisko *Konträre Sexualempfindlung*, w dziele o takim tytule (Nieder i Richter-Appelt, 2011). W 1886 roku, w swoim *magnum opus Psychopatia sexualis* (1895/1978), Richard Freiherr von Krafft-Ebing, pionier seksuologii, opisał zjawisko, które określił mianem *metamorphosis sexualis paranoia*, wykazujące, do pewnego stopnia, podobieństwo do współczesnego rozumienia transseksualności. W 1916 roku Maximilian Marcuse opublikował pracę *Ein Fall von Geschletsumwandlungstrieb*, w której opisał zjawisko *Geschlechtumwandlungstrieb*, przypominające inwersję seksualną (Nieder i Richter-Appelt, 2011). Różni się jednak od niej tym, że jednostka, której dotyczy, odczuwa silną potrzebę operacyjnej korekty płci (Marcuse, 1916; Bullough, 1975; Nieder i Richter-Appelt, 2011). Jak można zauważyć, wczesny okres naukowy charakteryzowała pogłębiająca się medykalizacja transpłciowości oraz koncentrowanie się na zjawisku, które później

zostanie nazwane transseksualnością; tendencja ta będzie dominować aż do początku XXI wieku.

Eonizm (od kawalera d'Éon), zjawisko później zwane transwestytycznością, zostało po raz pierwszy naukowo opisane przez brytyjskiego lekarza Havelocka Ellisa, twórcę współczesnej seksuologii, w jego największym dziele *Studies in the psychology of sex*, nad którym pracował w latach 1897–1928 (Ellis, 1914, 1928). Termin *transseksualizm* po raz pierwszy został użyty w 1907 roku w czasopiśmie „The Medical Times"; odnosił się on do osób współcześnie uważanych za transpłciowe, niekoniecznie jednak odczuwających dysforię płciową. Kilka lat później, w 1923 roku, Magnus Hirschfeld, inny z ojców współczesnej seksuologii, posłużył się tym terminem w artykule *Die intersexuelle Konstitution*, który został wydany w *Jahrbuch for sexuelle Zwischenstufen.* Termin, którego użył, to *seelischen Transsexualismus* (umysłowa transseksualność). Transseksualność w rozumieniu Hirschfelda różniła się jednak od współczesnego znaczenia tego terminu, bliżej jej było do transpłciowości w całym jej szerokim znaczeniu (Hirschfeld, 1923). Osobę obecnie określaną jako transseksualną lub doświadczającą dysforii płciowej Hirschfeld (1923) nazwał *transvestite.* Dopiero w 1949 roku została sformułowana współczesna definicja transseksualności; jej autorem jest David Olivier Cauldwell, amerykański seksuolog, który opisał to zjawisko w artykule zatytułowanym *Psychopatia transexualis* (*sic!*) (Imieliński, 1985).

W tym okresie zostały również przeprowadzone pierwsze operacyjne korekty płci. Pod nadzorem Magnusa Hirschfelda, w berlińskim Instytucie Badań nad Seksualnością, zostały przeprowadzone operacje korekty płci Dörchen Richter i Lili Elbe (popularnej duńskiej malarki, znanej wcześniej jako Einar Wegener). W przypadku tej ostatniej pełna rekonstrukcja żeńskich narządów płciowych, przeprowadzona w 1930 roku, zakończyła się niepowodzeniem i pacjentka zmarła. Dwa lata później, przeprowadzono pierwszą operację korekty płci, która została w pełni refundowana przez rząd niemiecki (Imieliński, 1985).

By operacyjna korekta płci stała się wreszcie możliwa, potrzeba było wiele lat badań w różnych dziedzinach. Przykładem mogą być badania na zwierzętach przeprowadzone przez austriackiego fizjologa Eugena Steinacha i opisane przez niego w artykule *Feminization of males and masculization of females* (1913) (Meyerowitz, 2002; Poteat i in., 2019; Jakubowski, 2015a). Istotne znaczenie miały również badania w dziedzinie endokrynologii oraz doświadczenia w zakresie chirurgicznej rekonstrukcji członka, przeprowadzanej u żołnierzy rannych podczas pierwszej wojny światowej (Meyerowitz, 2002; Poteat i in., 2019).

W ramach okresu naukowego można wydzielić okres emancypacyjny, w którym osoby transpłciowe zaistniały w świadomości społecznej i stały się widoczne. Wtedy też zaczęły się one organizować, tworząc grupy umożliwiające im wspólne dbanie o swoje prawa. Istotne dla emancypacji osób transpłciowych było nagłośnienie w 1952 roku operacyjnej korekty płci Christine Jorgensen i światowy rozgłos, jaki w ten sposób uzyskała (Jakubowski, 2013, 2014, 2015a). Kluczowym momentem w historii transpłciowości było również utworzenie w 1964 roku przez transmężczyznę Reeda Ericksona fundacji (zwanej Fundacją Ericksona). Celem tej fundacji było propagowanie tolerancji wobec osób należących do mniejszości płciowych oraz sponsorowanie badań dotyczących transpłciowości (Jakubowski, 2013, 2014, 2015a). Punktem zwrotnym w emancypacji mniejszości nie tylko seksualnych, ale także płciowych były wydarzenia w 1969 roku wywołane interwencją policji w Stonewall Inn w Nowym Yorku, a także aktywność Marshy P. Johnson oraz Sylvii Rivery (Meyerowitz, 2002; Jakubowski, 2013, 2014, 2015a).

1.9. Kształtowanie się tożsamości osób transpłciowych

W kontekście kształtowania się tożsamości osób transpłciowych i niebinarnych dyskutowany jest wiek zidentyfikowania niezgodności płciowej. Badania Oh i współpracowników (2024) wskazują, że 87% respondentów zdało sobie sprawę ze swojej transpłciowości lub niebinarności przed piętnastym rokiem życia. Natomiast analiza Turbana i współpracowników (2023) wskazała, że 40,1% osób badanych zidentyfikowało niezgodność płciową po 10. roku życia.

Jak dotąd wśród badaczy brakuje zgody co do mechanizmów kształtujących tożsamość osób z mniejszości płciowych i seksualnych. Wynika to z przyjmowanych założeń, które odzwierciedlają powszechnie panujące dylematy naukowo-społeczne i humanistyczne: nauka czy kultura, biologiczny esencjalizm czy konstruktywizm społeczny (Eliason, 1996; Eliason i Schope, 2007). Zgodnie z biologicznym esencjalizmem, tożsamość płciowa czy seksualna są wrodzone lub zostały ukształtowane na bardzo wczesnych etapach rozwoju człowieka. Taka interpretacja ludzkiej płciowości i seksualności umożliwia stworzenie linearnych modeli kształtowania się tożsamości (Eliason, 1996; Eliason i Schope, 2007). Konstruktywizm społeczny wiąże się z przeciwnym podejściem, opartym na założeniu o wpływie kultury na rozwój jednostki

(np. teoria queer). Taka interpretacja mechanizmów odpowiedzialnych za formowanie ludzkiej płciowości i seksualności uniemożliwia stworzenie linearnego modelu kształtowania się tożsamości (Eliason, 1996; Eliason i Schope, 2007; Katz-Wise, Budge i in., 2017).

Pierwszy model rozwoju tożsamości osób transpłciowych został stworzony przez Gagné, Tewksbury'ego i McGaughey (1997). Wyróżnili oni cztery etapy tego procesu: pierwszy dotyczy wczesnych doświadczeń transpłciowych; drugi dotyczy coming outu przed samym sobą; trzeci dotyczy coming outu w otoczeniu; a czwarty – egzekwowania swojej tożsamości, życia w zgodzie z nią. Drugi model formowania się tożsamości osób transpłciowych zaproponowali Nuttbrock i współpracownicy (2002, za: Eliason i Schope, 2007). Oni również wyróżnili cztery etapy kształtowania się tożsamości osób transpłciowych – etap świadomości (*awareness*), etap wdrażania zachowań zgodnych z płcią doświadczaną (*performance*), etap zgodności (*congruence*) oraz etap wsparcia (*support*).

Devor (2004) stworzył model stadialnego rozwoju tożsamości osób transseksualnych/transpłciowych, który składa się z czternastu etapów (Devor, 2004, s. 43): (1) etap trwałego lęku (nieskupionego dyskomfortu; *abiding anxiety*); (2) etap dezorietnacji związanej z przypisaną po urodzeniu płcią biologiczną i psychiczną (*identity confusion about originally assigned gender and sex*); (3) etap tożsamościowych porównań płci biologicznej i psychicznej (*identity comparisons about originally assigned gender and sex*); (4) etap odkrycia transseksualizmu oraz transpłciowości (*discovery of transsexualism and transgenderism*); (5) etap tożsamościowej dezorientacji związanej z transseksualizmem lub transpłciowością (*identity confusion about transsexualism or transgenderism*); (6) etap tożsamościowych porównań dotyczących transseksualizmu oraz transpłciowości (*identity comparisons about transsexualism or transgenderism*); (7) etap tolerancji transseksualnej/transpłciowej tożsamości (*tolerance of transsexual or transgender identity*); (8) etap opóźnienia akceptacji transseksualnej/transpłciowej tożsamości (*delay before acceptance of transsexual or transgender identity*); (9) etap akceptacji transseksualnej/transpłciowej tożsamości (*acceptance of transsexual or transgender identity*); (10) etap opóźniania tranzycji (*delay before transition*); (11) etap tranzycji (*transition*); (12) etap akceptacji tożsamości posttranzycyjnych (*acceptance of post-transitiongender and sex identities*); (13) etap integracji (*integration*); (14) etap dumy (*pride*).

Stadium trwałego lęku (nieskupionego dyskomfortu) cechuje dyskomfort związany z własną płcią biologiczną i/lub psychiczną. Na tym etapie, jednostka

wybiera towarzystwo płci przeciwnej oraz typowe dla niej aktywności (Devor, 2004). W stadium dezorientacji związanej z przypisaną po urodzeniu płcią biologiczną i psychiczną pojawiają się wątpliwości co do adekwatności płci przypisanej jednostce po urodzeniu. Zwykle na tym etapie jednostka, wbrew swoim potrzebom oraz odczuciom próbuje wpasować się w stereotyp płci przypisanej jej po urodzeniu. Stadium tożsamościowych porównań płci biologicznej i psychicznej polega głównie na porównywaniu przez jednostkę dostępnych możliwości w zakresie płci społeczno-kulturowej. W stadium odkrycia transseksualizmu oraz transpłciowości jednostka dowiaduje się o istnieniu transseksualizmu/transpłciowości. W stadium tożsamościowej dezorientacji związanej z transseksualizmem lub transpłciowością jednostkę nachodzą wątpliwości dotyczące jej (jeszcze) domniemanego, transseksualizmu/transpłciowości. W stadium tożsamościowych porównań dotyczących transseksualizmu i transpłciowości jednostka testuje, które z tych określeń lepiej do niej pasuje. Na tym etapie często zaczyna odrzucać tożsamość oraz płeć przypisaną jej po urodzeniu (Devor, 2004). Stadium tolerancji transseksualnej/transpłciowej tożsamości to okres, gdy jednostka wstępnie identyfikuje się jako osoba transseksualna i/lub transpłciowa. W stadium opóźnienia akceptacji transseksualnej/transpłciowej tożsamości jednostka koncentruje się przede wszystkim na poszukiwaniu potwierdzenia swojej transseksualnej i/lub transpłciowej tożsamości. Stadium akceptacji transseksualnej/transpłciowej tożsamości (*acceptance of transsexual or transgender identity*) to okres, w którym jednostka akceptuje swoją tożsamość transseksualną i/lub transpłciową. Na tym etapie osoby transseksualne/transpłciowe najczęściej dokonują coming outu. W stadium opóźniania tranzycji jednostka przygotowuje się do tranzycji i ostatecznie odrzuca tożsamość oraz płeć przypisaną jej po urodzeniu. W stadium tranzycji jednostka funkcjonuje najczęściej w roli typowej dla płci, z którą się identyfikuje. W tym czasie, przeprowadza korektę płci biologicznej i metrykalnej. Stadium akceptacji tożsamości posttranzycyjnych (*acceptance of post-transition gender and sex identities*) to okres budowania tożsamości jednostki po tranzycji. Stadium integracji (*integration*) charakteryzuje się harmonijnym rozwojem tożsamości jednostki; na tym etapie osoby transseksualne często starają się ukrywać swoją transpłciowość. W ostatnim stadium – stadium dumy jednostka zwykle „otwarcie" funkcjonuje jako osoba transseksualna lub transpłciowa (Devor, 2004).

Lev (2004) zaproponowała model kształtowania się tożsamości składający się z sześciu etapów: świadomości (*awareness*); poszukiwania informacji

oraz osób o podobnych doświadczeniach (*seeking information / reaching out*); coming outu wśród bliskich (*disclosure to significant others*); eksplorowania tożsamości oraz tranzycji (*exploring identity and transition*); eksplorowania tranzycji oraz potencjalnych modyfikacji ciała (*exploring transition and possible body modification*); integracji (tożsamości) i dumy (z niej) (*integration and pride*).

Etap świadomości, według Lev (2004), wiąże się ze zidentyfikowaniem u siebie poczucia inności w kontekście tego, jak jednostka doświadcza płci w obliczu norm i oczekiwań względem płci jej przypisanej. Doświadczenia te, jak podkreśla Lev, mogą mieć swój początek już we wczesnym dzieciństwie. Etap poszukiwania informacji oraz osób o podobnych doświadczeniach wiąże z początku z poszukiwaniem informacji na temat transpłciowości (albo szerzej informacji ułatwiających zrozumienie swoich doświadczeń), by potem dążyć do nawiązania kontaktu z innymi osobami transpłciowymi. Etap coming outu wśród bliskich polega na ujawnianiu rodzinie oraz innym bliskim informacji o tym, jak jednostka doświadcza swojej płci. Etap eksplorowania tożsamości oraz tranzycji charakteryzuje się poszukiwaniem określenia w odniesieniu do swojej tożsamości płciowej oraz stopniowym jej akceptowaniem, eksplorowaniem ról i ekspresji płciowej, jak również rozważaniami nad tranzycją medyczną. Etap eksplorowania tranzycji oraz potencjalnych modyfikacji ciała ma wiązać się z klaryfikacją preferowanej ekspresji i dalszym eksplorowaniem lub też już podejmowaniem się tranzycji medycznej. Etap integracji (tożsamości) i dumy (z niej) (*integration and pride*) badaczka charakteryzuje jako ten wiążący się z pełną integracją tożsamości i czerpaniem dumy z niej (Lev, 2004).

Modyfikując model kształtowania się tożsamości seksualnej na przestrzeni życia (*lifespan model of sexual orientation identity development*) autorstwa D'Augelliego (1994), Bilodeau (2005) wyróżnił sześć procesów rozwojowych związanych z tożsamością płciową osób transpłciowych: pierwszy polega na rezygnacji z cispłciowej tożsamości; drugi – na konstruowaniu tożsamości osoby transpłciowej; trzeci – na formowaniu tożsamości społecznej osoby transpłciowej; czwarty – na stawaniu się transpłciowym potomstwem; piąty – na kształtowaniu intymności, relacji emocjonalnych i fizycznych; szósty – na dążeniu do odnalezienia swojego miejsca w środowisku osób transpłciowych.

Z kolei Bockting i Coleman (2007, 2016) dokonali adaptacji modelu rozwoju tożsamości homoseksualnej Colemana (1981), w którym wyróżnili pięć stadiów: stadium przed coming outem (*pre-coming out*); stadium coming outu (*coming out*); stadium eksploracji tożsamości płciowej oraz jej ekspresji (*exploration*);

stadium intymności (*intimacy*); stadium integracji tożsamości (*identity integration*). Stadium pierwsze – przed coming outem, według Bocktinga i Colemana (2007, 2016), wiąże się z doświadczaniem niezgodności płciowej, ale jeszcze na tym etapie nie jest tak nazywane przez osobę ją doświadczającą. W stadium coming outu (*coming out*) jednostka identyfikuje u siebie niezgodność płciową, dokonuje „wewnętrznego" coming outu (przed sobą samą), jak również coming outu przed innymi. Stadium eksploracji tożsamości płciowej oraz jej ekspresji (*exploration*), według Bocktinga i Colemana (2007, 2016), przede wszystkim obejmuje proces identyfikowania tożsamości i ekspresji płciowej przez jednostkę oraz poszukiwania osób o podobnych doświadczeniach, co ma na celu zarówno wytworzenie poczucia przynależności, jak i akceptację siebie jako osoby transpłciowej. Stadium czwarte – intymności (*intimacy*) – charakteryzuje się rozwojem pragnienia bliskości, pierwszymi związkami romantycznymi w roli płci, z którą się jednostka identyfikuje. Ostatnie stadium – integracji tożsamości (*identity integration*) – wiąże się z integracją prywatnej i publicznej tożsamości w kontekście identyfikacji płciowej i seksualnej (Bockting i Coleman, 2007, 2016).

Morgan i Stevens (2012), na podstawie przeprowadzonych badań jakościowych, wyróżniły trzy etapy kształtowania się tożsamości wśród transpłciowych kobiet: etap wczesnego poczucia rozdźwięku pomiędzy ciałem a umysłem (*early sense of body-mind dissonance*), etap zarządzania i negocjowania tożsamości (*managing and negotiating identities*) i etap tranzycji (*process of transition*). Etap wczesnego poczucia rozdźwięku pomiędzy ciałem a umysłem Morgan i Stevens definiują jako okres, w którym jednostka po raz pierwszy zaczyna doświadczać niezgodności płciowej oraz podejmować działania związane z cross-dressingiem w okresie dziecięcym. Etap drugi – zarządzania i negocjowania tożsamości wiąże się z ukrywaniem w różnym zakresie niecisnormatywnej tożsamości oraz funkcjonowaniem w roli płciowej zgodnej z płcią przypisaną po urodzeniu. Natomiast etap tranzycji, według badaczek ma wiązać się z procesem akceptacji swojej transpłciowości przez jednostkę i podejmowaniem przez nią różnych form tranzycji (społecznej, medycznej i prawnej) (Morgan i Stevens, 2012).

Pollock i Eyre (2012), na podstawie przeprowadzonych badań, wyróżnili trzy stadia kształtowania się tożsamości wśród młodych osób transmęskich: stadium narastania świadomości własnej płciowości (*growing sense of gender*), stadium zidentyfikowania transpłciowości i kształtowania tożsamości z nią

związanej (*recognition of transgender identity*) oraz stadium społecznego dostosowania (*social adjustment*). Stadium narastania świadomości własnej płciowości, według badaczy, charakteryzuje się stopniowym nabywaniem poczucia inności w kontekście płci przypisanej im po urodzeniu. Stadium zidentyfikowania transpłciowości oraz kształtowania tożsamości z nią związanej wiąże się z „odkryciem" przez jednostkę, że jest osobą transpłciową. Natomiast stadium społecznego dostosowania dzieli się na kilka podetapów: coming outów i społecznej tranzycji, tranzycji medycznej oraz integracji doświadczeń związanych z płcią na poziomie intra- i interpersonalnym (Pollock i Eyre, 2012).

Levitt i Ippolito (2014), na podstawie przeprowadzonych badań, opisały trzy podstawowe procesy związane z kształtowaniem się tożsamości płciowej osób transpłciowych. Pierwszy z nich dotyczy tworzenia konstruktów i znaczeń płci, dzięki którym jednostka może w sposób autentyczny reprezentować swoje doświadczenia z płcią. Drugi wiąże się z rozwijaniem umiejętności informowania innych o swojej tożsamości oraz prezentowania siebie tak, aby być spostrzeganym/spostrzeganą zgodnie z doświadczaną płcią. Trzeci proces związany jest z zachowaniem równowagi między realizowaniem potrzeby samorealizacji w zgodzie z doświadczaną płcią a zachowaniem bezpieczeństwa w dyskryminujących warunkach polityczno-społeczno-ekonomicznych (Levitt i Ippolito, 2014).

Pinto i Moleiro (2015), na podstawie przeprowadzonych badań, wyróżnili pięć etapów kształtowania się tożsamości: (1) zdezorientowania i narastającego poczucia odmienności płciowej (*confusion and increasing sense of gender difference*); (2) odnajdywania wytłumaczenia oraz określenia własnej tożsamości (*finding an explanation and label: exploring identity*); (3) eksplorowania możliwych opcji działania (*deciding what to do and when: exploring options*); (4) przyjmowania nowej tożsamości społecznej i poddania się modyfikacjom ciała (*embracing gender identity: performing a new socialidentity and undergoing body modifications*); (5) skonsolidowania tożsamości i niewidzialności (*identity consolidation and invisibility*). Pierwszy etap, według Pinto i Molerio, wiąże się z narastającym poczuciem inności i związanym z nim poczuciem dezorientacji. Drugi etap to odnajdywanie informacji dotyczących niezgodności płciowej oraz identyfikowanie zbieżności z własnymi doświadczeniami. Trzeci etap polega na eksplorowaniu opcji związanych z różnymi formami tranzycji. Na czwartym etapie jednostka podejmuje się różnych form tranzycji. Natomiast piąty etap wiąże się w dużej mierze z dalszym funkcjonowaniem w preferowanej

roli płciowej, przy czym kwestia statusu mniejszościowego jednostki schodzi na dalszy plan (Pinto i Moleiro, 2015).

Pullen Sansfaçon wraz ze współpracownikami (2020) wyróżnili dwie kategorie podstawowych procesów biorących udział w kształtowaniu się tożsamości płciowej. Pierwsze z nich, procesy osobiste, związane są z doświadczaniem dysforii płciowej, doświadczanymi emocjami, tworzeniem znaczeń. Drugie, procesy społeczne, wiążą się z doświadczanymi emocjami, tworzeniem znaczeń oraz eksplorowaniem i eksperymentowaniem z informacjami zwrotnymi z otoczenia. Badacze wskazali też trzy trajektorie kształtowania się tożsamości płciowej osób transpłciowych i niebinarnych. Pierwsza z nich charakteryzuje się wczesnym doświadczaniem dysonansu, wczesną afirmacją tożsamości oraz wczesną tranzycją. Druga trajektoria wiąże się z wczesnym doświadczaniem dysonansu, ale opóźnioną tranzycją. Ostatnia, trzecia trajektoria charakteryzuje się późnym okresem rozpoczęcia doświadczania dysforii płciowej (najwcześniej po rozpoczęciu dojrzewania) oraz późniejszą tranzycją (Pullen Sansfaçon i in., 2020).

Rozdział 2

Tranzycja

W niniejszym rozdziale została omówiona pokrótce tranzycja oraz formy korekty płci, której może podjąć się osoba transpłciowa w celu redukcji doświadczanej dysforii płciowej, dostosowania swojego funkcjonowania tak, aby było zgodne z płcią doświadczaną. Uwzględniono kwestie społeczne związane z funkcjonowaniem w roli płciowej zgodnej z identyfikacją jednostki, jak również medyczno-psychologiczne oraz prawne aspekty korekty płci.

2.1. Tranzycja – podstawowe definicje

Tranzycja to proces, a właściwie grupa procesów, których celem jest zredukowanie rozbieżności między płcią, która została jednostce przypisana po urodzeniu, a tą, z którą się identyfikuje (Jakubowski, 2015b; Chang i in., 2018; Leibowitz, 2018). Wyróżnić można tranzycję społeczną, prawną oraz medyczną (Chang i in., 2018; Leibowitz, 2018). Ważną do odnotowania kwestią jest to, że nie każda osoba transpłciowa czy niebinarna przechodzi przez wszystkie te trzy procesy, co może wynikać z preferowanego przez jednostkę zakresu tranzycji, jak również znaczenie mogą mieć inne czynniki – takie jak np. finanse (Sineath i in., 2016), zdrowie, ograniczony dostęp do specjalistów zajmujących się pomocą osobom transpłciowym i niebinarnym czy wreszcie brak wystarczającej wiedzy na temat transpłciowości wśród specjalistów (McIntyre i in., 2012; Roberts i Fantz, 2014; Sanganjanavanich, 2014; Safer i in., 2016; Romanelli i Hudson, 2017; Murjan i T'Sjoen, 2018; Pucket i in., 2018; Salkas i in., 2018; Safer i Chan, 2019).

W mediach i popkulturze tranzycja czy też korekta płci przedstawiana jest często jako jednorazowe, krótkie wydarzenie w życiu jednostki. Ktoś nagle „przeobraża się" w przedstawiciela płci, z którą się identyfikuje. Jednak nawet

osoby, których tranzycja prezentowana jest jako relatywnie szybka, przechodzą przez długotrwałe procesy związane między innymi z procedurami medyczno-psychologicznymi. Składają się na nie: diagnozy – psychologiczna, psychiatryczna i seksuologiczna; hormonalne interwencje afirmujące płeć (HIAP; hormonalna terapia zastępcza [HRT] trwa z reguły do końca życia); zabiegi chirurgiczne – liczne i często wieloetapowe; postępowania prawne (w warunkach polskich konieczne jest pozwanie rodziców o błędne oznaczenie płci metrykalnej w akcie urodzenia i proces sądowy, podczas którego biegli specjaliści mają potwierdzić zasadność diagnozy transseksualizmu, dysforii płciowej, niezgodności płci). Równocześnie do tych procedur przebiega proces ujawniania swojej tożsamości w coraz szerszych kręgach społecznych. Tak rozumiana tranzycja może zająć wiele lat (Israel i Tarver, 1997a).

2.1.1. Tranzycja społeczna

Tranzycja społeczna może być rozumiana jako proces ujawniania otoczeniu informacji o swojej transpłciowości, płci, z którą identyfikuje się jednostka (Jakubowski, 2015b; Chang i in., 2018; Leibowitz, 2018). Poza deklarowaniem płci, z którą jednostka się identyfikuje, w ramach tego procesu może dokonywać dopasowywania ekspresji płciowej względem swojej tożsamości (Wylie, Knudson i in., 2016). Może ona obejmować zmiany w zakresie: ubioru (niedotyczące stroju, np.: noszenie bindera, czyli tzw. spłaszczaka [bluzka spłaszczająca klatkę piersiową], czy też tzw. pakera [prawidło w kształcie członka i moszny formujące sylwetkę dolnej części ciała] przez osoby transmęskie; czy w wypadku osób transkobiecych – noszenie tzw. *cameltoe* [odpowiednik „pakera"], tzw. *tucking* i *taping* [układanie/przyklejanie członka w stronę odbytnicy] [Tobin, 2021], noszenie biustonoszy z silikonowym wypełnieniem, poduszek uwypuklających biodra i pośladki), makijażu (maskulinizującego/feminizującego), komunikacji werbalnej (dotyczące np. stosowanych form rodzajowych, idiomów etc.) i niewerbalnej (dotyczące np. haptyki, okulezji, proksemiki, chronomiki, gestów czy mimiki), zmiany wysokości głosu (np. w toku treningu, terapii głosu) (Thornton, 2008; Gelfer i Tice, 2013; Hancock i Garabedian, 2013; Wylie, Knudson i in., 2016; Antonil, 2018; Olszewski i in., 2018; Nolan i in., 2019; Sawyer, 2019; Mills i Stoneham, 2020) i szeroko rozumianej motoryce (Wylie, Knudson i in., 2016). Prócz tego tranzycja społeczna

może wiązać się z odmiennym sposobem realizowania potrzeb fizjologicznych (np. oddawaniem moczu w pozycji siedzącej w wypadku osób transkobiecych czy w pozycji stojącej wśród osób transmęskich z wykorzystaniem lejków lub tzw. sikadeł [urządzenia uformowanego na kształt członka pozwalającego oddawać mocz w pozycji stojącej]) czy korzystaniem z płciowo skategoryzowanych przestrzeni publicznych (w tym wypadku głównym przykładem są toalety) (Jakubowski, 2015b; Chang i in., 2018). Oczywiście zakres zmian uwarunkowany jest indywidualnie i może zależeć od etapu integracji tożsamości związanej z płcią inną niż ta przypisana po urodzeniu. Można by dojść do wniosku, że im większy poziom integracji tożsamości, tym szerszy zakres zmian – trudno jednak przyjąć to za regułę, a biorąc pod uwagę modele kształtowania się tożsamości osób transpłciowych (Gagné i in., 1997; Devor, 2004; Lev, 2004; Bilodeau, 2005; Bockting i Coleman, 2007), intensyfikacja zmian ekspresji może być tylko etapem, w którym jednostka eksploruje różne jej formy, by na wyższych poziomach integracji tożsamości osiągnąć pewne preferowane optimum.

2.1.2. Tranzycja prawna

Tranzycja prawna to przede wszystkim prawna zmiana oznaczenia płci (metrykalnej), zmiana imienia (imion), a także zaktualizowanie wszelkich dokumentów wystawionych na „stare" dane sprzed prawnej korekty płci (Urban, 2009; Dynarski i in., 2010; Holewińska-Łapińska, 2010; Śledzińska-Simon, 2010, 2013; Dębińska, 2015; Mazurczak, 2020; Bielska-Brodziak i in., 2024).

2.1.3. Tranzycja medyczna

Na tranzycję medyczną może składać się proces diagnostyki psychologicznej, psychiatrycznej i seksuologicznej (Israel i Tarver, 1997b; Cohen-Kettenis i Gooren, 1999; Lev, 2004; Lawrence, 2008; Urban, 2009; Hędzelek, 2010; Mędraś i Jóźków, 2010; Prince i Potoczniak, 2012; Bullock i Wood, 2016; Finn, 2016; Kleiger, 2016; Wylie, Knudson i in., 2016; Hadj-Moussa i in., 2018a; Jakubowski, 2018a; Chang i in., 2018; Robacha, 2010; Grabski, Dora i in., 2020) i hormonalne interwencje afirmujące płeć (które wdrażane są po postawieniu

diagnozy transseksualizmu, dysforii płciowej, niezgodności płci) (Moore i in., 2003; Dahl i in., 2006; Hembree i in., 2009; Unger, 2016; Wylie i in., 2016; Hembree i in., 2017; Houlberg, 2018; Radix, 2019a; Qian, Jr., i Safer, 2020; Trofimiku-Müldner, 2020; Iuliano i in., 2021), o działaniu feminizującym dla osób transpłciowych, którym przypisano męską płeć po urodzeniu (Israel i Tarver, 1997c; Moore i in., 2003; Dahl i in., 2006; Hembree i in., 2009; Gooren i in., 2008; Coleman i in., 2012; Smith i in., 2014; Fabris i in., 2015; Fisher i Maggi, 2015; Weinand i Safer, 2015; Gooren, 2016; Unger, 2016; Hembree i in., 2017; Radix i Davis, 2017; Tangpricha i Den Heijer, 2017; Wesp i Deutsch, 2017; Seal, 2018; Bretherton i in., 2019; Fishman i in., 2019; Hamidi i Davidge-Pitts, 2019; Prior, 2019; Radix, 2019b; T'Sjoen i in., 2019; Qian, Jr., i Safer, 2020; Min i Hopkins, 2021; Coleman i in., 2022), lub maskulinizującym, dla osób o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu (Israel i Tarver, 1997c; Moore i in., 2003; Dahl i in., 2006; Hembree i in., 2009; Gooren i in., 2008; Urban, 2009; Mueller i in., 2010; Coleman i in., 2012; Smith i in., 2014; Fabris i in., 2015; Weinand i Safer, 2015; Gooren, 2016; Unger, 2016; Hembree i in., 2017; Irwig, 2017; Radix, i Davis, 2017; Moravek, 2018; Narasimhan i Safer, 2018; Seal, 2018; Bretherton i in., 2019; Defreyne i T'Sjoen, 2019; Fishman i in., 2019; Radix, 2019b; T'Sjoen i in., 2019; Qian, Jr., i Safer, 2020; Trofimiku-Müldner, 2020; Min i Hopkins, 2021; Coleman i in., 2022).

Drugą formą medycznej tranzycji są wszelkie zabiegi chirurgiczne, które mają dostosować ciało do płci odczuwanej (Selvaggi i Bellringer, 2011; Wylie i in., 2012; Wroblewski i in., 2013; Wylie, Knudson i in., 2016; Wylie, Wootton i in., 2016; Claes, Pattyn i in., 2018, 2018b; Morrison i in., 2018; Narayan i in., 2019; Schechter i Schechter, 2020; Thomas, 2020; Żołądek i Pliczko, 2020) – w wypadku osób o męskiej płci przypisanej po urodzeniu mogą to być np.: implantowanie piersi (Bowman i Goldberg, 2006; Papa i in., 2015; Wylie, Wootton i in., 2016; Yelland, 2018; Miller i in., 2019; Schechter i Schechter, 2020), implantowanie pośladków (Monstrey i in., 2014), chondroplastyka (Hammond i in., 2019), laryngoplastyka (Cavalot i Cossu, 2015; Cohen i Rosow, 2019), glottoplastyka (Rogalska i in., 2024), klitoroplastyka, orchidektomia, penektomia, waginoplastyka, wulwoplastyka (Selvaggi i in., 2005; Fetih i in., 2015; Liguori i in., 2015; Perović, 2015; Trombetta, 2015; Verze i in., 2015; Claes, Pattyn i in., 2018; Hadj-Moussa i in., 2018b; Pariser i Kim, 2019; Ferrando i Bowers, 2020), obniżenie linii włosów (Garcia-Rodriguez i in., 2020) i inne zabiegi feminizujące twarzoczaszkę (Becking i in., 2007; Raffaini i in., 2016; Berli i in.,

2017; Altman, 2018; Spiegel, 2019; Capitan i in., 2020; Sanz i in., 2024); do tej grupy można też zaliczyć usuwanie zarostu z wykorzystaniem lasera lub też elektrolizy (Bowman i Goldberg, 2006). W przypadku osób o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu wśród dostępnych zabiegów są: mastektomia (nazywana popularnie w środowisku osób transpłciowych jedynką) (Wylie, Wootton i in., 2016; Ramella i in., 2015; Claes, D'Arpa i Monstrey, 2018; Yelland, 2018; Cuccolo i in., 2019a, 2019b; Lane i in., 2020; Schechter i Schechter, 2020), panhisterektomia (popularnie nazywana dwójką) (Siedhoff i in., 2020; Chang i Ferrando, 2021), metoidioplastyka (Djordjević i in., 2009; Dijnović, 2015a; Stojanović i Djordjević, 2015; Bizić i in., 2019; Stojanović i in., 2021) i neofalloplastyka (oba zabiegi polegają na uformowaniu członka; popularnie nazywane „trójką"), skrotoplastyka (Felici i Felici, 2006; Arnež i in., 2015; Bettocchi i Spilotros, 2015; Dijnović, 2015b; Trombetta, Mazzon i in., 2015; van der Sluis i in., 2017; Schechter i Safa, 2018; Bizić i Djordjević, 2020; Schechter i Facque, 2021), chondroplastyka (w wypadku osób żeńskiej o płci przypisanej po urodzeniu – zabieg polegający na zarysowaniu tzw. jabłka Adama) (Hammond, Cohen i Rosow, 2019).

Trudno też stwierdzić, że te procesy muszą przebiegać w pewnej określonej kolejności, a koniec jednego ma się z definicji wiązać z początkiem kolejnego z procesów tranzycji (Wylie, Knudson i in., 2016; Wylie, Wootton i in., 2016; Chang i in., 2018). Niejednokrotnie wszystkie wspomniane procesy związane z tranzycją trwają równocześnie. W warunkach polskich wyjątkiem jest operacyjna korekta płci (orchidektomia i waginoplastyka w wypadku osób o męskiej płci przypisanej po urodzeniu, panhisterektomia i metoidioplastyka/neofalloplastyka w wypadku osób, którym po urodzeniu przypisano płeć żeńską), która może zostać przeprowadzona dopiero po prawnej korekcie płci.

2.2. Diagnostyka

W warunkach polskich proces tranzycji nie został jeszcze w pełni uregulowany. Polskie Towarzystwo Seksuologiczne opublikowało wytyczne dotyczące opieki nad dorosłymi osobami doświadczającymi niezgodności płciowej (Grabski i in., 2021). Stopniowo przyjmowane są standardy Światowego Stowarzyszenia Specjalistów(-tek) do spraw Zdrowia Osób Transpłciowych (The World Professional Association for Transgender Health) (Coleman i in., 2012, 2022), czemu

przysłużyło się ich polskie tłumaczenie (Coleman i in., 2012/2019). Przyjęty jest natomiast wymóg uzyskania trzech opinii – z zakresu psychologii, psychiatrii (Hędzelek, 2010; Deutsch, 2016; Byne i in., 2018a, 2018b; Beazer i in., 2024) i seksuologii (Robacha, 2004, za: Urban, 2009; Robacha, 2010, 2017).

Uwzględniana jest, z jednej strony, ocena natężenia objawów transseksualizmu / dysforii płciowej / niezgodności płciowej oraz zdolności do podjęcia świadomej decyzji (np. świadomej zgody na różne zabiegi związane z tranzycją) (Cavanaugh i in., 2016; Akcakaya i Mori, 2021; Ashley i in., 2021, 2024), z drugiej diagnoza różnicująca transseksualizm / dysforię płciową / niezgodność płciową z szeregiem zaburzeń, które w obrazie klinicznym mogą zawierać w sobie elementy niezgodności płciowej (Commander i Dean, 1990; Caldwell i Keshvan, 1991; Hashimoto, 1992; Israel i Tarver, 1997b; Jiloha i in., 1998; Caspari i in., 1999; Cohen-Kettenis i Gooren, 1999; Marks i in., 2000; Campo i in., 2001; Manderson i Kumar, 2001; Seil, 2004; Borras i in., 2007; Lev, 2004; Lawrence, 2008; Urban, 2009; Robacha, 2010; Mizock i Fleming, 2011; Eden i in., 2012; Prince i Potoczniak, 2012; Bullock i Wood, 2016; Finn, 2016; Kleiger, 2016; Safer i in., 2016; Wylie, Knudson i in., 2016; Wylie, Wootton i in., 2016; Budge i dickey, 2017; Oberheim i in., 2017; Shulman i in., 2017; Uvais i Sreeraj, 2017; Byne i in., 2018a, 2018b; Hadj-Moussa i in., 2018a; Jakubowski, 2018a, 2019; Chang i in., 2018; Kuppili i in., 2018; Grabski i in., 2020; Ziegler i in., 2020; Alves Rodrigues i in., 2024), takich jak: transwestytyzm w typie podwójnej roli, transwestytyzm fetyszystyczny, zaburzenia psychotyczne, zaburzenia afektywne, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, niepełnosprawność intelektualna (upośledzenie intelektualne), zaburzenia dysmorficzne, zespół skoptyjski, zaburzenia osobowości i zespół stresu pourazowego, zaburzenia dysocjacyjne.

2.2.1. Transwestytyzm o typie podwójnej roli

W wypadku transwestytyzmu o typie podwójnej roli – w odróżnieniu od transseksualizmu / dysforii płciowej – w obrazie klinicznym dominuje czasowa potrzeba funkcjonowania w roli płciowej innej niż ta przypisana po urodzeniu. Osoby transwestytyczne nie pragną poddać się interwencjom medycznym ani przeprowadzić prawnej korekty oznaczenia płci (WHO, 1992; Cohen-Kettenis i Gooren, 1999; Lawrence, 2008; Jakubowski, 2018a).

2.2.2. Transwestytyzm fetyszystyczny

Główną cechą transwestytyzmu fetyszystycznego jest przyjmowanie roli płci odmiennej niż ta przypisana po urodzeniu w celu osiągnięcia satysfakcji seksualnej. Zdarzają się osoby, które fantazjują o operacyjnej korekcie płci (a nawet do niej dążą) jako pewnego rodzaju ultymatywnym bodźcu seksualnym (WHO, 1992; Israel i Tarver, 1997b; Cohen-Kettenis i Gooren, 1999; Lawrence, 2008; Jakubowski, 2018a). Bywa jednak tak, że może być postawiona podwójna diagnoza, transwestytyzmu fetyszystycznego i transseksualizmu / dysforii płciowej / niezgodności płciowej. Zdarza się jednak, że cechy na pozór postrzegane jako fetyszystyczne są tylko etapem rozwojowym jednostki, która zaczyna afirmować swoją seksualność w zgodzie z tym, jak się identyfikuje, nawet jeszcze przed „wewnętrznym" coming outem – jako osoba o płci odmiennej niż ta przypisana po urodzeniu (WHO, 1992).

2.2.3. Zaburzenia psychotyczne

W zaburzeniach psychotycznych kwestia przynależności do płci innej niż ta przypisana po urodzeniu lub posiadania wiązanych z nią atrybutów nie jest zjawiskiem rzadkim (Gittleson i Levine, 1966; Gittleson i Dawson-Butterworth, 1967; Rajkumar, 2014; Stusiński i Lew-Starowicz, 2018a, 2018b). Może ujawniać się pod postacią tzw. urojeń pseudotransseksualnych (Commander i Dean, 1990; Caldwell i Keshvan, 1991; Hashimoto, 1992; Israel i Tarver, 1997b; Jiloha i in., 1998; Caspari i in., 1999; Cohen-Kettenis i Gooren, 1999; Marks i in., 2000; Campo i in., 2001; Manderson i Kumar, 2001; Seil, 2004; Borras i in., 2007; Lawrence, 2008; Zafar, 2008; Urban, 2009; Urban, i Rabe-Jabłońska, 2010; Mizock i Fleming, 2011; Eden i in., 2012; Kleiger, 2016; Byne i in., 2018a; Kuppili i in., 2018; Jakubowski, 2018a, 2019; Mujawar i in., 2021; Hegde i in., 2023).

Borras i współpracownicy (2007) wyróżnili cztery ich podstawowe typy – urojenia braku przynależności do płci przypisanej po urodzeniu, urojenia neutralności płciowej (braku płci), urojenia przynależności do płci innej niż ta przypisana po urodzeniu oraz urojenia przynależności do obu płci jednocześnie. W przypadku omamów dominują omamy czuciowe (Jakubowski, 2019) i wzrokowe (Gittleson i Levine, 1966; Connolly i Gittleson, 1971; Kleiger, 2016), związane z rozmiarem, a także typem genitaliów. Kwestia płci może również

ujawniać się w treści omamów słuchowych, w których głos komentuje lub nakazuje funkcjonowanie jako osoba o innej płci niż ta przypisana po urodzeniu (Kleiger, 2016; Jakubowski, 2019).

Pomocne w diagnozie różnicowej zaburzeń psychotycznych z transseksualizmem / dysforią płciową / niezgodnością płciową jest ocena trwałości doświadczenia niezgodności (również w okresach remisji zaburzeń psychotycznych) czy też nagłości jej wystąpienia, ocena krytycyzmu co do płci, która została przypisana po urodzeniu jednostce (Israel i Tarver, 1997b; Cohen-Kettenis i Gooren, 1999; Lawrence, 2008; Kleiger, 2016; Jakubowski, 2018a; Grabski, Dora i in., 2020). Kolejnym tropem w diagnozie różnicowej może być okaleczanie przez osobę genitaliów i okolic okołogenitalnych. Jak wskazuje analiza przeprowadzona przez Veederi Leo (2017), amputacji penisa i/lub kastracji oraz okaleczeń wokół genitaliów podejmowały się najczęściej osoby, u których występowały zaburzenia ze spektrum schizofrenii. Oczywiście istnieją przypadki, gdy można postawić diagnozę zarówno transseksualizmu / dysforii płciowej / niezgodności płciowej, jak i zaburzeń psychotycznych (Kleiger, 2016; Byne i in., 2018a); wiele z nich zostało opisanych (Bhargava i Sethi, 2002; Baltieri i de Andrade, 2009; Mizock i Fleming, 2011; Meijer i in., 2017; Siddqui i in., 2017). Jednak współwystępowanie transseksualizmu / dysforii płciowej / niezgodności płciowej i zaburzeń psychotycznych – przyjmując szacunki Rajkumara (2014) – jest niezwykle rzadkie. Dostępne badania wskazują na współwystępowalność na poziomie do 3% (Cole i in., 1997; Hepp i in., 2005; Lobato i in., 2007; Gómez-Gil i in., 2009; Fisher i in., 2013; Heylens, Elaut i in., 2014). W związku z tym taka (podwójna) diagnoza powinna zostać postawiona po wnikliwej i przedłużonej obserwacji (Kleiger, 2016, Jakubowski, 2018a; Grabski, Dora i in., 2020).

2.2.4. Zaburzenia afektywne

Trudności diagnostycznych może nastręczać również występowanie ciężkich epizodów depresji czy też zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. W obu przypadkach na skutek potencjalnych poznawczych trudności jednostka może mieć utrudnioną zdolność do wyrażania świadomej zgody (Lawrence, 2008; Cavanaugh i in., 2016; Jakubowski, 2018a; Grabski, Dora i in., 2020). Z drugiej strony w kontekście zaburzeń afektywnych dwubiegunowych istotna jest obserwacja objawów transseksualizmu / dysforii płciowej / niezgodności płciowej

oraz ich intensywności w fazach remisji, epizodu (hipo)maniakalnego i depresyjnego. Poziom odczuwanej dysforii płciowej może fluktuować w zależności od fazy – również aż do zaniku, co w takiej sytuacji wymusza na diagnoście przedłużenie obserwacji (Habermeyer i in., 2003; Hędzelek, 2010; Jakubowski, 2018a). Zaburzenia afektywne w populacji osób transpłciowych występują najczęściej, według badań nawet ponad 80% może spełniać ich kryteria (Hepp i in., 2005; Lobato i in., 2007; Gómez-Gil i in., 2008; Hoshiai i in., 2010; Fisher i in., 2013; Heylens, Elaut i in., 2014; Mazaheri Meybodi i in., 2014a).

2.2.5. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne

Kwestia identyfikacji płciowej może również ujawnić się w obrazie klinicznym zaburzeń obesesyjno-kompulsyjnych (Israel i Tarver, 1997b; Gómez-Gil i in., 2009; Safer i in., 2016; UvaisiSreeraj, 2017; Jakubowski, 2018a). Osoba może doświadczać myśli obsesyjnych (Pinto i in., 2008; Moulding i in., 2014) dotyczących przynależności do płci innej niż ta przypisana po urodzeniu, analogicznie do tych dotyczących np. orientacji seksualnej (Goldberg, 1984; Bhatia, 2015). Towarzyszyć temu mogą różnego rodzaju rytuały, które mogą sprawiać wrażenie podobnych do zachowań osób próbujących radzić sobie z dysforią płciową (Jakubowski, 2018a). W takim wypadku kluczowa wydaje się, po pierwsze, ocena egodystoniczności, myśli o przynależności do płci innej niż ta przypisana po urodzeniu – czy związana jest ona z obsesyjnością czy raczej transfobią (zinternalizowaną transfobią); po drugie, ocena cierpienia, jakie wywołują potencjalne rytuały (Jakubowski, 2018a).

2.2.6. Niepełnosprawność intelektualna (upośledzenie intelektualne)

Podobnie jak w sytuacji występowania zaburzeń afektywnych, w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną (upośledzeniem intelektualnym) deficyty poznawcze mogą ograniczać zdolność do udzielania świadomej zgody (Cavanaugh i in., 2016; Ashley i in., 2021), a także utrudniać rozwój koncepcji własnego „ja". W takich przypadkach konieczna jest przede wszystkim wnikliwa obserwacja (Byne i in., 2018a). Diagnoza upośledzenia intelektualnego nie

musi jednak wykluczać transseksualizmu / dysforii płciowej / niezgodności płciowej (De Cuypere i in., 1995; Jakubowski, 2018a).

2.2.7. Zaburzenia dysmorficzne

W wypadku różnicowania zaburzeń dysmorficznych (WHO, 1992) z transseksualizmem / dysforią płciową / niezgodnością płciową ważne jest zwrócenie uwagi na motywację jednostki do zmodyfikowania części ciała – czy wiąże się ona z poczuciem niezgodności tego elementu ciała z tym, z jaką płcią jednostka się identyfikuje, czy nie. Druga ewentualność wskazywałaby na diagnozę zaburzeń dysmorficznych / dysmorfofobię (Israel i Tarver, 1997b; Cohen-Kettenis i Gooren, 1999; Lawrence, 2008; Urban i Rabe-Jabłońska, 2010; Jakubowski, 2018a; Byne i in., 2018a; Grabski, Dora i in., 2020). Jednak i diagnoza zaburzeń dysmorficznych / dysmorfofobii nie musi wykluczać podwójnej diagnozy z transseksualizmem / dysforią płciową / niezgodnością płciową – tak jak i we wcześniejszych sytuacjach zalecana byłaby wnikliwa, przedłużona obserwacja (Israel i Tarver, 1997b; Cohen-Kettenis i Gooren, 1999; Lawrence, 2008; Urban i Rabe-Jabłońska, 2010; Jakubowski, 2018a; Byne i in., 2018a; Grabski, Dora i in., 2020).

2.2.8. Zespół skoptyjski

Podobnie jak w niektórych przypadkach zaburzeń dysmorficznych, w zespole skoptyjskim osoby pragną pozbyć się swoich genitaliów (Lawrence, 2008). Charakterystyczne jest jednak, że osoby z zespołem skoptyjskim, w odróżnieniu od osób transpłciowych i niebinarnych, nie doświadczają niezgodności płciowej, chcą tylko pozbyć się cech płciowych – przede wszystkim genitaliów (Money, 1988; Wassersug i in., 2004).

2.2.9. Zaburzenia osobowości

W przypadku zaburzeń osobowości najważniejsza jest diagnoza różnicowa z zaburzeniami osobowości typu borderline, tj. osobowości chwiejnej

emocjonalnie (WHO, 1992), których jedną z cech charakterystycznych jest niestabilność lub też niesprecyzowanie tożsamości (w wielu aspektach, między innymi w odniesieniu do tożsamości płciowej, orientacji seksualnej), i tym samym w obrazie klinicznym mogłyby występować cechy transseksualizmu / dysforii płciowej / niezgodności płci (Person i Ovesey, 1974a, 1974b; Lothstein, 1984; Israel i Tarver, 1997b; Lawrence, 2008; Jakubowski, 2018a; Grabski, Dora i in., 2020; Littman, 2021). Może to nieść za sobą konieczność przeprowadzenia przedłużonej obserwacji pod kątem stabilności doświadczanej dysforii płciowej / niezgodności płciowej, a także wnikliwej analizy wcześniejszego sposobu doświadczania płci (tego, jak długo trwa poczucie niezgodności, czy wystąpiło ono nagle, czy ma gwałtowny przebieg) (Littman, 2021). Tak jak i we wcześniej omówionych sytuacjach, tak i w tej możliwa jest podwójna diagnoza (Israel i Tarver, 1997b; Lawrence, 2008; Jakubowski, 2018a; Grabski, Dora i in., 2020). Według dostępnych badań nawet co trzecia osoba transpłciowa może spełniać kryteria zaburzeń osobowości typu borderline (Bodlund i in., 1993; Bodlund i Kullgren, 1996; Cole i in., 1997; Lobato i in., 2007; Madeddu i in., 2009; Duišin i in., 2014; Mazaher i Meybodi i in., 2014b). Jednak taki obraz kliniczny może być też wynikiem doświadczanego stresu mniejszościowego (Goldhammer i in., 2019).

Laub i Fisk (1974) oraz Lawrence (2008) zwracają uwagę również na antyspołeczne (dyssocjalne) zaburzenia osobowości. Osoba może dążyć do pozyskania diagnozy transseksualizmu / dysforii płciowej / niezgodności płci w celu osiągnięcia wtórnych korzyści z takiego rozpoznania. Według dostępnych badań maksymalnie nieco ponad 5% osób transpłciowych może spełniać kryteria tych zaburzeń osobowości (Bodlund i in., 1993; Cole i in., 1997; Lobato i in., 2007; Mazaher i Meybodi i in., 2014b).

2.2.10. Zaburzenia stresu pourazowego

Czynnikiem, który może wpłynąć na stabilność tożsamości, jest doświadczenie traumy, mogące skutkować zaburzeniami w przebiegu zespołu stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder*, PTSD; WHO, 1992), a w wypadku ich mnogości bądź przedłużonego okresu ich trwania – złożonego zespołu stresu pourazowego (*complex post-traumatic stress disorder*, C-PTSD; Ford i Courtois, 2014) i/lub np. zaburzeniami osobowości typu borderline (Linehan,

1993). W takiej sytuacji kluczowa jest przedłużona obserwacja i analiza biografii jednostki, ze szczególnym zwróceniem uwagi na identyfikację płciową przed i po wydarzeniach traumatycznych (o ile oczywiście jednostka nie doświadczała wielu przedłużających się traum, które trwały przez większość jej życia) oraz na to, na ile poczucie niezgodności płciowej wystąpiło nagle i miało intensywny przebieg (Piegza i in., 2014; Littman, 2021). Diagnoza podwójna z transseksualizmem / dysforią płciową / niezgodnością płciową według dostępnych badań może być dość częsta. Nawet prawie 40% osób może spełniać kryteria zespołu stresu pourazowego, co według nich ma być uwarunkowane traumatycznymi doświadczeniami o podłożu w dużej mierze transfobicznym (Hepp i in., 2005; Gómez-Gil i in., 2009; Fisher i in., 2013; Mazaheri Meybodi i in., 2014a, 2014b; Brown i Jones, 2015).

2.2.11. Zaburzenia dysocjacyjne

W kontekście zaburzeń dysocjacyjnych (WHO, 1992) szczególnie duży nacisk powinien być położony na różnicowanie transseksualizmu / dysforii płciowej / niezgodności płciowej z dysocjacyjnymi zaburzeniami tożsamości. Ważna jest odpowiedz na pytanie, które osobowości identyfikują się z płcią inną niż ta przypisana po urodzeniu, czy wszystkie czy też nie (Modestin i Ebner, 1995; Israel i Tarver, 1997b; Saks, 1998; Brown, 2001; Lawrence, 2008; Byne i in., 2018a; Grabski, Dora i in., 2020). Grabski i współpracownicy (2020) zwracają jednak uwagę na potencjalną możliwość diagnozy transseksualizmu / dysforii płciowej / niezgodności płciowej u osób, które nie doświadczają cierpienia w związku z mnogością osobowości.

2.2.12. Zinternalizowana homofobia

Na prezentowanie symptomów podobnych do transseksualizmu / dysforii płciowej / niezgodności płciowej może wpływać zinternalizowana homofobia (Cohen-Kettenis i Gooren, 1999; Dziemian i Łucka, 2008; Littman, 2021) – czyli poczucie niechęci do osób nieheteroseksualnych, jakiego może doświadczać osoba nieheteroseksualna. Takie egodystoniczne doświadczanie swojej orientacji seksualnej może doprowadzić do tego, że jednostka, aby móc realizować

się zgodnie ze swoją orientacją, będzie dążyła do funkcjonowania w innej roli płciowej niż ta przypisana po urodzeniu, aby zredukować dysonans pomiędzy preferencjami romantycznymi i seksualnymi a dezadaptacyjnymi przekonaniami na temat osób czy preferencji nieheteronormatywnych pomimo braku doświadczanej dysforii płciowej / niezgodności płciowej (Cohen-Kettenis i Gooren, 1999; Dziemian i Łucka, 2008; Littman, 2021).

2.2.13. Płciowy nonkonformizm

Ważną kwestią w badaniu poczucia przynależności płciowej jest uwzględnienie tego, że nie każda osoba, która identyfikuje się bądź w jakimś stopniu funkcjonuje w roli płci innej niż ta przypisana po urodzeniu, musi doświadczać istotnego z perspektywy klinicznej poziomu dysforii płciowej / niezgodności płciowej. Tym samym nie spełnia kryteriów diagnostycznych, przy czym nie wynika to z doświadczanej psychopatologii – jest tylko kwestią różnorodności płciowej występującej w populacji od wieków (Bullough i Bullough, 1993; Lawrence, 2008; Jakubowski, 2013, 2014, 2015a, 2018a; Wacławik, 2015; Ashley, 2019; Grabski i in., 2020).

2.2.14. Kryzysy życiowe

Kontekst sytuacyjny wystąpienia bądź nasilenia się objawów dysforii płciowej / niezgodności płciowej jest niezwykle ważny w diagnozie. Kryzysy życiowe, strata lub sytuacje związane z przewlekłym stresem mogą mieć wpływ między innymi na wystąpienie zmiany w ekspresji płciowej, np. w postaci cross-dressingu (transwestytyzmu) uwarunkowanego stresem, bądź też nasilenie się zachowań i/lub preferencji niekonformistycznych płciowo, co może mieć charakter tymczasowy i prowadzić do błędnej diagnozy transseksualizmu / dysforii płciowej / niezgodności płciowej (Lawrence, 2008; Jakubowski, 2018a).

Kryzysowe sytuacje mogą również z pozoru nasilać dysforię płciową / niezgodność płciową – przykładem tego może być sytuacja, gdy osoba dopiero po rozwodzie decyduje się na tranzycję, a wcześniej swoje funkcjonowanie w roli przypisanej po urodzeniu utrzymywała z powodów rodzinnych, światopoglądu (Jakubowski, 2018a).

2.2.15. Interpłciowość

W klasycznym ujęciu interpłciowość wykluczała diagnozę transseksualizmu (WHO, 1992), jednak zgodnie ze stanowiskiem Światowego Stowarzyszenia Specjalistów(-tek) do spraw Zdrowia Osób Transpłciowych, jak również Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA, 2015a, 2015b) osoby interpłciowe mogą doświadczać dysforii płciowej (Byne i in., 2018a, 2018b; Babbar i in., 2020; Grabski, Dora i in., 2020).

2.2.16. Symulowanie transseksualizmu / dysforii płciowej / niezgodności płciowej

W literaturze w kontekście diagnozowania transseksualizmu / dysforii płciowej / niezgodności płciowej podkreśla się, że niezwykle istotna jest motywacja stojąca za potrzebą podjęcia się tranzycji. Czy wynika ona z potrzeby jednostki dostosowania swojego funkcjonowania do płci, z którą się identyfikuje, czy wiąże się np. z chęcią uzyskania oczekiwanych wtórnych korzyściami z diagnozy i tranzycji, niedotyczących tożsamości płciowej (Israel i Tarver, 1997b; Lawrence, 2008), lub z antyspołecznymi (dyssocjalnymi) zaburzeniami osobowości (Laub i Fisk, 1974; Lawrence, 2008). Taka perspektywa zdaje się mieć charakter historyczny.

2.2.17. „Test realnego życia"

Celem klasycznego tzw. testu realnego życia jest ocena funkcjonowania jednostki w roli, z którą się identyfikuje, jeszcze przed wdrożeniem hormonalnych interwencji afirmujących płeć, prawną korektą oznaczenia płci czy zabiegami chirurgicznymi, by potwierdzić diagnozę transseksualizmu / dysforii płciowej / niezgodności płciowej i ocenić gotowość jednostki na interwencje prawno-medyczne (Money i Wolff, 1973; Wojdowski i Tebor, 1976; Roberto, 1983; Lawrence, 2008; Urban, 2009; Kleiger, 2016; Hadj-Moussa i in., 2018a). Ma on również zmniejszyć prawdopodobieństwo tego, że osoba będzie żałować podjętej korekty i w rezultacie zdecyduje się na detranzycję (Djordjević, 2016; Jakubowski, 2017b).

Obecnie jednak kwestionowana jest zasadność „testu realnego życia". Wymuszanie gwałtownej społecznej tranzycji może przysporzyć jednostce cierpienia i przeciwnie do założeń testu utrudnić adaptację (np. naukę radzenia sobie z potencjalną dyskryminacją) jednostki do funkcjonowania w roli płci, z którą się identyfikuje (Jakubowski, 2018a; Chan i Singh, 2018; Hadj-Moussa i in., 2018a; Wagner i in., 2019).

Bardziej wskazane jest obserwowanie naturalnej tranzycji społecznej, której tempo i zakres są określone przez preferencje i możliwości jednostki; wówczas jednostka sama wybiera i eksploruje preferowane formy ekspresji płciowej i decyduje, w których sytuacjach ujawniać swoją tożsamość, a w których nie (Chang i in., 2018; Singh, 2018; Jakubowski, 2018a). Bardzo często proces społecznej tranzycji osoby transpłciowe rozpoczynają jeszcze przed pierwszym kontaktem z psychologiem lub lekarzem (Chang i in., 2018; Hadj-Moussa i in, 2018a).

Jeśli osoba nie podjęła kroków w kierunku tranzycji społecznej, warto omówić i zachęcić ją do eksplorowania funkcjonowania w roli, z którą się identyfikuje, ekspresji płciowej z tą rolą związanej w formie eksperymentów behawioralnych dostosowanych do preferencji i możliwości jednostki (np. w kontekście potencjalnie nieprzychylnego tranzycji środowiska jednostki) (Jakubowski, 2018a; Chang i in., 2018; Singh, 2018).

2.2.18. Badania medyczne

W toku diagnozy prócz badania psychologicznego, psychiatrycznego i seksuologicznego zalecane są również badania medyczne (Robacha, 2004, za: Urban, 2009; Robacha, 2010; Wylie, Knudson i in., 2016; Robacha, 2017; Hadj-Moussa i in, 2018a; Grabski, Dora i in., 2020): badania laboratoryjne, badanie kariotypu, badanie neurologiczne, badanie okulistyczne, badanie przysadki mózgowej i siodła tureckiego, badanie urologiczne lub ginekologiczne, elektroencefalografia i ultrasonografia jamy brzusznej.

2.2.18.1. Badania laboratoryjne

Oprócz podstawowych badań (morfologia krwi i rozmaz, badanie czasu protrombinowego, cholesterol, glukoza, bilirubina, trójglicerydy, kreatynina, mocznik, kwas moczowy, enzymy wątrobowe – AspAT-AlAT; Hadj-Moussa i in, 2018a)

analizowane są poziomy hormonów (estradiol, progesteron, prolaktyna, testosteron, hormon folikulotropowy, dehydroepiandrosteron, hormon luteinizujący; Hadj-Moussa i in, 2018a), które pozwalają wykluczyć potencjalne zaburzenia związane z interpłciowością (Robacha, 2004, za: Urban, 2009; Robacha, 2010, 2017). Według Grabskiego, Dory i współpracowników (2020) badania laboratoryjne nie mają wartości diagnostycznej w kontekście transseksualizmu / dysforii płciowej / niezgodności płciowej, znaczenie mają dopiero w momencie wdrażania hormonalnych interwencji afirmujących płeć.

2.2.18.2. Badanie kariotypu

W toku diagnozy w kierunku transseksualizmu badanie kariotypu zlecane jest w celu wykrycia potencjalnych zaburzeń chromosomalnych związanych z interpłciowością, które są czynnikiem wykluczającym postawienie diagnozy transseksualizmu (WHO, 1992; Robacha, 2004, za: Urban, 2009; Robacha, 2017). Według Grabskiego, Dory i współpracowników (2020) oraz biorąc pod uwagę aktualne stanowiska Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (2015) i Światowej Organizacji Zdrowia (2016), interpłciowość nie jest czynnikiem wykluczającym diagnozę dysforii płciowej / niezgodności płciowej.

2.2.18.3. Badanie neurologiczne

Badanie neurologiczne ma na celu wykluczenie potencjalnych nieprawidłowości w ośrodkowym układzie nerwowym mogących wpływać na doświadczanie niezgodności płciowej (Robacha, 2004, za: Urban, 2009).

2.2.18.4. Badanie okulistyczne

W toku diagnozy przeprowadzane są badania pola widzenia oraz dna oka mające na celu wykluczenie guzów OUN, mogących potencjalnie wpływać na identyfikację płciową (Robacha, 2004, za: Urban, 2009; Robacha, 2017; Grabski i in., 2020). Według Grabskiego, Dory i współpracowników (2020) badanie może zostać zastąpione przez rezonans magnetyczny lub tomografię komputerową przysadki mózgowej.

2.2.18.5. Badanie przysadki mózgowej i siodła tureckiego

Podobnie jak w przypadku badania okulistycznego celem przeprowadzenia rezonansu magnetycznego lub tomografii komputerowej przysadki mózgowej czy radiografii siodła tureckiego jest wykluczenie guzów przysadki mózgowej (Lundberg i in., 1975, za: Grabski, Dora i in., 2020; Robacha, 2004, za: Urban, 2009; Robacha, 2010, 2017; Grabski i in., 2020). Według Grabskiego, Dory i współpracowników (2020) badanie nie ma wartości diagnostycznej w kontekście transseksualizmu / dysforii płciowej / niezgodności płciowej.

2.2.18.6. Badanie urologiczne lub ginekologiczne

W zależności od płci przypisanej po urodzeniu zalecane jest badanie urologiczne (męska) lub ginekologiczne (żeńska), którego celem miałoby być wykluczenie potencjalnych cech interpłciowości (Robacha, 2004, za: Urban, 2009; Robacha, 2010, 2017; Grabski, Dora i in., 2020). Jak wskazują Grabski, Dora i współpracownicy (2020), takie badanie może mieć niską wartość diagnostyczną, a jednocześnie wiązać się z ryzykiem znacznego cierpienia psychicznego i dyskomfortu osoby badanej.

2.2.18.7. Elektroencefalografia

Celem przeprowadzenia elektroencefalografii w trakcie diagnozy jest wykluczenie zaburzeń czynności bioelektrycznej mózgu, które mogłyby wpływać na tożsamość płciową (Ellison, 1982, za: Grabski, Dora i in., 2020; Robacha, 2004, za: Urban, 2009; Robacha, 2010, 2017; Grabski, Dora i in., 2020). Według Grabskiego, Dory i współpracowników (2020) rutynowe zlecanie elektroencefalografii w kontekście diagnozy transseksualizmu / dysforii płciowej / niezgodności płciowej jest nieuzasadnione ze względu na kazuistyczny charakter doniesień o wpływie zmian czynności bioelektrycznej mózgu na tożsamość czy ekspresję płciową.

2.2.18.7. Ultrasonografia jamy brzusznej

Celem przeprowadzenia badania ultrasonograficznego jamy brzusznej w trakcie diagnozy transseksualizmu / dysforii płciowej / niezgodności płciowej jest wykluczenie potencjalnych cech interpłciowości (Robacha, 2004, za: Urban, 2009; Robacha, 2010, 2017; Grabski, Dora i in., 2020).

2.3. Hormonalne interwencje afirmujące płeć

W trakcie diagnostyki psychologiczno-psychiatryczno-seksuologicznej lub już po jej zakończeniu – jeśli istnieją wskazania i zapotrzebowanie ze strony osoby diagnozowanej – mogą zostać wdrożone hormonalne interwencje afirmujące płeć (Dahl i in., 2006; Hembree i in., 2009, 2017; Coleman i in., 2012; Unger, 2014; Fabris i in., 2015; Wylie, Knudson i in., 2016; Colebunders i in., 2017; Wesp i Deutsch, 2017; Hadj-Moussa i in., 2018a; Koch i Tangpricha, 2018; Iuliano i in., 2021; Coleman i in., 2022).

2.3.1. Ocena gotowości do wdrożenia hormonalnych interwencji afirmujących płeć

Według standardów opieki Światowego Stowarzyszenia Specjalistów(-tek) do spraw Zdrowia Osób Transpłciowych (Coleman i in., 2022), aby osoba mogła rozpocząć hormonalne interwencje afirmujące płeć, powinna: posiadać diagnozę niezgodności płciowej (jeśli w miejscu zamieszkania wymagana jest diagnoza w celu pozyskania dostępu do afirmującej płeć opieki zdrowotnej), rozumieć wpływ interwencji na zdolności reprodukcyjne, być zdolna do podjęcia świadomej decyzji, znajdować się na co najmniej drugim stopniu w skali rozwoju płciowego Tannera (istotne w przypadku osób nastoletnich), doświadczać trwałej niezgodności płciowej (której potencjalny wtórny charakter został wykluczony), a potencjalne zaburzenia współwystępujące (psychiczne i somatyczne) powinny być pod kontrolą lekarską.

2.3.2. Badania wstępne i kontrolne zalecane w kontekście hormonalnych interwencji afirmujących płeć

Jako badania wstępne przed wdrożeniem hormonalnych interwencji afirmujących płeć (Dahl i in., 2006; Hembree i in., 2009, 2017; Wesp i Deutsch, 2017; Coleman i in., 2012; Unger, 2014; Wilczynski i Emanuele, 2014, za: Hadj-Moussa i in., 2018a; Fabris i in., 2015; Colebunders i in., 2017, za: Hadj-Moussa i in., 2018a; Hardacker i in., 2018; Defreyne i T'Sjoen, 2019; Fishman i in., 2019; Hamidi i Davidge-Pitts, 2019; Denby i in., 2021; Bhatt i in., 2022;

Coleman i in., 2022; Conlin i in., 2024) zalecane są: wywiad dotyczący historii zdrowia i chorób, również w rodzinie, pomiar wagi i BMI (*body mass index*), ciśnienia tętniczego, morfologia krwi, badanie czynności nerek (w tym oznaczenie współczynnika przesączania kłębuszkowego), badania dotyczące elektrolitów, glukozy, wskaźników gospodarki lipidowej, enzymów wątrobowych – AspAT-AlAT, estradiolu, progesteronu, prolaktyny, testosteronu, hormonu folikulotropowego, dehydroepiandrosteronu, hormonu luteinizującego, badanie w kierunku zmian nowotworowych (szyjki macicy, piersi, prostaty) oraz chorób przenoszonych drogą płciową (Dahl i in., 2006; Hembree i in., 2009, 2017; Wesp i Deutsch, 2017; Coleman i in., 2012; Unger, 2014; Wilczynski i Emanuele, 2014, za: Hadj-Moussa i in., 2018a; Fabris i in., 2015; Colebunders i in., 2017, za: Hadj-Moussa i in., 2018a; Hardacker i in., 2018; Defreyne i T'Sjoen, 2019; Fishman i in., 2019; Hamidi i Davidge-Pitts, 2019; Denby i in., 2021; Bhatt i in., 2022; Coleman i in., 2022; Conlin i in., 2024).

Gdy w wywiadzie (dotyczącym bezpośrednio pacjenta albo jego rodziny) stwierdzony został chroniczny hipogonadyzm lub też długotrwałe stosowanie glikokortykosteroidów, zalecane jest badanie gęstości mineralnej kości (w kontekście oceny ryzyka wystąpienia osteoporozy) z wykorzystaniem desyntometrii metodą dwuenergetycznej absorpcjometrii rentgenowskiej (*dual-energy X-ray-absorptiometry*) (Hembree i in., 2009, 2017; Wesp i Deutsch, 2017; Coleman i in., 2012; Unger, 2014; Wilczynski i Emanuele, 2014, za: Hadj-Moussa i in., 2018a; Fabris i in., 2015; Colebunders i in., 2017, za: Hadj-Moussa i in., 2018a; Defreyne i T'Sjoen, 2019; Fishman i in., 2019; Trofimiku- Müldner, 2020; Coleman i in., 2022). Jeśli występuje zagrożenie chorobami kardiologicznymi, zalecane jest badanie elektrokardiograficzne (EKG). Z kolei wypadku zagrożenia żylną chorobą zakrzepowo-zatorową, zalecane są badania pod kątem nadkrzepliwości (uwzględnia się wskaźniki takie jak: antytrombina III, proakceleryna [V czynnik krzepnięcia], reduktaza metylenotetrahydrofolianu, białko C, białko S, protorombina G) (Hembree i in., 2009, 2017; Wesp i Deutsch, 2017; Coleman i in., 2012; Unger, 2014; Wilczynski i Emanuele, 2014, za: Hadj-Moussa i in., 2018a; Fabris i in., 2015; Colebunders i in., 2017, za: Hadj-Moussa i in., 2018a; Defreyne i T'Sjoen, 2019; Fishman i in., 2019; Trofimiku-Müldner, 2020; Coleman i in., 2022).

W kontekście badań kontrolnych już po rozpoczęciu hormonalnych interwencji afirmujących płeć zalecane jest ich ponawianie co 3 miesiące w ciągu pierwszego roku, a w kolejnych latach – co pół roku lub co rok (Oriel, 2000; Bowman i Goldberg, 2006; Dahl i in., 2006; Coleman i in., 2012; Eyler, 2016;

Feldman, 2016; Hembree i in., 2009, 2017; Unger, 2014; Wilczynski i Emanuele, 2014, za: Hadj-Moussa i in., 2018a; Fabris i in., 2015; Colebunders i in., 2017, za: Hadj-Moussa i in., 2018a; Defreyne i T'Sjoen, 2019; Fishman i in., 2019; Hamidi i Davidge-Pitts, 2019; Radix, 2019a, 2019b; Reisman i in., 2019; Safer i Tangpricha, 2019; Whitlock i in., 2019; Obedin-Maliver i De Haan, 2020; Wolf-Gould i Wolf-Gould, 2020; Coleman i in., 2022). Dahl i współpracownicy (2006) zalecają również pomiar ciśnienia, wagi, badanie kończyn w przypadku obrzęku obwodowego lub miejscowego lub bólu oraz badanie płuc. W wypadku osób o męskiej płci przypisanej po urodzeniu oznacza się poziom estradiolu i testosteronu (co 3 miesiące do momentu uzyskania poziomu fizjologicznego), prolaktyny (na początku terapii, po roku i następnie co rok – dwa lata), elektrolitów, a także wykonuje badania w kierunku potencjalnych zmian nowotworowych (badanie prostaty, mammografia / badanie klatki piersiowej) (Dahl i in., 2006). W wypadku osób o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu sprawdza się poziom testosteronu (co 3 miesiące do momentu uzyskania poziomu fizjologicznego – w normach określonych dla cispłciowych mężczyzn), estradiolu (przez pierwsze pół roku lub do ustąpienia krwawienia) oraz są przeprowadzane badania pod kątem potencjalnych zmian nowotworowych (mammografia / badanie klatki piersiowej po mastektomii, badanie cytologiczne, jeśli osoba posiada szyjkę macicy) (Hembree i in., 2009, 2017; Coleman i in., 2012; Unger, 2014; Fishman i in., 2019; Radix, 2019b; Reisman i in., 2019; Safer i Tangpricha, 2019; Whitlock i in., 2019; Obedin-Maliver i De Haan, 2020; Wolf-Gould i Wolf-Gould, 2020; Coleman i in., 2022).

2.3.3. Hormonalne interwencje afirmujące płeć dla osób transpłciowych o męskiej płci przypisanej po urodzeniu

Hormonalne interwencje feminizujące z reguły obejmują hormony o działaniu feminizującym i antyandrogeny – w przypadku tych pierwszych stosowany jest głównie 17β-estradiol w postaci estradiolu doustnego, plastra lub domięśniowo, domięśniowo walerianu (lub doustnie) lub cypionianu estradiolu, undecynianu estradiolu (domięśniowo) lub skoniugowanego estradiolu (doustnie) (Israel i Tarver, 1997c; Moore i in., 2003; Dahl i in., 2006; Hembree i in., 2009, 2017; Gooren i in., 2008; Coleman i in., 2012; Smith i in., 2014; Fabris i in., 2015;

Fisher i Maggi, 2015; Weinand i Safer, 2015; Gooren, 2016; Unger, 2016; Radix i Davis, 2017; Tangpricha i Den Heijer, 2017; Wesp i Deutsch, 2017; Seal, 2018; Bretherton i in., 2019; Fishman i in., 2019; Hamidi i Davidge-Pitts, 2019; Prior, 2019; Radix, 2019b; T'Sjoen i in., 2019; Qian, Jr., i Safer, 2020; Min i Hopkins, 2021; Coleman i in., 2022). Dawniej stosowano etynyloestradiol, jednak z uwagi na wysokie ryzyko zgonu związanego z powikłaniami w układzie sercowo-naczyniowym zaprzestano jego używania (Fishman i in., 2019; Asscheman i in.2014, za: Trofimiku-Müldner, 2020). Stosowanie progesteronu budzi wątpliwości wśród części specjalistów, którzy podkreślają jego nikłe działanie feminizujące przy jednoczesnym depresjogennym wpływie i potencjalnych negatywnych zmianach w profilu lipidowym (Dahl i in., 2006; Oriel, 2000, za: Dahl i in., 2006; Gooren i in., 2008). Natomiast Basson (2001) i Prior (2019) uważają, że stosowanie progesteronu lub octanu medroksyprogesteronu jest konieczne do prawidłowego rozwoju sutków, ma przyczyniać się do poprawy mineralnej gęstości kości oraz redukować ryzyko zaburzeń układu sercowo-naczyniowego. Według aktualnych wytycznych (Coleman i in., 2012; Hembree i in., 2017; Coleman i in., 2022) stosowanie tego hormonu nie jest zalecane.

Jako środek o działaniu antyandrogenowym (antyandrogeny, agoniści GnRH, inhibitory 5α-reduktazy i progestageny) podawane bywają: bikalutamid (doustnie), dutasteryd (doustnie), enzalutamid (doustnie), finasteryd (doustnie), flutamid (doustnie), goserelina (implant lub podskórnie), leuprorelina (domięśniowo), medroksyprogesteron (doustnie), octan histreliny (implant), octan leuproreliny (implant lub podskórnie), octan cyproteronu (doustnie), spironolakton (doustnie) (Israel i Tarver, 1997c; Moore i in., 2003; Dahl i in., 2006; Hembree i in., 2009, 2017; Gooren i in., 2008; Coleman i in., 2012; Smith i in., 2014; Fabris i in., 2015; Fisher i Maggi, 2015; Weinand i Safer, 2015; Gooren, 2016; Unger, 2016; Radix i Davis, 2017; Tangpricha i Den Heijer, 2017; Wesp i Deutsch, 2017; Hadj-Moussa i in., 2018a; Seal i in., 2018; Bretherton i in., 2019; Fishman i in., 2019; Hamidi i Davidge-Pitts, 2019; Prior, 2019; Radix, 2019b; T'Sjoen i in., 2019; Qian, Jr. i Safer, 2020; Min i Hopkins, 2021; Coleman i in., 2022).

Wśród przeciwwskazań do stosowania hormonalnych interwencji feminizujących są: historia żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej, znaczna niewydolność wątroby, złośliwe zmiany wrażliwe na estrogeny, zaburzenia nadkrzepliwości, a także nadużywanie substancji psychoaktywnych (Coleman i in., 2012; Unger, 2014; Qian, Jr. i Safer, 2020; Min i Hopkins, 2021; Coleman i in., 2022).

2.3.3.1. Działanie feminizujące

Hormonalne interwencje stosowane wśród osób o męskiej płci przypisanej po urodzeniu mogą nieść feminizujące zmiany, takie jak między innymi: zatrzymanie łysienia typu męskiego (między 1. a 3. miesiącem terapii, ostateczne efekty mogą nastąpić po roku – 2 latach), redukcja masy mięśniowej – jej osłabienie (po 3–6 miesiącach terapii, ostateczne efekty po roku – 2 latach), redystrybucja tkanki tłuszczowej (pierwsze efekty po 3–6 miesiącach terapii ostateczne efekty po 2–5 latach), wygładzenie skóry (początek zmian po 3–6 miesiącach terapii), wysmuklenie sylwetki (początek zmian po 6 miesiącach – roku, ostateczne efekty po co najmniej 3 latach), spowolnienie wzrostu owłosienia (początek po 3–6 miesiącach terapii, ostateczne efekty po minimum 3 latach), obniżenie częstotliwości występowania lub zanik mimowolnych erekcji (po 1–3 miesiącach, ostateczne efekty po 3–6 miesiącach terapii), wzrost piersi (pierwsze efekty po około 3–6 miesiącach, ostateczne po 2–3 latach; według Blok i współpracowników [2017, za: Hamidi i Davidge-Pitts, 2019] niecałe 4% pacjentów osiąga rozmiar miseczki A) i zmniejszenie objętości jąder (po 3–6 miesiącach, ostateczne zmiany po około 2–3 latach; według Dahla i współpracowników [2006] wciągu roku redukcja o 25%, a w dłuższej perspektywie nawet do 50% objętości) (Dahl i in., 2006; Hembree i in., 2009, 2017; Coleman i in., 2012; Seal i in., 2012; Tangpricha i Den Heijer, 2017; Houlberg, 2018; Seal, 2018; Hamidi i Davidge-Pitts, 2019; Narayan i in., 2019; Min i Hopkins, 2021; Coleman i in., 2022).

Trwałość feminizującego wpływu hormonalnych interwencji afirmujących płeć u osób transpłciowych o męskiej płci przypisanej po urodzeniu w zależności od jej aspektu znacząco się różni. Odstawienie preparatów hormonalnych pozwala na odwrócenie zmian w zakresie: przerzedzania się owłosienia ciała i zarostu, redystrybucji tkanki tłuszczowej, spadku częstotliwości występowania spontanicznych porannych erekcji, spadku jakości erekcji i ejakulacji, spadku libido, spowolnienia łysienia typu męskiego, wygładzenia skóry (i jej natłuszczenia), wysmuklania się sylwetki, zmniejszenia się masy mięśniowej (i jej osłabienia) (Hembree i in., 2009, 2017; Wesp i Deutsch, 2017). Natomiast rozwój gruczołu piersiowego i ginekomastia są zmianami nieodwracalnymi (Dahl i in., 2006; Narayan i in., 2019). Jeśli chodzi o spadek produkcji nasienia, to wyniki badań nie są jednoznaczne – możliwe, że pod wpływem hormonalnych interwencji afirmujących płeć zachodzą nieodwracalne zmiany, podobna sytuacja dotyczy zmniejszenia się objętości jąder (Wesp i Deutsch, 2017).

2.3.3.2. Wpływ na zdrowie fizyczne

Feminizujące hormonalne interwencje afirmujące płeć (terapia z zastosowaniem estrogenu i antyandrogenów) mogą obniżyć ciśnienie skurczowe krwi, obniżyć poziom hemoglobiny i hematokrytu, hormonu luteinizującego, hormonu folikulotropowowego, produkcję łoju (Coleman i in., 2012, 2022; Hembree i in., 2009, 2017; Tangpricha i Den Heijer, 2017; Deutsch, 2016, za: Houlberg, 2018; Min i Hopkins, 2021). Wpływają również na wzrost poziomu enzymów wątrobowych, cholesterolu LDL, trójglicerydów, prolaktyny i masy tkanki tłuszczowej, masy trzewnej tkanki tłuszczowej, beztłuszczowej masy ciała, zmniejszenie się objętości prostaty i zmniejszenie się insulinooporności, mogą również prowadzić do zmian funkcjonalnych w obrębie mózgu (Asscheman i in., 1989; Gooren i in., 2008; Coleman i in., 2012, 2022; Hembree i in., 2009, 2017; Vita i in., 2018; Hamidi i Davidge-Pitts, 2019; Kilpatrick i in., 2019; Min i Hopkins, 2021).

Feminizujące interwencje hormonalne mogą powodować zmiany dermatologiczne, między innymi: atopowe zmiany, zapalenia skóry, suchość skóry (lub jej nasilenie), świąd, zwiększona łamliwość paznokci, zwiększone ryzyko wystąpienia melasmy (Coleman i in., 2012, 2022; Hembree i in., 2009, 2017; Tangpricha i Den Heijer, 2017; Sabra i in., 2018; Yeung i in., 2019; Min i Hopkins, 2021).

Hormonalne interwencje mogą również zwiększyć ryzyko wystąpienia: osteopenii i osteoporozy (Lips i in., 1989; Reutrakul i in., 1998; Kesteren i in., 1998; Coleman i in., 2012, 2022; Wierckx i in., 2012; Weinand, Safer, 2015; Safer i Tangpricha, 2019; Qian i Safer, 2020; Min i Hopkins, 2021), chorób układu sercowo-naczyniowego (np. udaru, zawału, żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej, choroby niedokrwiennej serca, choroby naczyniowo-mózgowej) (Asscheman i in., 1989; Elamin i in., 2010; Coleman i in., 2012, 2022; Wierckx i in., 2013; Gooren i in., 2014; Hembree i in., 2017; Toorians i in., 2003, za: Hembree i in., 2017; Maraka i in., 2017; Getahun i in., 2018; Goldstein i in., 2019; Goodman, Getahun i in., 2019; Nota i in., 2019; Trofimiku-Müldner, 2020; Aranda i in., 2021; Connelly i in., 2021; Min i Hopkins, 2021; Irwig, 2023; Lei i in., 2024; Rytz i in., 2024; Zijverden i in., 2024), cukrzycy typu 2 i hipertrójglicerydemii (Coleman i in., 2012, 2022; Hembree i in., 2017; Cheung i in., 2019; Hamidi i Davidge-Pitts, 2019). Jednak Stevenson i Tangpricha (2019) w swojej analizie badań dotyczących wpływu hormonalnych interwencji afirmujących płeć na gęstość mineralną kości stwierdzili, że w krótkoterminowej perspektywie

terapia nie zwiększa ryzyka wystąpienia osteoporozy. Z kolei według badań przeprowadzonych przez Asscheman i współpracowników (1989) feminizujące interwencje hormonalne czterystukrotnie zwiększają ryzyko wystąpienia hiperprolaktynemii. Wspominane też jest zwiększone ryzyko wystąpienia kamicy żółciowej (Hembree i in., 2017) oraz choroby pęcherzyka żółciowego (Cheung i in., 2019).

Wpływ hormonalnych interwencji afirmujących płeć na zwiększenie prawdopodobieństwa wystąpienia zmian nowotworowych był szeroko dyskutowany w literaturze (Dahl i in., 2006; Coleman i in., 2012, 2022; Wierckx i in., 2013; Wolf-Gould i Wolf-Gould, 2016; Deebel i in., 2017; Sharif i in., 2017; Blok i in., 2018; Nota i in., 2018; Sabra i in., 2018; Blok i in., 2019; Yeung i in., 2019; Min i Hopkins, 2021; Berner i Atkinson, 2024). Terapia feminizująca może zwiększyć ryzyko wystąpienia raka skóry (zarówno czerniaka, jak i raka podstawnokomórkowego i kolczystokomórkowego skóry), raka piersi, raka prostaty, łagodnego nowotworu przysadki mózgowej (zwłaszcza o średnicy powyżej 10 mm), oponiaka, zmian nowotworowych w obrębie jąder, jak i w obrębie genitaliów po operacyjnej korekcie płci (Coleman i in., 2012, 2022; Houlberg, 2018; Sabra i in., 2018; Blok i in., 2019; Deebel i in., 2017, za: Blok i in., 2019; Sharif i in., 2017; Blok i in., 2018, za: Blok i in., 2019; Yeung i in., 2019; Min i Hopkins, 2021; Berner i Atkinson, 2024).

Jeśli chodzi o funkcje seksualne i reprodukcyjne, hormonalne interwencje afirmujące płeć stosowane wśród osób o męskiej płci przypisanej po urodzeniu wpływają na zmniejszenie produkcji spermy (liczba i żywotność plemników) i ostatecznie obserwowane są: aspermatogeneza, obniżenie i zanik wzwodu, obniżenie libido i trudności z osiąganiem orgazmu (Dahl i in., 2006; Coleman i in., 2012, 2022; Hembree i in., 2009, 2017; Tangpricha i Den Heijer, 2017; Deutsch, 2016, za: Houlberg, 2018; Min i Hopkins, 2021).

2.3.3.3. Wpływ na dobrostan psychiczny

Hormonalne interwencje afirmujące płeć znacząco przyczyniają się do redukcji doświadczanej dysforii płciowej / niezgodności płciowej, wrogości czy wrażliwości interpersonalnej, niezadowolenia z własnego ciała oraz do wzrostu satysfakcji z życia seksualnego (Murad i in., 2010; Gooren i in., 2015; Bouman, Claes i in., 2016; Defreyne i in., 2017; Cai i in., 2019; Hughto i in., 2020; Ristori i in., 2020).

Według dostępnych badań osoby transpłciowe, którym przypisano męską po urodzeniu, w trakcie hormonalnych interwencji afirmujących płeć przejawiają mniej symptomów depresji i zaburzeń lękowych i somatyzacji niż te, które jej się nie podjęły (Murad i in., 2010; Gómez-Gil i in., 2012; Yang, Wang i in., 2015; Bouman i in., 2017; Witcomb i in., 2018). Jednak nie wszystkie badania potwierdzają tę tendencję (Bouman, Claes i in., 2016), a nawet bywa obserwowana odwrotna prawidłowość (Yi i in., 2018).

Znaczna liczba badań wskazuje, że terapia hormonalna chroni osoby transpłciowe o męskiej płci przypisanej po urodzeniu przed rozwojem psychopatologii (w tym objawów depresyjnych czy lękowych) (Gorin-Lazard i in., 2013; Boza i Nicholson Perry, 2014; Colizzi i in., 2014; Heylens, Verroken i in., 2014; Hughto i in., 2020). Istnieją jednak badania, które wskazują na odwrotną relację (Nuttbrock i in., 2014a). Negatywny wpływ na dobrostan psychiczny może mieć również octan cyproteronu, który zwiększa nawet piętnastokrotnie ryzyko wystąpienia spadku lub wahań nastroju (Asscheman i in., 1989; Basson, 2001).

2.3.4. Hormonalne interwencje afirmujące płeć u osób transpłciowych o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu

Maskulinizujące interwencje hormonalne z reguły składają się z hormonów maskulinizujących oraz niekiedy syntetycznych progestagenów, agonistów GnRH, w wypadku tych pierwszych stosowane są: cypionian testosteronu, heptanian testosteronu (domięśniowo), mieszanina estrów testosteronu, tj. dekanianu testosteronu, fenylopropionianu testosteronu, izoheksanianu/izokapronian testosteronu i propionianu testosteronu (domięśniowo), testosteron (dopoliczkowo), implant testosteronowy (podskórnie), testosteron w żelu lub plastrze (przezskórnie) lub undecynian testosteronu (doustnie lub domięśniowo) (Israel i Tarver, 1997c; Moore i in., 2003; Dahl i in., 2006; Gooren i in., 2008; Moore i Urban, 2009; Mueller i in., 2010; Coleman i in., 2012, 2022; Smith i in., 2014; Fabris i in., 2015; Weinand i Safer, 2015; Gooren, 2016; Unger, 2016; Hembree i in., 2009, 2017; Irwig, 2017; Radix i Davis, 2017; Moravek, 2018; Narasimhan i Safer, 2018; Seal i in., 2018; Bretherton i in., 2019; Defreyne i T'Sjoen, 2019; Fishman i in., 2019; Moravek, 2019; Radix, 2019b; T'Sjoen i in., 2019; Qian, Jr. i Safer, 2020; Trofimiku-Müldner, 2020; Min i Hopkins, 2021).

W celu wyeliminowania występowania miesiączek stosuje się progesteron, progestageny albo agonistów GnRH – etonogestrel (implant), levonorgestrel (wkładka wewnątrzmaciczna), lynestrenol (doustnie), progesteron w postaci mikronizowanej (domacicznie), noretysteron (doustnie), octan medroksyprogesteronu (domięśniowo lub podskórnie) (Fabris i in., 2015; Weinand i Safer, 2015; Hembree i in., 2009, 2017; Irwig, 2017; Seal, 2018; Radix, 2019b; T'Sjoen i in., 2019; Qian, Jr., i Safer, 2020; Min i Hopkins, 2021).

Głównymi przeciwwskazaniami do wdrożenia maskulinizujących interwencji hormonalnych są: ciąża lub czas do 6 tygodni po porodzie (jeśli osoba karmi piersią), ostra postać choroby wieńcowej, choroby układu krążenia, aktualna lub przebyta choroba niedokrwienna serca lub udar, ostra zakrzepica żył głębokich, zatorowość płucna, rak piersi, trzonu macicy, szyjki macicy, pochwy lub jajnika, niewyjaśnione krwawienie z pochwy, nadużywanie substancji psychoaktywnych i alkoholu, nieleczona niewydolność wątroby spowodowana nadkrwistością (policytemią), ostra postać choroby dróg żółciowych lub wątroby (w tym nowotwór wątroby), padaczka z aurą, toczeń rumieniowaty układowy (z pozytywnymi lub nieznanymi przeciwciałami antyfosfolipidowymi lub ostrą małopłytkowością [trombopenią]) (Hembree i in., 2009; Fabris i in., 2015; Wilczynski i Emanuele, 2014, za: Hadj-Moussa i in., 2018a; Defreyne i T'Sjoen, 2019; Qian, Jr., i Safer, 2020; Min i Hopkins, 2021).

2.3.4.1. Działanie maskulinizujące

Wśród maskulinizujących efektów hormonalnych interwencji afirmujących płeć znajdują się: atrofia pochwy (początek po 1–6 miesiącach terapii, ostateczne efekty po około roku – 2 latach), obniżenie się głosu (początek zmian po 6–12 miesiącach, ostateczne efekty po 1–2 latach), pojawienie się łysienia typu męskiego (początek utraty włosów po około pół roku – roku), pojawienie się zarostu oraz nasilenie się owłosienia ciała (początek po 6–12 miesiącach, ostateczne efekty po 4–5 latach), redystrybucja tkanki tłuszczowej (początek zmian po około 1–6 miesiącach, ostateczne efekty po 2–5 latach), wzrost masy mięśniowej i jej wzmocnienie (początek po 6–12 miesiącach, ostateczne efekty po około 2–5 latach), zanik miesiączki (po 1–6 miesiącach), zwiększenie się rozmiaru łechtaczki (początek zmian po 1–6 miesiącach terapii, ostateczne efekty po 2–5 latach; w ciągu roku terapii przyrost do 60% [Fisher i in., 2014, za: Defreyne i T'Sjoen, 2019]) (Dahl i in., 2006; Cosyns i in., 2014; Hembree i in., 2009,

2017; Houlberg, 2018; Seal i in., 2018; Defreyne i T'Sjoen, 2019; Qian, Jr., i Safer, 2020; Min i Hopkins, 2021).

Maskulinizujący efekt interwencji hormonalnych nie utrzymuje się w równym stopniu we wszystkich obszarach. Informacje co do trwałości zmian są jednak skąpe – do zmian nieodwracalnych zaliczane są: obniżenie głosu, pojawienie się zarostu oraz łysienie typu męskiego (Dahl i in., 2006). Najprawdopodobniej również zwiększenie się rozmiaru łechtaczki jest nieodwracalne (Dahl i in., 2006). Z kolei do procesów odwracalnych zalicza się zaprzestanie miesiączkowania oraz – w mniejszym lub większym stopniu – pozostałe wymienione procesy (Dahl i in., 2006; Neblett i Hipp, 2019).

2.3.4.2. Wpływ na zdrowie fizyczne

Maskulinizujące hormonalne interwencje afirmujące płeć mogą wpłynąć na wzrost skurczowego ciśnienia tętniczego, wagi i beztłuszczowej masy ciała, przyrost włóknistej tkanki łącznej, wzrost poziomu cholesterolu LDL, trójglicerydów, hemoglobiny i hematokrytu. Przyczyniają się natomiast do spadku poziomu cholesterolu HDL, hormonu luteinizującego, hormonu folikulotropowego, estradiolu, do zmniejszenia się grubości nabłonka pochwowego oraz masy tkanki gruczołowej. Mogą prowadzić również do zmian funkcjonalnych w mózgu (Asscheman i in., 1989; Gooren i in., 2008; Coleman i in., 2012; 2022; Houlberg, 2018; Vita i in., 2018; Kilpatrick i in., 2019). Houlberg (2018) zwraca również uwagę na negatywny wpływ na działanie wątroby.

Maskulinizujące hormonalne interwencje afirmujące płeć stosowane wśród osób o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu mogą spowodować powikłania dermatologiczne, takie jak zwiększenie się natłuszczenia skóry, wystąpienie łojotoku i trądziku (Coleman i in., 2012, 2022; Hembree i in., 2009, 2017; Houlberg, 2018; Sabra i in., 2018; Yeung i in., 2019; Min i Hopkins, 2021).

Stosowanie hormonalnych interwencji afirmujących płeć zwiększa ryzyko wystąpienia: dyslipidemii, zespołu metabolicznego, osteopenii, osteoporozy i chorób układu sercowo-naczyniowego (np. nadciśnienia tętniczego, choroby wieńcowej, chorób mózgowo-naczyniowych, udaru, zawału, żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej), nadkrwistości, ostrej niewydolności wątroby, bezdechu sennego (Lips i in., 1996; Kesteren i in., 1998; Elamin i in., 2010; Wierckx i in., 2012; Wierckx i in., 2013; Gooren i in., 2014; Weinand i Safer, 2015; Hembree i in., 2017; Maraka i in., 2017; Houlberg, 2018; Getahun i in., 2018; Cheung i in., 2019;

Defreyne i T'Sjoen, 2019; Goldstein i in., 2019; Goodman, Getahun i in., 2019; Nota i in., 2019; Safer i Tangpricha, 2019; Qian i Safer, 2020; Trofimiku-Müldner, 2020; Aranda i in., 2021; Connelly i in., 2021; Allgayer i in., 2023; Irwig, 2023; Lopez i in., 2023; Lei i in., 2024; Zijverden i in., 2024). Wpływu na mineralną gęstość kości nie odnotowują Stevenson i Tangpricha (2019), Min i Hopkins (2021). Coleman i współpracownicy (2012, 2022) w standardach opieki Światowego Stowarzyszenia Specjalistów(-tek) do spraw Zdrowia Osób Transpłciowych stwierdzają, że hormonalne interwencje afirmujące płeć stosowane wśród osób transpłciowych o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu nie zwiększają znacznie ryzyka wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego.

Hormonalna terapia podawana osobom transpłciowym o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu może zwiększać ryzyko wystąpienia raka skóry (czerniaka oraz raka podstawnokomórkowego i kolczystokomórkowego), raka piersi (w tym i w rezydualnej tkance po mastektomii), raka jajników, raka macicy, raka endometrium, nowotworu pochwy, guzów somatotropinowych, jak również zmian nowotworowych w obrębie genitaliów po operacyjnej korekcie płci (Gooren i in., 2008; Hembree i in., 2017; Sabra i in., 2018; Houlberg, 2018; Blok i in., 2019; Dizon i in., 2006, za: Blok i in., 2019; Schenck i in., 2010, za: Blok i in., 2019; Blok i in., 2018, za: Blok i in., 2019; Willemsen i in., 1998, za: Defreyne i T'Sjoen, 2019; Hage i in., 2000, za: Defreyne i T'Sjoen, 2019; Shao i in., 2011, za: Defreyne i T'Sjoen, 2019; Urban i in., 2011, za: Defreyne i T'Sjoen, 2019; Yeung i in., 2019).

W kontekście funkcji seksualnych i reprodukcyjnych hormonalna terapia zastępcza stosowana wśród osób o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu powoduje wzrost libido, zanik cyklu miesięcznego, jak również zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia nadkrwistości (Coleman i in., 2012, 2022; Hembree i in., 2009, 2017; Deutsch, 2016, za: Houlberg, 2018; Min i Hopkins, 2021).

2.3.4.3. Wpływ na dobrostan psychiczny

Tak jak w wypadku osób o męskiej płci przypisanej po urodzeni, w wypadku osób stosujących maskulinizujące interwencje hormonalne doświadczana dysforia płciowa / niezgodność płciowa i niezadowolenie z własnego ciała, niska satysfakcja z życia seksualnego czy wrażliwość interpersonalna i wrogość ulegają znacznemu ograniczeniu (Murad i in., 2010; Keo-Meier i in., 2015; Bouman, Claes i in., 2016; Defreyne i in., 2017; Cai i in., 2019; Hughto i in., 2020; Ristori i in., 2020).

Osoby transpłciowe o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu w trakcie hormonalnych interwencji afirmujących płeć doświadczają mniej symptomów depresji niż te, które jej się nie podjęły (Gómez-Gil i in., 2012; Davis i Meier, 2014; Witcomb i in., 2018; Hughto i in., 2020). Podobnie jest w przypadku lęku i somatyzacji (Murad i in., 2010; Hughto i in., 2020).

Według wielu badań hormonalne interwencje afirmujące płeć chronią osoby transpłciowe o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu przed depresją oraz inną psychopatologią (Murad i in., 2010; Rotondi, Bauer, Scanlon i in., 2011; Gorin-Lazard i in., 2013; Colizzi i in., 2014; Boza i Nicholson Perry, 2014; Heylens, Verroken i in., 2014; Dhejne i in. 2016; Hughto i Reisner, 2016; Bouman i in., 2017; Metzger i Boettger, 2019; Hughto i in., 2020).

Istnieją sprzeczne doniesienia odnośnie do zgłaszanego wzrostu złości i agresywności po zastosowaniu maskulinizujących interwencji hormonalnych. Niektórzy wskazują na istotny pozytywny związek pomiędzy agresją a stosowaną terapią (Goozen i in., 1995; Michel i in., 2001; Moore i in., 2003; Coleman i in., 2012, 2022), natomiast Defreyne i współpracownicy (2018, 2019) nie stwierdzili związku pomiędzy poziomami złości i agresji a poziomem testosteronu przed i w trakcie terapii. Różnice natomiast zanotowano pomiędzy osobami, u których ustąpiła lub nie miesiączka – w drugiej z tych grup odnotowano wyższy poziom deklarowanej złości. Podobne wyniki zaprezentowali Motta i współpracownicy (2018). Biorąc to pod uwagę, wpływ terapii na ustanie miesiączek może redukować poziom złości. W przypadku wpływu różnic w stężeniu testosteronu pomiędzy osobami, które go przyjmują, a tymi, które go nie przyjmują, nie stwierdzono różnic w symptomach depresji, ale odnotowano wyższy poziom deklarowanej złości (Slabbekoorn i in., 2001).

2.3.5. Hormonalne interwencje afirmujące płeć a osoby niebinarne

Z reguły w literaturze opisywane są hormonalne interwencje afirmujące płeć w kontekście osób transpłciowych, które identyfikują się binarnie, nie uwzględnia się potencjalnej specyfiki potrzeb osób niebinarnych w zakresie oczekiwanych zmian maskulinizujących lub feminizujących wynikających ze stosowanej terapii (Cocchetti i in., 2020).

Cocchetti i współpracownicy (2020) zalecają osobom niebinarnym o męskiej płci przypisanej po urodzeniu, które chcą zachować zdolność do osiągania erekcji, hormonalne interwencje afirmujące płeć składające się wyłącznie z estrogenów, ewentualnie wraz z inhibitorami 5α-reduktazy lub niskimi dawkami octanu cyproteronu. Spośród niehormonalnych środków zalecany jest eflornityna dla osób, które chcą pozbyć się zarostu i zachować funkcje seksualne (Cocchetti i in., 2020).

Z kolei w wypadku osób niebinarnych o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu, które pragną częściowej maskulinizacji (np. w zakresie sylwetki ciała, ale nie zmian w owłosieniu/zaroście) Cocchetti i współpracownicy (2020) zalecają uzupełnienie hormonalnych interwencji afirmujących płeć z wykorzystaniem testosteronu o inhibitory 5α-reduktazy (np. finasteryd) oraz elektrolizę i laserowe usuwanie zarostu. Spośród niehormonalnych środków zalecany jest minoksydyl dla osób, które chcą mieć zarost, ale nie chcą zmian w zakresie sylwetki ciała (Cocchetti i in., 2020).

2.4. Prawna korekta oznaczenia płci

W polskim prawie nie istnieje ujednolicona procedura korekty płci metrykalnej. Różni się ona w zależności od składu sędziowskiego oraz regionu, w jakim sprawa została wszczęta. Do chwili obecnej brakuje ustawy regulującej uzgodnienie płci (Dynarski i in., 2010; Śledzińska-Simon, 2010, 2013; Holewińska-Łapińska, 2010; Dębińska, 2015; Mazurczak, 2020; Bielska-Brodziak i in., 2024).

Początki orzecznictwa dotyczącego prawnej korekty oznaczenia płci w Polsce sięgają pierwszej połowy lat sześćdziesiątych XX wieku (Dębińska, 2015). Współcześnie stosowana praktyka prawnego uzgodnienia płci ma stosunkowo krótką historię, sięgającą 1995 roku, od kiedy zgodnie z uchwałą Sądu Najwyższego z 22 września wyrok w sprawie wytoczonej na podstawie Art. 189 k.p.c. jest możliwa korekta płci metrykalnej (Urban, 2009; Dynarski i in., 2010; Holewińska-Łapińska, 2010; Śledzińska-Simon, 2010, 2013; Dębińska, 2015; Mazurczak, 2020).

Do dokonania prawnej korekty płci metrykalnej konieczne było pozwanie przez osobę transpłciową swoich rodziców, którzy w tej sytuacji traktowani byli jako osoby odpowiedzialne za błędne określenie płci powoda/powódki w akcie urodzenia (Urban, 2009; Dynarski i in., 2010; Śledzińska-Simon, 2010, 2013; Holewińska-Łapińska, 2010; Dębińska, 2015; Mazurczak, 2020). W przypadku

śmierci któregoś z rodziców wyznaczany był kurator; wcześniejsza praktyka wymagała nawet dwóch kuratorów, jeżeli oboje rodzice nie żyli (Dynarski i in., 2010; Holewińska-Łapińska, 2010). Jednak od 2019 roku w razie śmierci jednego z rodziców nie był już wyznaczany kurator (Mazurczak, 2020).

W celu wszczęcia sprawy o uzgodnienie płci wymagane było podjęcie się hormonalnych interwencji afirmujących płeć oraz przedłożenie wraz z pozwem opinii seksuologicznej, psychologicznej i psychiatrycznej oraz wyników badań medycznych. Ze względu na brak ujednolicenia tej procedury sąd mógł zażądać dodatkowych dokumentów (Dynarski i in., 2010). W toku rozprawy, sędzia mógł zasięgnąć opinii nawet sześciu biegłych (Holewińska-Łapińska, 2010), z reguły jednak wymagana była opinia biegłych z zakresu psychiatrii i/lub seksuologii. Po zakończonym procesie uzgadniania płci dokonywana była korekta numeru PESEL oraz zmiana imienia (imion) na te zgodne z identyfikacją osoby dokonującej korekty płci, a także stosownie uaktualniano otrzymane przez nią wcześniej dyplomy, certyfikaty.

Decyzją Sądu Najwyższego z 4 marca 2025 roku postępowanie w sprawie prawnej korekty oznaczenia płci przeprowadzane jest w trybie nieprocesowym, niewymagającym pozywania rodziców.

2.5. Zabiegi chirurgiczne

2.5.1. Ocena gotowości do poddania się operacyjnej korekcie płci

Według standardów opieki Światowego Stowarzyszenia Specjalistów(-tek) do spraw Zdrowia Osób Transpłciowych (Coleman i in., 2022), aby osoba mogła poddać się orchidektomii, feminizującej rekonstrukcji klatki piersiowej, waginoplastyce i zabiegom chirurgicznym afirmującym płeć w obrębie twarzy (w przypadku osoby o męskiej płci przypisanej po urodzeniu) lub histerektomii i owarektomii, metoidioplastyce, falloplastyce, zabiegom chirurgicznym afirmującym płeć w obrębie twarzy (w przypadku osoby o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu), powinna: posiadać diagnozę niezgodności płciowej (jeśli w miejscu zamieszkania wymagana jest diagnoza w celu pozyskania dostępu do afirmującej płeć opieki zdrowotnej), znajdować się na co najmniej drugim stopniu w skali rozwoju płciowego Tannera (istotne w przypadku osób nastoletnich), rozumieć wpływ interwencji na zdolności reprodukcyjne, być zdolna do

podjęcia świadomej decyzji, doświadczać trwałej niezgodności płciowej (której potencjalny wtórny charakter został wykluczony) i stosować hormonalne interwencje afirmujące płeć przez co najmniej pół roku (przez co najmniej rok w przypadku osób nastoletnich), jeśli osoba chce się ich podejmować lub gdy nie ma co do nich medycznych przeciwwskazań, a potencjalne zaburzenia współ występujące (psychiczne i somatyczne) powinny być pod kontrolą lekarską.

2.5.2. Zabiegi chirurgiczne dostępne dla osób transpłciowych o męskiej płci przypisanej po urodzeniu

Osoby o męskiej płci przypisanej po urodzeniu mogą poddać się wielu zabiegom chirurgicznym umożliwiającym dopasowanie ciała do płci, z którą się identyfikują. Są to między innymi: implantowanie piersi (Bowman i Goldberg, 2006; Papa i in., 2015; Yelland, 2018; Miller i in., 2019; Schechter i Schechter, 2020), implantowanie pośladków (Monstrey i in., 2014), chondroplastyka jabłka Adama (Hammond i in., 2019), laryngoplastyka (Cavalot i Cossu, 2015; Hammond i in., 2019), klitoroplastyka, orchidektomia, penektomia, waginoplastyka, plastyka cewki moczowej, labioplastyka, wulwoplastyka (Selvaggi i in., 2005; Fetih i in., 2015; Liguori i in., 2015; Perović, 2015; Trombetta, 2015; Trombetta, Colombo i in., 2015; Trombetta, Bertolotto i Liguori, 2015 ;Verze i in., 2015; Colebunders i in., 2016a; Claes, Pattyn i in., 2018; Hadj-Moussa i in., 2018b; Selvaggi i Andreasson, 2018; Pariser i Kim, 2019; Ferrando i Bowers, 2020; Drinane, i Santucci, 2021; Owyong i Ramasamy, 2021), obniżenie linii włosów (Garcia-Rodriguez i in., 2020) czy też różne zabiegi feminizujące twarzoczaszkę (Becking i in., 2007; Raffaini i in., 2016; Berli i in., 2017; Altman, 2018; Spiegel, 2019; Capitan i in., 2020).

Zabiegi feminizujące twarzoczaszkę (Israel i Tarver, 1997d; Becking i in., 2007; Raffaini i in., 2016; Berli i in., 2017; Altman, 2018; Hadj-Moussa i in., 2018b; Spiegel, 2019; Capitan i in., 2020; Garcia-Rodriguez i in., 2020; Asokan i in., 2023; Sluiter i in., 2024) mają na celu nadanie stereotypowo kobiecego wyglądu twarzy, przez np. obniżenie linii włosów, przeszczep włosów, rekonstrukcję podbródka, konturowanie czoła (i wałów nadoczodołowych) oraz szczęki czy korekcję nosa.

Implantowanie piersi (Israel i Tarver, 1997d; Ousterhout, 1997; Bowman i Goldberg, 2006; Papa i in., 2015; Yelland, 2018; Miller i in., 2019; Schechter i Schechter, 2020) polega na umieszczeniu implantów piersi bądź też tkanki tłuszczowej pobranej z innego miejsca ciała. Z kolei implantowanie pośladków

(Monstrey i in., 2014) polega na umieszczeniu implantów pośladków lub też tkanki tłuszczowej pobranej z innego miejsca ciała.

Chondroplastyka wyniosłości krtaniowej, czyli tzw. jabłka Adama (Israel i Tarver, 1997d; Hadj-Moussa i in., 2018b; Hammond i in., 2019), jest zabiegiem redukującym rozmiar tej struktury. Laryngoplastyka (Cavalot i Cossu, 2015; Hadj-Moussa i in., 2018b; Cohen i Rosow, 2019) polega na wymodelowaniu strun głosowych, tak aby osoba mówiła wyższym głosem (w tym celu struny głosowe są skracane).

Waginoplastyka składa się z interwencji chirurgicznych, przeprowadzanych w ciągu jednego lub kilku zabiegów, których celem jest uformowanie żeńskich organów płciowych (Israel i Tarver, 1997e; Selvaggi i in., 2005; Colebunders i in., 2016a; Fetih i in., 2015; Horbach i in., 2015; Liguori i in., 2015; Perović, 2015; Trombetta, 2015; Verze i in., 2015; Claes, Pattyn i in., 2018; Hadj-Moussa i in., 2018b; Selvaggi i Andreasson, 2018; Fisher i in., 2019; Pariser i Kim, 2019; Ferrando i Bowers, 2020; Drinane, i Santucci, 2021). Między innymi są to: klitoroplastyka, orchidektomia, penektomia, waginoplastyka, plastyka cewki moczowej i labioplastyki.

Występuje wiele rodzajów waginoplastyki. Ze względu na rodzaj tkanki, z jakiej formowana jest pochwa, wyróżnia się waginoplastykę (Colebunders i in., 2016b; Horbach i in., 2015; Hadj-Moussa i in., 2018b; Selvaggi i Andreasson, 2018; Pariser i Kim, 2019; Drinane, i Santucci, 2021): z płatów skóry (*skin graft vaginoplasty*), z tkanki jelitowej (*intestinal transposition vaginoplasty*) oraz z płatów skóry członka i moszny (*penile-scrotal skin flap vaginoplasty*, również: *penile inversion surgery*).

Waginoplastyka z wykorzystaniem płatów skóry (Selvaggi i in., 2005; Fetih i in., 2015; Huang, 1995, za: Horbach i in., 2015; Siemssen i Matzen, 1997, za: Horbach i in., 2015; Hage i Karim, 1998, za: Horbach i in., 2015; Liguori i in., 2015; Perović, 2015; Trombetta, 2015; Verze i in., 2015; Colebunders i in., 2016b; Claes, Pattyn i in., 2018; Hadj-Moussa i in., 2018b; Fisher i in., 2019; Pariser i Kim, 2019; Ferrando i Bowers, 2020; Drinane i Santucci, 2021; Li i in., 2023) z obszarów niegenitalnych charakteryzuje się tym, że wymoszczenie pochwy uformowane jest z tkanki pobranej między innymi z brzucha, pachwiny. Wadami tej metody są częste komplikacje (przede wszystkim zwężenie pochwy), brak lubrykacji, odmienna pigmentacja tkanki od tej w okolicach genitalnych (Selvaggi i in., 2005; Hadj-Moussa i in., 2018b).

Z kolei waginoplastyka z wykorzystaniem tkanki jelitowej (Selvaggi i in., 2005; Bouman i in., 2014; Fetih i in., 2015; Karim i in., 1996, za: Horbach i in.,

2015; Kim i in., 2003, za: Horbach i in., 2015; Wedler i in., 2004, za: Horbach i in., 2015; Wu i in., 2009, za: Horbach i in., 2015; Djordjević i in., 2011; Liguori i in., 2015; Perović, 2015; Trombetta, 2015; Verze i in., 2015; Colebunders i in., 2016a; Claes, Pattyn i in., 2018; Hadj-Moussa i in., 2018b; Selvaggi i Andreasson, 2018; Fisher i in., 2019; Pariser i Kim, 2019; Ferrando i Bowers, 2020; Drinane i Santucci, 2021) polega na tym, że pochwa formowana jest z tkanki pobranej z esicy lub jelita krętego. Wśród zalet tej metody wymieniana jest naturalna lubrykacja pochwy oraz to, że zabieg nie jest uzależniony od ilości tkanek pobranych z członka i moszny. Wadami tej metody jest obfita wydzielina z pochwy o intensywnym zapachu oraz potencjalne dodatkowe komplikacje związane z miejscem pobrania tkanki jelitowej (Selvaggi i in., 2005; Hadj-Moussa i in., 2018b; Selvaggi i Andreasson, 2018).

W przypadku waginoplastyki z wykorzystaniem płatów skóry członka i moszny (Selvaggi i in., 2005; Fetih i in., 2015; Jarolim, 2000, za: Horbach i in., 2015; Perović i in., 2000, za: Horbach i in., 2015; Krege i in., 2001, za: Horbach i in., 2015; Hoebeke i in., 2005, za: Horbach i in., 2015; Lawrence, 2006a, za: Horbach i in., 2015; Goddard i in., 2007, za: Horbach i in., 2015; Namaba i in., 2007, za: Horbach i in., 2015; Wagner i in., 2010, za: Horbach i in., 2015; Reed, 2011, za: Horbach i in., 2015; Rossi Neto i in., 2012, za: Horbach i in., 2015; Amend i in., 2013, za: Horbach i in., 2015; Hess i in., 2014, za: Horbach i in., 2015; Liguori i in., 2015; Perović, 2015; Trombetta, 2015; Verze i in., 2015; Colebunders i in., 2016b; Sigurjonsson i in., 2016; Claes, Pattyn i in., 2018; Hadj-Moussa i in., 2018b; Selvaggi i Andreasson, 2018; Fisher i in., 2019; Pariser i Kim, 2019; Ferrando i Bowers, 2020; Gentile i in., 2020; Drinane i Santucci, 2021) do wymoszczenia pochwy wykorzystywana jest skóra z członka i moszny oraz niekiedy tkanka z cewki moczowej. Wśród zalet tej metody wymieniane są niskie ryzyko powikłań, wrażliwość erogenna wykorzystanej tkanki (Selvaggi i in., 2005; Hadj-Moussa i in., 2018b). Wadami tej metody są: ograniczenia związane z ilością dostępnej skóry do przeszczepu, brak lubrykacji (jednak Shoureshi i Dugi III [2019] donoszą, że zachowane gruczoły opuszkowo-cewkowe mogą ją częściowo zapewnić), długi czas koniecznego wykonywania ćwiczeń rozszerzających pochwę (Selvaggi i in., 2005; Hadj-Moussa i in., 2018b).

Klitoroplastyka (Selvaggi i in., 2005; Fetih i in., 2015; Horbach i in., 2015; Liguori i in., 2015; Perović, 2015; Trombetta, 2015; Trombetta, Colombo i in., 2015; Verze i in., 2015; Claes, Pattyn i in., 2018; Hadj-Moussa i in., 2018b; Pariser

i Kim, 2019; Ferrando i Bowers, 2020; Drinane, i Santucci, 2021) jest zabiegiem polegającym na uformowaniu łechtaczki z tkanki pobranej z żołędzi.

Orchidektomia (Selvaggi i in., 2005; Fetih i in., 2015; Horbach i in., 2015; Liguori i in., 2015; Perović, 2015; Trombetta, 2015; Verze i in., 2015; Claes, Pattyn i in., 2018; Hadj-Moussa i in., 2018b; Selvaggi i Andreasson, 2018; Pariser i Kim, 2019; Ferrando i Bowers, 2020; Drinane, i Santucci, 2021; Owyong i Ramasamy, 2021) jest zabiegiem polegającym na usunięciu jąder przez mosznę. Przeprowadzanie jej jako osobnej procedury może obniżyć jakość tkanki później wykorzystywanej w trakcie waginoplastyki ze względu na blizny.

Plastyka cewki moczowej (Selvaggi i in., 2005; Fetih i in., 2015; Horbach i in., 2015; Liguori i in., 2015; Perović, 2015; Trombetta, 2015; Verze i in., 2015; Claes, Pattyn i in., 2018; Hadj-Moussa i in., 2018b; Selvaggi i Andreasson, 2018; Pariser i Kim, 2019; Ferrando i Bowers, 2020; Drinane i Santucci, 2021) polega na skróceniu cewki moczowej oraz odpowiedniej jej relokacji, w celu umożliwienia oddawania moczu w pozycji siedzącej.

Penektomia (Selvaggi i in., 2005; Fetih i in., 2015; Horbach i in., 2015; Liguori i in., 2015; Perović, 2015; Trombetta, 2015; Verze i in., 2015; Claes, Pattyn i in., 2018; Hadj-Moussa i in., 2018b; Selvaggi i Andreasson, 2018; Pariser i Kim, 2019; Ferrando i Bowers, 2020; Drinane, i Santucci, 2021) polega na usunięciu prącia w toku jedno- lub kilkuetapowych interwencji chirurgicznych.

Labioplastyka (Selvaggi i in., 2005; Fetih i in., 2015; Horbach i in., 2015; Liguori i in., 2015; Perović, 2015; Trombetta, 2015; Verze i in., 2015; Claes, Pattyn i in., 2018; Hadj-Moussa i in., 2018b; Selvaggi i Andreasson, 2018; Pariser i Kim, 2019; Ferrando i Bowers, 2020; Drinane i Santucci, 2021) jest zabiegiem rekonstruującym wargi sromowe – wargi sromowe większe z reguły formowane są ze skóry moszny, natomiast wargi sromowe mniejsze – ze skóry członka lub tkanki pobranej z cewki moczowej (zależy to np. od typu przeprowadzanej waginoplastyki oraz dostępnej ilości tkanki).

2.5.2.1. Satysfakcja i możliwe komplikacje

Satysfakcja z interwencji chirurgicznych afirmujących płeć (w tym waginoplastyki i chirurgicznej feminizacji twarzy) według dostępnych danych jest wysoka pod względem zarówno estetyki i funkcjonalności, jak i redukcji psychopatologii związanej z doświadczaną dysforią płciową (Ross i Need, 1989; Pfafflin i Junge, 1992; De Cuypere i in., 2005; Lawrence, 2006b; Selvaggi i in., 2007;

Ainsworth i Spiegel, 2010; Dhejne i in., 2011; Rossi Neto i in., 2012; Bucci i in., 2015; Bunacamper i in., 2015; Glass i Bowers, 2015; Morelli i in., 2015; Rolle i in., 2015; Raffaini i in. 2016; Bouman, Davey i in., 2016; Bouman, Claes i in., 2016; Bouman, Sluis, Buncamper i in., 2016, Bouman, Sluis i in., 2016; Wylie, Wootton i in., 2016; Sluis i in., 2016; Quinn i in., 2017; Sigurjónsson i in., 2017; El-Hadi i in., 2018; Owen-Smith i in., 2018; Nobili i in., 2018; Simbar i in., 2018; Grift i in., 2018; Cai i in., 2019; Ebrahimzadeh Zagami i in., 2019; Miller i in., 2019; Bränström i Pachankis, 2020; To i in., 2020). Podobny – pozytywny wpływ na dobrostan psychiczny wykazuje hormonalna terapia zastępcza (Murad i in., 2010; Quinn i in., 2017; Tucker i in., 2018; To i in., 2020).

Wśród komplikacji omawiane w literaturze są przede wszystkim te związane z różnymi formami waginoplastyki. Pośród nich najczęściej wymieniane są (Lawrence, 2006a; Bucci i in., 2015; Glass i Bowers, 2015; Horbach i in., 2015; Capitan i in., 2020; Chi i in., 2021) stany zapalne cewki moczowej, ograniczone czucie, stany martwicze oraz przetoki.

2.5.3. Zabiegi chirurgiczne dostępne dla osób transpłciowych o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu

Osoby transpłciowe o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu w toku tranzycji medycznej mogą podjąć się zabiegów chirurgicznych takich jak: mastektomia (Ramella i in., 2015; Claes, D'Arpa iMonstrey, 2018; Yelland, 2018; Cuccolo i in., 2019a, 2019b; Lane i in., 2020; Schechter i Schechter, 2020), panhisterektomia (Siedhoff i in., 2020; Chang i Ferrando, 2021), metoidioplastyka (Jori i Hage, 1996; Djordjević i in., 2009; Dijnović, 2015a; Stojanović i Djordjević, 2015; Colebunders i in., 2016b; Christopher i in., 2018; Bizić i in., 2019; Djordjević i in., 2019; Hadj-Moussa i in., 2019; Schardein i in., 2021; Stojanović i in., 2021) lub falloplastyka (Dabernig i in., 2006; Morrison i in., 2016; Christopher i in., 2018; Hadj-Moussa i in., 2019; Schechter i Facque, 2021), skrotoplastyka (Felici i Felici, 2006; Arnež i in., 2015; Bettocchi i Spilotros, 2015; Dijnović, 2015b; Trombetta, Mazzon i in., 2015; Sluis i in., 2017; Christopher i in., 2018; Schechter i Safa, 2018; Bizić, i Djordjević, 2020; Dy i in., 2021; Schardein i in., 2021) i chondroplastyka (Cohen i Rosow, 2019).

Mastektomia (Ramella i in., 2015; Gorton i Erickson-Schroth, 2017; Claes, D'Arpa i Monstrey, 2018; Yelland, 2018; Cuccolo i in., 2019a, 2019b;

Van Boerum i in., 2019; Lane i in., 2020; Schechter i Schechter, 2020) polega na usunięciu piersi oraz często repozycjonowaniu sutków w bardziej stereotypowo przypisywane mężczyznom miejsce. Z kolei panhisterektomia (Siedhoff i in., 2020; Chang i Ferrando, 2021) to zabieg polegający na usunięciu macicy wraz z jej przydatkami.

Chondroplastyka tzw. jabłka Adama (Cohen i Rosow, 2019) polega na uformowaniu chrząstki zgodnie z typową męską anatomią.

Metoidioplastyka (Joris i Hage, 1996; Djordjević i in., 2009; Dijnović, 2015a; Stojanović i Djordjević, 2015; Colebunders i in., 2016b; Morrison i in., 2016; Frey i in., 2017; Gorton i Erickson-Schroth, 2017; Christopher i in., 2018; Bizić i in., 2019; Djordjević i in., 2019; Hadj-Moussa i in., 2019; Schardein i in., 2021; Stojanović i in., 2021) jest metodą formowania członka z powiększonej przez stosowanie testosteronu łechtaczki. Polega na przerwaniu tkanki wokół łechtaczki (w dolnej jej części) i tym samym zlikwidowaniu mocowania z kością łonową. Często jest łączona z rekonstrukcją cewki moczowej. Wśród zalet tej metody najczęściej wymieniane są: zdolność do osiągnięcia naturalnej erekcji i zachowanie właściwości erogennych, możliwość oddawania moczu w pozycji stojącej (po równoczesnym przedłużeniu cewki moczowej), najniższe ryzyko wystąpienia komplikacji pooperacyjnych wśród dostępnych metod formowania członka, jak również relatywnie niski koszt. Z kolei wśród wad wymienia się relatywnie mały rozmiar członka, który nie odznacza się w kroczu, oraz nieznaczne szanse na satysfakcjonujący seks penetracyjny (Djordjević i in., 2009; Dijnović, 2015a; Stojanović i Djordjević, 2015; Morrison i in., 2016; Bizić i in., 2019; Hadj-Moussa i in., 2019; Glick i in., 2023). W porównaniu do innych metod formowania członka nie jest możliwe wszczepienie protezy erekcyjnej (Djordjević i in., 2009; Dijnović, 2015a; Stojanović i Djordjević, 2015; Colebunders i in., 2016b; Morrison i in., 2016; Christopher i in., 2018; Bizić i in., 2019; Hadj-Moussa i in., 2019; Dy i in., 2021; Schardein i in., 2021).

Wśród podstawowych wariantów metoidioplastyki wyróżnia się następujące: prosta metoidioplastyka (*simple metoidioplasty*), belgradzka metoidioplastyka (*belgrade metoidioplasty*) oraz pierścieniowa metoidioplastyka (*ring metoidioplasty*) (Djordjević i in., 2009; Dijnović, 2015a; Stojanović i Djordjević, 2015; Colebunders i in., 2016b; Morrison i in., 2016; Bizić i in., 2019; Djordjević i in., 2019; Stojanović i in., 2021).

Prosta metoidioplastyka (Djordjević i in., 2009; Dijnović, 2015a; Stojanović i Djordjević, 2015; Morrison i in., 2016; Frey i in., 2017; Christopher i in., 2018;

Bizić i in., 2019; Djordjević i in., 2019; Schardein i in., 2021; Stojanović i in., 2021) polega na formowaniu członka z łechtaczki, powiększonej przez stosowanie testosteronu. Zostaje przerwana tkanka wokół łechtaczki, co powoduje zlikwidowanie mocowania z kością łonową i „uwolnienie" członka. Średnica członka jest powiększana przez przeszczep tkanki między innymi z warg sromowych mniejszych i większych. Ujście cewki moczowej z reguły zostaje pozostawione w jej pierwotnym miejscu (jej przedłużenie może zostać przeprowadzone w kolejnych zabiegach). Wśród zalet tej metody wymieniana jest niska częstotliwość występowania powikłań pooperacyjnych. Wadą jest możliwość wystąpienia problemu z oddawaniem moczu w pozycji siedzącej, ponieważ przepływ moczu może ograniczać uformowana moszna wraz z protezami jąder (Djordjević i in., 2009; Dijnović, 2015a; Stojanović i Djordjević, 2015; Morrison i in., 2016; Christopher i in., 2018; Bizić i in., 2019; Djordjević i in., 2019; Dy i in., 2021; Stojanović i in., 2021).

Z kolei tzw. belgradzka metoidioplastyka (Djordjević i in., 2009; Dijnović, 2015a; Stojanović i Djordjević, 2015; Morrison i in., 2016; Christopher i in., 2018; Bizić i in., 2019; Djordjević i in., 2019; Schardein i in., 2021; Stojanović i in., 2021) została wypracowana w toku interwencji stosowanych w wypadku skrajnej postaci spodziectwa wśród cispłciowych mężczyzn. Jednozabiegowa procedura polega nie tylko na uformowaniu członka z łechtaczki, ale także na nadaniu mu jak najbardziej anatomicznego kształtu. Jest to możliwe dzięki plastyce cewki moczowej i skrotoplastyce z implantacją protez jąder (Felici i Felici, 2006; Arnež i in., 2015; Bettocchi i Spilotros, 2015; Dijnović, 2015b; Trombetta, Mazzon i in., 2015; Frey i in., 2017; Sluis i in., 2017; Schechter i Safa, 2018; Hadj-Moussa i in., 2019; Bizić, i Djordjević, 2020; Dy i in., 2021; Schardein i in., 2021). Wśród zalet tej metody wymieniana jest niska częstotliwość występowania powikłań pooperacyjnych (Djordjević i in., 2009; Dijnović, 2015a; Stojanović i Djordjević, 2015; Morrison i in., 2016; Christopher i in., 2018; Bizić i in., 2019; Djordjević i in., 2019; Stojanović i in., 2021). Wśród wad wymieniana jest konieczność stosowania w okresie po 3 tygodniach od zabiegu pompy próżniowej w celu zapobiegnięcia oddzieleniu się członka (Djordjević i in., 2009; Dijnović, 2015a; Stojanović i Djordjević, 2015; Morrison i in., 2016; Djordjević i in., 2019; Stojanović i in., 2021).

Tak zwana metoidioplastyka pierścieniowa (Djordjević i in., 2009; Dijnović, 2015a; Stojanović i Djordjević, 2015; Morrison i in., 2016; Bizić i in., 2019; Djordjević i in., 2019; Schardein i in., 2021; Stojanović i in., 2021) jest metodą zbliżoną do wspomnianej już prostej metoidioplastyki, ale odróżnia ją między

innymi sposób dzielenia i mocowania więzadeł wieszadłowych oraz wykorzystanie tkanki z błony śluzowej pochwy w celu lepszego wyprofilowania i wydłużenia członka. Zaletami techniki pierścieniowej (*ring technique*) ma być bardziej anatomiczny rozmiar oraz kształt członka (Djordjević i in., 2009; Dijnović, 2015a; Stojanović i Djordjević, 2015; Morrison i in., 2016; Bizić i in., 2019; Djordjević i in., 2019; Schardein i in., 2021; Stojanović i in., 2021). Podczas drugiego etapu przeprowadzana jest skrotoplastyka (Felici i Felici, 2006; Arnež i in., 2015; Bettocchi i Spilotros, 2015; Dijnović, 2015b; Trombetta, Mazzon i in., 2015; Sluis i in., 2017; Schechter i Safa, 2018; Hadj-Moussa i in., 2019; Bizić, i Djordjević, 2020; Dy i in., 2021). Wśród wad techniki jest wymieniana relatywnie często występująca trudność z oddawaniem moczu w pozycji stojącej (Djordjević i in., 2009; Dijnović, 2015a; Stojanović i Djordjević, 2015; Morrison i in., 2016; Frey i in., 2017; Bizić i in., 2019; Djordjević i in., 2019; Stojanović i in., 2021).

Falloplastyka stanowi zbiór metod formowania członka odmienny od metoidioplastyki (Dabernig i in., 2006; Garaffa i Ralph, 2015; Pavan i in., 2015; Colebunders i in., 2016b; Morrison i in., 2016; Gorton i Erickson-Schroth, 2017; Christopher i in., 2018; Hadj-Moussa i in., 2019; Heston i in., 2019; Schardein i in., 2021; Schechter iFacque, 2021). Wśród dostępnych interwencji w ramach falloplastyki Heston i współpracownicy (2019) wymieniają: formowanie trzonu prącia, plastykę żołędzi, przedłużanie cewki moczowej, uretroplastykę (rekonstrukcja cewki moczowej), skrotoplastykę, wszczepienie protezy erekcyjnej i/lub protezy jąder, plastykę krocza, waginektomię, histerektomię, wycięcie jajników. Wyróżnia się odmiany falloplastyki w zależności od stosowanej tkanki do uformowania członka; wykorzystuje się między innymi: wolny płat z części promieniowej przedramienia (*radial forearm free flap*), wolny płat z przedniobocznej części uda (*anterolateral thigh free flap*), uszypułowany płat przedniboczny (*anterolateral pedicled flap*), uszypułowany płat z okolicy nadłonowo-brzusznej (*suprapubic abdominal wall pedicled flap*), uszypułowany płat z pachwiny (*pedicled groin flap*), pogrążony płat z mięśnia smukłego (*pedicled gracilis flap*), wolny płat z okolicy kości strzałkowej (*fibula free flap*), płat z mięśnia najszerszego grzbietu (*latissimus dorsi flap*), połączone uszypułowany płat przedniboczny i wolny płat z części promieniowej przedramienia (*double flap phalloplasty*: *free bipedicled radial forearm and posteriori interosseous artery perforator flapphalloplasty*) (Dabernig i in., 2006; Morrison i in., 2016; Sluis i in., 2017; Christopher i in., 2018; Hadj-Moussa i in., 2019; Heston i in., 2019; Bizić i Djordjević, 2020; Schardein i in., 2021; Schechter i Facque, 2021).

Falloplastyka może zostać przeprowadzona w jednym lub kilku etapach. Ze względu na to wyróżniane są trzy zasadnicze jej typy (Christopher i in., 2018; Heston i in., 2019; Schardein i in., 2021): jednoetapowa, tzw. metodą Big Bena oraz tzw. wstępna metoidioplastyka (*metoidio-first*). Podczas falloplastyki jednoetapowej formowane są trzon członka i cewka moczowa w prąciu oraz jest wykonywana maskulinizacja krocza. W przypadku tzw. metody Big Bena procedura podzielona jest na dwa etapy (Heston i in., 2019). Podczas pierwszego zabiegu formowany jest trzon prącia oraz biegnąca w nim cewka moczowa. Podczas drugiego zabiegu wykonywana jest maskulinizacja krocza. W przypadku tzw. wstępnej metoidioplastyki (Heston i in., 2019) w pierwszym etapie przeprowadzany jest zabieg zbliżony do metoidioplastyki, drugi etap obejmuje formowanie trzonu członka oraz przedłużonej cewki moczowej.

Falloplastyka z wykorzystaniem wolnego płata z części promieniowej przedramienia (Morrison i in., 2016; Christopher i in., 2018; de Wolf i in., 2019; Hadj-Moussa i in., 2019; Heston i in., 2019; Schardein i in., 2021; Schechter i Facque, 2021) posiada takie zalety jak: niska częstotliwość występowania komplikacji pooperacyjnych, prawidłowe unaczynienie członka, najlepsze wrażenia czuciowe (porównując rezultaty otrzymywane z wykorzystaniem pozostałych technik falloplastyki, bez uwzględnienia metoidioplastyki), naturalne rozmiary członka, który odznacza się w kroczu, brak konieczności przeprowadzania osobnego zabiegu przedłużania cewki moczowej (Hadj-Moussa i in., 2019; Heston i in., 2019). Wśród wad tej metody wymieniane są: brak odczuć erogennych w członku (zabieg łączenia nerwów w celu uzyskania czucia jest konieczny), brak możliwości uzyskania erekcji (bez wszczepionej protezy erekcyjnej), inna pigmentacja członka od tej w okolicach genitalnych, trwale widoczne miejsce po pobranej tkance na przedramieniu (Hadj-Moussa i in., 2019; Heston i in., 2019). Trudność w wypadku tej metody może stanowić budowa ciała osoby poddającej się zabiegowi – brak wystarczającej ilości tkanki potrzebnej do uformowania członka i cewki moczowej (Morrison i in., 2016; Christopher i in., 2018; Hadj-Moussa i in., 2019; Heston i in., 2019; Schardein i in., 2021; Schechter i Facque, 2021).

Falloplastyka z wykorzystaniem wolnego płata z przedniobocznej części uda posiada następujące zalety: zdolność do odbycia stosunku penetracyjnego (w wypadku członków o większej średnicy również bez protezy erekcyjnej), naturalny rozmiar członka, który dzięki temu odznacza się w kroczu (niezależnie od budowy osoby poddającej się zabiegowi), nie wymaga zespolenia

mikrochirurgicznego, dobre unaczynienie (Rubino i in., 2009; Morrison i in., 2016; Christopher i in., 2018; Hadj-Moussa i in., 2019; Heston i in., 2019; Schardein i in., 2021; Schechter i Facque, 2021), członek o pigmentacji takiej jak okolice genitalne, łatwe do ukrycia miejsce pobrania tkanki (Hadj-Moussa i in., 2019). Wśród wad wymieniane są potencjalne trudności z przedłużeniem cewki moczowej, jak również ograniczone zastosowanie tej metody wśród osób z nadwagą (Morrison i in., 2016; Hadj-Moussa i in., 2019; Heston i in., 2019; Schardein i in., 2021; Schechter i Facque, 2021).

Falloplastyka z wykorzystaniem uszypułowanego płata przedniobocznego posiada szereg zalet, jak: naturalny rozmiar członka, który dzięki temu odznacza się w kroczu, zdolność do odbycia stosunku penetracyjnego (bez protezy erekcyjnej w wypadku członków o większej średnicy), dobre unaczynienie, brak konieczności zespolenia mikrochirurgicznego, członek o pigmentacji takiej jak okolice genitalne, łatwe do ukrycia miejsce pobrania tkanki z uda (Morrison i in., 2016; Christopher i in., 2018; Hadj-Moussa i in., 2019; Heston i in., 2019; Schardein i in., 2021; Schechter i Facque, 2021). Wśród wad wymieniane są ograniczone zastosowanie tej metody wśród osób z nadwagą oraz potencjalne trudności z przedłużeniem cewki moczowej (Morrison i in., 2016; Hadj-Moussa i in., 2019; Schardein i in., 2021; Schechter i Facque, 2021).

Falloplastyka z wykorzystaniem uszypułowanego płata z okolicy nadłonowo-brzusznej (Morrison i in., 2016; Christopher i in., 2018; Hadj-Moussa i in., 2019; Heston i in., 2019; Schardein i in., 2021; Schechter i Facque, 2021) posiada następujące zalety: naturalny rozmiar członka, który dzięki temu odznacza się w kroczu, naturalna pigmentacja członka, taka jak okolic genitalnych, łatwe do ukrycia miejsce pobrania tkanki, brak konieczności zespolenia mikrochirurgicznego. Z kolei wśród wad wymieniane są: słabe czucie w członku (wynikające z ograniczonej ilości nerwów do koaptacji), potencjalne trudności z unaczynieniem członka, brak zdolności do osiągnięcia wzwodu bez protezy erekcyjnej (Morrison i in., 2016; Hadj-Moussa i in., 2019; Heston i in., 2019; Schardein i in., 2021; Schechter i Facque, 2021).

Falloplastyka z wykorzystaniem uszypułowanego płata z pachwiny (Morrison i in., 2016; Christopher i in., 2018; Hadj-Moussa i in., 2019; Heston i in., 2019; Schardein i in., 2021; Schechter i Facque, 2021) posiada szereg zalet: naturalny rozmiar członka odznaczający się w kroczu, członek o pigmentacji takiej jak okolice genitalne, łatwe do ukrycia miejsce pobrania tkanki z okolicy pachwiny, brak konieczności zespolenia mikrochirurgicznego. Wśród wad tej

metody wymieniasię: brak czucia w członku (wynikający z ograniczonej ilości nerwów zdatnych do koaptacji), słabe jego unaczynienie, brak zdolności do osiągnięcia wzwodu bez protezy erekcyjnej, jak również kilkuetapowość zabiegu (Morrison i in., 2016; Hadj-Moussa i in., 2019; Heston i in., 2019; Schardein i in., 2021; Schechter i Facque, 2021).

Falloplastyka z wykorzystaniem uszypułowanego płata z mięśnia smukłego (Morrison i in., 2016; Christopher i in., 2018; Hadj-Moussa i in., 2019; Heston i in., 2019; Schardein i in., 2021; Schechter i Facque, 2021) posiada następujące zalety: zdolność do osiągnięcia wzwodu (poprzez napinanie mięśni), naturalny rozmiar członka, który dzięki temu odznacza się w kroczu, brak konieczności zespolenia mikrochirurgicznego. Wadą tej metody jest brak odczuć erogennych w członku (zabieg łączenia nerwów w celu uzyskania czucia jest konieczny).

Falloplastyka z wykorzystaniem wolnego płata z okolicy kości strzałkowej (Dabernig i in., 2006; Morrison i in., 2016; Christopher i in., 2018; Hadj-Moussa i in., 2019; Heston i in., 2019; Schardein i in., 2021; Schechter i Facque, 2021) posiada następujące zalety: naturalny rozmiar członka, który dzięki temu odznacza się w kroczu, łatwe do ukrycia miejsce pobrania tkanki, dobre unaczynienie, zdolność do podjęcia się stosunku penetracyjnego. Z kolei wśród wad tej metody znajdują się: odmienna pigmentacja członka w porównaniu do tej w okolicach genitalnych, słabe wrażenia dotykowe, kilkuetapowość zabiegu (związaną z prelaminacją cewki moczowej), ograniczone odczucia erogenne, stałe usztywnienie członka, które może prowadzić do częściowej jego deformacji, znaczne ryzyko wystąpienia braku stabilności w nodze, z której pobrano tkankę (Dabernig i in., 2006; Morrison i in., 2016; Hadj-Moussa i in., 2019; Heston i in., 2019; Schardein i in., 2021; Schechter i Facque, 2021).

Falloplastyka z wykorzystaniem płata z mięśnia najszerszego grzbietu Perović i in., 2007; Morrison i in., 2016; Christopher i in., 2018; Kang i in., 2019; Hadj-Moussa i in., 2019; Heston i in., 2019; Bizić, i Djordjević, 2020; Schardein i in., 2021; Schechter i Facque, 2021) posiada zalety takie jak: naturalny rozmiar członka, zdolność do osiągnięcia wzwodu (poprzez napinanie mięśni), łatwe do zakrycia miejsce pobrania tkanki, możliwe wszczepienie implantu erekcyjnego, brak konieczności zespolenia mikrochirurgicznego. Wśród wad tej metody są wskazywane: ograniczone czucie w członku i ograniczone zastosowanie wśród osób z otyłością.

Falloplastyka z wykorzystaniem uszypułowanego płata przedniobocznego i wolnego płata z części promieniowej przedramienia (Sluis i in., 2017;

Hadj-Moussa i in., 2019; Schechter i Facque, 2021) posiada następujące zalety: naturalne rozmiary członka, brak wymogu przeprowadzenia osobnego zabiegu przedłużania cewki moczowej, zdolność do odbycia stosunku penetracyjnego, łatwe do ukrycia miejsce pobrania tkanki. Wadą tej metody jest częste występowanie powikłań dotyczących cewki moczowej (Sluis i in., 2017; Hadj-Moussa i in., 2019; Schechter i Facque, 2021).

Skrotoplastyka jest to zabieg formowania moszny oraz umieszczania protez jąder (Felici i Felici, 2006; Arnež i in., 2015; Bettocchi i Spilotros, 2015; Dijnović, 2015b; Trombetta, Mazzon i in., 2015; Selvaggi, 2015; Sluis i in., 2017; Schechter i Safa, 2018; Christopher i in., 2018; Bizić i Djordjević, 2020; Dy i in., 2021).

2.5.3.1. Satysfakcja oraz możliwe komplikacje

Satysfakcja z interwencji chirurgicznych afirmujących płeć wśród osób transpłciowych o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu według dostępnych danych jest wysoka. Wiąże się to między innymi z tym, że takie zabiegi przyczyniają się do zwiększenia dobrostanu psychicznego (Pfafflin i Junge, 1992; De Cuypere i in., 2005; Selvaggi i in., 2007; Leriche i in., 2008; Dhejne i in., 2011; Blaschke i in., 2014; Terrier i in., 2014; Dijnović, 2015a; Sohn, 2015; Wylie i in., 2016; Quinn i in., 2017; Tomita, 2017; Sluis i in., 2017; Gerth i in., 2018; Owen-Smith i in., 2018; Grift i in., 2018; Santucci, 2018; Tucker i in., 2018; Cai i in., 2019; Cuccolo i in., 2019a, 2019b; Bränström i Pachankis, 2020; Pigot i in., 2020; To i in., 2020). Podpobna prawidłowość jest zauważana w wypadku interwencji hormonalnych (Murad i in., 2010; Quinn i in., 2017; Tucker i in., 2018; Metzger i Boettger, 2019; To i in., 2020).

Wśród najczęstszych komplikacji omawianych w literaturze są te związane z różnymi formami falloplastyki (Pfafflin i Junge, 1992; De Cuypere i in., 2005; Selvaggi i in., 2007; Leriche i in., 2008; Murad i in., 2010; Dhejne i in., 2011; Blaschke i in., 2014; Terrier i in., 2014; Dijnović, 2015a; Siracusano i in., 2015; Sohn, 2015; Wylie i in., 2016; Sluis i in., 2017; Grift i in., 2018; Santucci, 2018; Pigot i in., 2020) oraz operacyjnej korekty klatki piersiowej (Cuccolo i in., 2019a, 2019b). Pośród nich najczęściej wymieniane są stany zapalne w obrębie cewki moczowej, ograniczenie czucia oraz stany martwicze.

2.5.4. Zabiegi chirurgiczne dla osób niebinarnych płciowo

Dla osób, które identyfikują się niebinarnie, zwłaszcza te, które chcą pozbyć się niektórych lub wszystkich cech płciowych ciała, dostępna jest tzw. operacyjna nulifikacja płci (*gender nullification surgery*) (Hopwood, 2017; Narayan i in., 2019; Marin Health, b.d.). Zabieg ten polega na usunięciu zewnętrznych i wewnętrznych narządów płciowych, plastyce cewki moczowej oraz uformowaniu strefy erogennej z łechtaczki lub tkanki z żołędzi (Hopwood, 2017; Narayan i in., 2019; Marin Health, b.d.). Dostępna jest również waginoplastyka przy równoczesnym pozostawieniu członka (Hopwood, 2017; Narayan i in., 2019; Marin Health, b.d.).

2.5.5. Inne zabiegi dostępne dla osób o męskiej płci przypisanej po urodzeniu

Dla osób transpłciowych o męskiej płci przypisanej po urodzeniu dostępne są różne zabiegi niechirurgiczne, takie jak elektroliza, laserowe usuwanie zarostu, lipolifting i liposukcja (Hopwood, 2017; Hadj-Moussa i in., 2018b; Żołądek i Pliczko, 2020).

2.6. Płodność

Medyczna tranzycja – hormonalne interwencje afirmujące płeć, zarówno feminizujące (Fisher i Maggi, 2015; Tangpricha i Den Heijer; 2017; Wesp i Deutsch, 2017; Hamidi i Davidge-Pitts, 2019; Prior, 2019; T'Sjoen i in., 2019; Qian, Jr., i Safer, 2020; Rodriguez-Wallberg i in., 2022), jak i maskulinizujące (Mueller i in., 2010; Irwig, 2017; Moravek, 2018; Narasimhan i Safer, 2018; Defreyne i T'Sjoen, 2019; Trofimiku-Müldner, 2020; Rodriguez-Wallberg i in., 2022), usunięcie gonad czy operacyjna korekta genitaliów – znacząco redukuje zdolność do prokreacji lub ją całkowicie znosi (Telis i in., 2019; Strousma i in., 2024).

Istnieją procedury dostępne dla osób transpłciowych podejmujące się tranzycji, które pragną posiadać własne biologiczne potomstwo (De Roo i in., 2016; Mitu, 2016; De Roo i in., 2018; Mattawanon i in., 2018; Feigerlová i in., 2019;

Neblett i Hipp, 2019; Telis i in., 2019; Defreyne i in., 2020; Owyong i Ramasamy, 2021; Moravek i De Haan, 2023; Moravek i in., 2024; Strousma i in., 2024). Osoby transpłciowe o męskiej płci przypisanej po urodzeniu mogą zdecydować się na krioprezerwację spermy.

Z kolei osoby transpłciowe o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu mogą zdecydować się na krioprezerwację oocytów, jak również na ciążę. W przypadku, gdy osoba nie poddała się usunięciu jajników i macicy i chciałaby zajść w ciążę, konieczne jest czasowe zaprzestanie stosowania hormonalnych interwencji afirmujących płeć. Po co najmniej 3 miesiącach od powrotu menstruacji możliwe jest niewspomagane zapłodnienie lub za pomocą metody *in vitro*. Niekiedy może być konieczne pobudzenie jajników iniekcjami z gonadotropin (Mitu, 2016; De Roo i in., 2018; Jones, Williams i in., 2019; Neblett i Hipp, 2019; Telis i in., 2019). W sytuacji, gdy osoba nie chce lub nie może zajść w ciążę, możliwe jest zapłodnienie *in vitro* surogatki (De Roo i in., 2016, 2018; Feigerlová i in., 2019; Neblett i Hipp, 2019; Telis i in., 2019; Defreyne i in., 2020; Obedin-Maliver i De Haan, 2020; Moravek i De Haan, 2023).

2.7. Terapia głosu

Maskulinizujące interwencje hormonalne w przypadku osób transpłciowych o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu (Mueller i in., 2010; Irwig, 2017; Moravek, 2018; Narasimhan i Safer, 2018; Defreyne i T'Sjoen, 2019; Trofimiku -Müldner, 2020) znacząco wpływają na wysokość głosu (powoduje jego obniżenie) (Cosyns i in., 2014). Podobnego efektu, w tym wypadku feminizującego, nie przynoszą interwencje hormonalne dla osób transpłciowych, którym przypisano męską płeć po urodzeniu (Dahl i in., 2006; Hembree i in., 2009; Fisher i Maggi, 2015; Bultynck i in., 2017; Tangpricha i Den Heijer; 2017; Wesp i Deutsch, 2017; Hamidi i Davidge-Pitts, 2019; Prior, 2019; T'Sjoen i in., 2019; Qian, Jr., i Safer, 2020). W związku z tym w celu podwyższenia głosu może zostać przeprowadzona, wspomniana już, laryngoplastyka i glottoplastyka (Cavalot i Cossu, 2015; Cohen i Rosow, 2019; Adessa i in., 2023), są też oferowane treningi, dzięki którym można nauczyć się mówić wyższym głosem (Thornton, 2008; Gelfer i Tice, 2013; Hancock i Garabedian, 2013; Antonil, 2018; Oates, 2018; Olszewski i in., 2018; Nolan i in., 2019; Sawyer, 2019; Mills i Stoneham, 2020; Leyns i in., 2021; Chadwick i in., 2022; Adessa i in., 2023; Schwarz i in.,

2023; Leyns i in., 2024). Mimo wszystko dla osób transpłciowych o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu również dostępna jest terapia maskulinizująca głos (Block i in., 2018).

2.8. Detranzycja

W kontekście procesów tranzycji ważny aspekt stanowi również tzw. detranzycja. Jest to – analogicznie do tranzycji – szereg procesów (społecznych, prawnych i medycznych) związanych z powrotem do funkcjonowania jako przedstawiciel/przedstawicielka płci, która została przypisana jednostce po urodzeniu (Pfäfflin, 1992; Pfäfflin i Junge, 1992; Kuiper i Cohen-Kettenis, 1998; Djordjević, 2016; Jakubowski, 2017b, 2018a; Guerra i in., 2020; Expósito-Campos i in., 2021; Turban i in., 2021; Irwig, 2022; Barbee i in., 2024; Feigerlová, 2025).

Tak jak podczas tranzycji, zakres podejmowanej detranzycji może być różny, czy to ze względu na preferencje, zdrowie, czy też możliwości finansowe. W jej zakres mogą wchodzić zarówno interwencje hormonalne (feminizujące u osób o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu, maskulinizujące u osób o męskiej płci przypisanej po urodzeniu), prawna korekta oznaczenia płci (i imienia), jak i zabiegi chirurgiczne (Djordjević, 2016, 2021; Jakubowski, 2017b; Charlton i Bond, 2024).

Przyczyn, dla których osoba decyduje się na detranzycję, może być wiele – od nieprawidłowej diagnozy transseksualizmu / dysforii płciowej / niezgodności płci (Landén i in., 1998; Littman, 2021), przez brak satysfakcji z przebytych zabiegów medycznych, brak wsparcia ze strony najbliższych, po zmienność w zakresie ekspresji płciowej (Turban i in., 2021; Irwig, 2022; Barbee i in., 2024; Feigerlová, 2025). Zjawisko to, według dostępnej literatury, jest bardzo rzadkie (Guerra i in., 2020; Turban i in., 2021; Roberts i in., 2022; Barbee i in., 2024; Yau i Safer, 2024; Feigerlová, 2025).

2.9. Psychoterapia

Rola psychoterapii w procesie korekty płci z upływem dekad podlegała zmianie – od pierwotnego podejścia reparatywnego, po stopniowo co raz bardziej afirmujące, skupione się np. na trudnościach towarzyszących tranzycji,

doświadczanej dyskryminacji, psychopatologii, związanym z dobrowolnym w niej udziałem a nie stanowiącej obowiązkowego etapu korekty płci.

Podejście reparatywne uznawane jest obecnie za nieskuteczne, a przede wszystkim za szkodliwe, a zatem nieetyczne. Dawniej przed zainicjowaniem interwencji medycznych podejmowano próbę „wyleczenia" osoby transpłciowej z jej poczucia przynależności do płci innej niż ta przypisana po urodzeniu, a dopiero gdy psychoterapia nie przynosiła oczekiwanych skutków, były wdrażane procedury medyczne dążące do dopasowania ciała do tego, jak jednostka się identyfikowała (Ashley, 2020).

Od końca lat siedemdziesiątych XX wieku rozwija się w psychoterapii podejście afirmatywne – wspierające rozwój osób z mniejszości seksualnych i płciowych (Ettner, 1999; Raj, 2002; Bieschke i in., 2006; Korell i Lorah, 2006; David i Cernin, 2008; Butler, 2009; Shaw i in., 2012; Bornstein, 2013; Collazo i in., 2013; Hidalgo i in., 2013; Chang i Singh, 2016; Heck i in., 2015; Fraser i De Cuypere, 2016; Reisner, Radix i Deutsch i in., 2016; Budge i in., 2017; Carroll i Mizock, 2017; Heck, 2017a, 2017b; Singh, 2018; Oransky i in., 2019b; Rider i in., 2019; Chen i in., 2020; Grabski, 2020; Müldner-Nieckowski i in., 2020; Budge i in., 2021; Price, Rakhilin i in., 2024). Terapie z nurtu poznawczo-behawioralnego wykazują dużą skuteczność w leczeniu zaburzeń nastroju, zaburzeń lękowych czy osobowości (por. Beck, 2012; Popiel i Pragłowska, 2008). Zdają się też jedną z popularniejszych i skuteczniejszych metod pomagania osobom z mniejszości płciowych (Collazo i in., 2013; Austin i Craig, 2015a, 2015b; Craig i Austin, 2016; Austin i in., 2016; Chang i in., 2018; Lev i in., 2018; Balsam i in., 2019; Craig i in., 2019; Craig, Eaton i in., 2021; Craig, Leung i in., 2021; Lucassen i in., 2021; Spencer i in., 2021; Tilley i in., 2022). Celem w tym podrozdziale jest przybliżenie podejścia afirmatywnego w terapii poznawczo-behawioralnej z klientami z mniejszości płciowych – od informacji ogólnych poprzez wpływ stresu mniejszościowego na osoby transpłciowe (Meyer, 2003; Hendricks i Testa, 2012), ich zdrowie i dobrostan psychiczny (dickey i in., 2017; Heck, 2017a, 2017b; Mizock, 2017; Cook-Daniels, 2018; Shadianloo i Pleak, 2019), po omówienie specyfiki pracy z osobą transpłciową w tym nurcie (Austin i Craig, 2015a, 2015b; Austin i in., 2016; Craig i Austin, 2016; Craig i in., 2019; Lucassen i in., 2021).

2.9.1. Psychoterapia poznawczo-behawioralna

Terapia poznawczo-behawioralna powstała na początku drugiej połowy XX wieku, jako połączenie teorii behawioralnych i poznawczych. W zrozumieniu ludzkiego funkcjonowania, według twórcy tego nurtu terapeutycznego – Aarona Becka, istotną rolę odgrywają tzw. przekonania kluczowe dotyczące samego siebie, innych oraz swojej przyszłości (Beck, 2012; Popiel i Pragłowska, 2008). Zgodnie z tymi przekonaniami, zdaniem Becka, jednostka interpretuje rzeczywistość, one też wiążą się z tym, jakich emocji ona doświadcza i w jaki sposób się zachowuje. Część z tych przekonań może być dezadaptacyjna, być produktem błędnego wnioskowania (w którym wystąpiły jakieś zniekształcenia poznawcze, np. myślenie dychotomiczne, katastrofizowanie, „czytanie w myślach", „nadmierne stosowanie imperatywów", skupianie się na negatywach). Zgodnie z założeniami tego paradygmatu psychoterapeutycznego, osoby z określonymi zaburzeniami, jak np. depresja, fobia specyficzna czy zaburzenia lękowe uogólnione, myślą w sposób zbliżony, co przekłada się też na doświadczane emocje i zachowania. W związku z tym celem terapii poznawczo-behawioralnej jest doprowadzenie do zmiany w myśleniu, odczuwaniu i zachowaniu na ich bardziej przystosowawcze formy (Beck, 2012; Popiel i Pragłowska, 2008).

2.9.2. Transafirmatywna psychoterapia poznawczo-behawioralna

Austin i Craig (2015; Craig i Austin, 2015; Austin i in., 2016; Craig, Eaton i in., 2021; Craig, Leung i in., 2021) zaproponowały podejście w terapii poznawczo-behawioralnej, które jest skupione na wspieraniu, rozwoju oraz radzeniu sobie z piętnem i dyskryminacją wynikającymi z przynależności do mniejszości płciowych osób transpłciowych – transafirmatywną psychoterapię poznawczo-behawioralną (*trans-affirmative cognitive-behavioral therapy* – TA-CBT).

Podejście to autorki rozwinęły w trakcie projektu dotyczącego afirmatywnej terapii poznawczo-behawioralnej skierowanej do młodzieży i młodych dorosłych z mniejszości płciowych i seksualnych doświadczających depresji, zaburzeń lękowych oraz tendencji samobójczych (Austin i Craig, 2015a, 2015b; Craig i in., 2019). Zalecenia TA-CBT zdają się mieć jednak dużo szersze zastosowanie w pracy psychoterapeutycznej z klientami transpłciowymi.

2.9.3. Kompetencje i przekonania terapeuty a nawiązywanie przymierza terapeutycznego

Jednym z podstawowych aspektów kształtowania przymierza terapeutycznego w kontekście psychoterapii z klientami transpłciowymi jest używanie adekwatnego języka, tj. stosowanie form rodzajowych zgodnych z jej/jego preferencjami, stosowanie niestygmatyzującej terminologii dotyczącej transpłciowości (np. nie „zmiana płci", ale „korekta płci" – w kontekście operacyjnych interwencji czy procesu tranzycji ogólnie; nie „przebieranie się", ale „ubieranie" – w kontekście ubierania stroju zgodnego z ekspresją i tożsamością płciową; czy forma rodzajowa związana z opisywaniem przeszłości osoby transpłciowej sprzed podjęcia się tranzycji) (Vitale, 1997; Lev, 2004; Mizock i Lewis, 2008; Nadal i in., 2012; Morris i in., 2019; Anzani i in., 2019). Jest to jedna z podstawowych form, w jakiej terapeuta może prezentować swoje inkluzywne postawy (Shaw i in., 2012; Chang i in., 2018; Oransky i in., 2019a, 2019b; Chen i Loshak, 2020).

Kwestię niezbędnych kompetencji w profesjonalnej pomocy osobom transpłciowym regulują standardy Światowego Stowarzyszenia Specjalistów(-tek) do spraw Zdrowia Osób Transpłciowych (Coleman i in., 2012; 2022) oraz wytyczne Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (APA, 2015).

Najważniejsza jest tutaj bezwarunkowa akceptacja transpłciowości, różnorodności identyfikacji i ekspresji płciowych (Coleman i in., 2012; 2022; APA, 2015, Singh, 2016; Rider i in., 2019; Grzanka i in., 2020; Darby i in., 2020; Layland i in., 2020; Spencer i in., 2021), wyrażana między innymi w gotowości do zrozumienia tożsamości niejednokrotnie niebędącej – według cispłciowych norm – w relacji zgodnej z ciałem bądź też wymykającej się binarnemu podziałowi (na kobiety i mężczyzn) (Riley i in., 2011; Chang i in., 2018). Ważna jest też świadomość odrębności konstruktu orientacji seksualnej od tożsamości płciowej, jak również zrozumienie ich powiązań (APA, 2015).

W tym kontekście szczególnie istotne jest zbadanie własnych przekonań terapeuty pod kątem postrzegania osób transpłciowych (Anderson, 1997; Lev, 2004; Richmond i in., 2012; Dewey i Gesbeck, 2017; Karasić, 2020; Morris i in., 2020), kwestii płci (Henkin, 2001), jak również uzmysłowienie sobie wpływu stygmatyzacji osób transpłciowych na ich dobrostan psychiczny i zgłaszane problemy (Bockting i in., 2006; Sloan i in., 2017). Ważne z tej perspektywy jest uświadomienie sobie pewnego rodzaju uprzywilejowania, jakiego doświadczają

osoby cispłciowe; w przeciwieństwie do nich osoby z mniejszości płciowych często spotykają się z takimi problemami, jak konieczność określania płci w dokumentach i formularzach w sposób niezgodny z własną identyfikacją, *misgendering* (używanie niewłaściwych form rodzajowych przez innych w stosunku do osoby transpłciowej), korzystanie z publicznych toalet w sposób niezgodny z własną identyfikacją płciową, upolitycznienie własnej tożsamości płciowej itp. (Kreissi Patterson, 1997; Chang i in., 2018). Pozwoli to zrozumieć funkcjonowanie osób z mniejszości płciowych i pomoże ustrzec się przed nad diagnozowaniem u nich zaburzeń (Zandvliet, 2000; Dewey i Gesbeck, 2017; Chang i in., 2018).

Równie ważna jest pewnego rodzaju wrażliwość kulturowa, znajomość kultury i historii środowiska mniejszości płciowych albo gotowość do ich poznania (Carroll i in., 2002; Raj, 2002; Maguen i in., 2005; Bernal, 2006; Bockting i in., 2006; Hendricks i Testa, 2012; Boroughs i in., 2015; Sandil i in., 2017; Chen i Loshak, 2020). Zawiera się w tym również znajomość (albo świadomość istnienia) podstawowych w tym zakresie tekstów kultury, takich jak książki czy filmy, która może ułatwić nawiązanie więzi terapeutycznej i posłużyć jako narzędzie w procesie terapeutycznym (Collazo i in., 2013). Chang i Singh (2018) zwracają również uwagę na świadomość intersekcjonalności różnych tożsamości, płciowych, etnicznych, religijnych, seksualnych, tego, jak ich dany zbiór może wpływać na funkcjonowanie jednostki (Lev, 2004; Embaye, 2006; Fox, 2014; Perry i in., 2017; Lev i in., 2018; Singh i in., 2018; Langroudi i Skinta, 2019).

Mizock i Lundquist (2016), na podstawie przeprowadzonych badań, wyróżniły osiem typowych błędów popełnianych w terapii z klientami transpłciowymi w kontekście ich tożsamości płciowej: obarczanie klienta edukowaniem terapeuty na temat transpłciowości (*education burdening*); nadmierne skupianie się na transpłciowości klienta (*gender inflation*); zmuszanie klienta do postrzegania kwestii płci (ról i ekspresji z nimi związanych) zgodnie z własnym światopoglądem (*gender narrowing*); unikanie tematu transpłciowości klienta (*gender avoidance*); generalizowanie przez terapeutę doświadczeń osób transpłciowych (*gender generalizing*); stosowanie przez terapeutę technik reparatywnych mających na celu „zmianę" tożsamości płciowej lub orientacji seksualnej klienta (*gender repairing*); patologizowanie przez terapeutę zjawiska transpłciowości, traktowanie jej jako zaburzenia psychicznego (*gender pathologizing*); tzw. *gate-keeping,* czyli np. utrudnianie dostępu do medycznych interwencji afirmujących płeć.

W pierwszym przypadku brak wiedzy terapeuty na temat transpłciowości wiąże się z koniecznością dopytywania klienta na temat podstawowych zagadnień z tego zakresu, co między innymi zajmuje czas, który mógłby być poświęcony problemom zgłaszanym przez klienta (Mizock i Lundquist, 2016).

W drugim przypadku błąd terapeuty polega na traktowaniu transpłciowości jako głównej przyczyny problemów klienta (Mizock i Lundquist, 2016).

Gender narrowing zasadza się na „wmuszaniu" klientowi własnego sposobu spostrzegania kwestii płci, co może objawiać się np. „wpajaniem" mu tradycyjnych ról płciowych czy ekspresji, które nie odpowiadają klientowi (Mizock i Lundquist, 2016).

Czwarty typ błędu może albo wynikać z niedoceniania przez terapeutę wpływu przynależności klienta do mniejszości płciowych na jego funkcjonowanie, albo być związany z brakiem wiedzy terapeuty (Mizock i Lundquist, 2016).

Z kolei w piątej sytuacji terapeuta działa zgodnie z założeniem, że wszystkie osoby transpłciowe są „identyczne" (zarówno w doświadczaniu swojej płci, problemach, etc.) (Mizock i Lundquist, 2016).

Szósty typ błędu, jaki może popełnić terapeuta, wiąże się ze stosowaniem technik reparatywnych, tj. ukierunkowanych na „wyleczenie" klienta z transpłciowości bądź z nieheteroseksualnej orientacji) (Mizock i Lundquist, 2016). Taka terapia jest nieskuteczna i bardzo szkodliwa (Coleman i in., 2012, 2022; APA, 2015b).

W sytuacji określanej jako *gender pathologizing* terapeuta może żywić przekonanie, że transpłciowość stanowi formę zaburzeń psychicznych, uznając również, że jest ona przyczyną innych zaburzeń i jako taka wymaga leczenia (Mizock i Lundquist, 2016).

W ostatnim przypadku błędem terapeuty jest przyjęcie roli nadmiernie kontrolującej w procesie korekty płci klienta i skupienie się na procedurze, a nie na kliencie (Mizock i Lundquist, 2016).

2.9.4. Konceptualizacja przypadku

Transafirmatywna konceptualizacja przypadku nie odbiega od standardów przyjętych w terapii poznawczo-behawioralnej. Różni się ona przede wszystkim tym, że kładzie się w niej nacisk na aspekty specyficzne dla funkcjonowania osób transpłciowych i uwzględnia teorię stresu mniejszościowego (Meyer,

2003; dickey i in., 2017; Pantalone i in., 2017; Sloan i in., 2017; Weir i Piquette, 2018; Balsam i in., 2019; Shipherd, Berkei Livingston, 2019; Shipherd, Valentine i Woulfe, 2019; Ellis i in., 2020; Lange, 2020). Austin i współpracownicy (2016, 2017) wyróżniają kilka szczególnych sfer ważnych do prześledzenia w procesie konceptualizacji przypadku w terapii osób transpłciowych w nurcie poznawczo-behawioralnym: przekonania dotyczące wczesnych doświadczeń związanych odkrywaniem i doświadczaniem swojej transpłciowej, niecisnormatywnej tożsamości płciowej; przekonania o swojej tożsamości płciowej; stresory specyficzne dla osób z mniejszości płciowych związane z procesem tranzycji; stresory specyficzne dla osób z mniejszości płciowych związane z niebinarnością przejawiającą się w identyfikacji lub ekspresji płciowej; doświadczenia dyskryminacji związane z przynależnością do mniejszości płciowych.

Ważnym aspektem konceptualizacji jest uwzględnienie czynników rozwojowych – w tym kontekście – procesu kształtowania się tożsamości osoby transpłciowej (Chang i in., 2018; Sevlever i Meyer-Bahlburg, 2019).

Istnieje szereg modeli, w których uwzględnia się różne fazy rozwoju tożsamości (Gagné i in., 1997; Devor, 2004; Bilodeau, 2005; Bockting i Coleman, 2007, 2016; Mizock, 2017). Zasadniczo można podzielić je na te związane z: eksplorowaniem i budowaniem nowej tożsamości, jej ujawnianiem i jej integracją. Odnośnie do każdego z tych etapów można wyróżnić inne kluczowe dla konceptualizacji aspekty.

W przypadku osób dopiero rozpoczynających eksplorowanie własnej niecisnormatywnej tożsamości płciowej (Gagné i in., 1997; Devor, 2004; Bilodeau, 2005; Bockting i Coleman, 2007, 2016; Mizock, 2017) istotne jest uwzględnienie w konceptualizacji przekonań związanych z tym, jak osoba postrzega swoją przyszłość, jakich reakcji w otoczeniu oczekuje w związku z potencjalnym funkcjonowaniem w innej roli płciowej niż ta przypisana po urodzeniu.

Szczególnie ważne na tym etapie są również przekonania dotyczące orientacji seksualnej – tego, jak np. osoba funkcjonująca przed tranzycją w związku heteroseksualnym po niej funkcjonuje w relacji homoseksualnej (i jakie znaczenie temu przypisuje, tj. samej zmianie określenia charakteru relacji, a także jaki przewiduje odbiór społeczny takiej zmiany) (Singh, 2018).

W przypadku osób, które są na etapie dokonywania pierwszych coming outów (Gagné i in., 1997; Devor, 2004; Bilodeau, 2005; Bockting i Coleman, 2007) ważne do uwzględnienia w konceptualizacji są przekonania dotyczące reakcji innych na transpłciowość klienta (czy antycypuje on odrzucenie, jeśli

tak, to w jakiej relacji i dlaczego), tego komu i w jaki sposób chce się ujawnić. Ważne tutaj będzie również zbadanie przekonań związanych z coming outami, które przyniosły klientowi negatywne doświadczenia, w trakcie których doświadczył odrzucenia (oraz jakie znaczenie nadaje im i ich konsekwencjom).

W przypadku osób, które funkcjonują na co dzień w roli, z którą się identyfikują, są już w większości po coming outach wobec najważniejszych dla nich osób (Gagné i in., 1997; Devor, 2004; Bilodeau, 2005; Bockting i Coleman, 2007), szczególnie ważne w kontekście konceptualizacji są przekonania dotyczące bilansu tranzycji (czy klient jest z niego zadowolony czy nie, czy zmiany w życiu, jakie od tego czasu zaszły, są zgodne z oczekiwaniami czy nie).

Kolejnym ważnym czynnikiem jest zakres interwencji prawno-medycznych, jakim już się poddał i jakim jeszcze chce się poddać klient – są to między innymi prawna korekta oznaczenia płci, hormonalne czy chirurgiczne interwencje afirmujące płeć.

Co istotne i co trzeba mieć na uwadze, to kwestia dążenia do przebycia wspomnianych interwencji prawno-medycznych jest sprawą niezwykle indywidualną (Korell i Lorah, 2006; Coleman i in., 2012; 2022) – część osób pragnie dokonać prawnej korekty oznaczenia płci, część nie. Analogicznie może być w przypadku interwencji medycznych (Bornstein, 2013).

Każdy z tych czynników może się wiązać z wyjątkowymi wyzwaniami dla jednostki i tym samym w znacznym stopniu warunkować konceptualizację w terapii. Z tej perspektywy najważniejsze do zbadania są: przekonania dotyczące samych interwencji medycznych, mających na celu dostosowanie ciała do płci, z którą klient się identyfikuje (na ile dążenie do nich wynika z potrzeby redukcji dysforii płciowej i umożliwienia preferowanej ekspresji płciowej, a na ile z potrzeby spełnienia oczekiwań społecznych), oczekiwań co do ich rezultatów (i wpływu na dalsze życie), bądź też przekonań związanych z niemożnością poddania się takim interwencjom (np. z powodów finansowych czy zdrowotnych) (Carroll i in., 2002; Bornstein, 2013).

W kontekście interwencji medycznych czy innych czynności związanych z dopasowywaniem ekspresji płciowej do płci, z którą się jednostka identyfikuje, szczególnie ważne jest zbadanie przekonań dotyczących tzw. passingu (z ang. dosłownie „uchodzić"; tutaj oznacza wpasowywać się wyglądem w stereotyp płci, z którą jednostka się identyfikuje, być jako taka rozpoznawana przez innych) (Green, 2000; Chang i in., 2018); na ile ekspresja płciowa, podjęte interwencje (lub plany co do nich) wynikają z potrzeby redukcji dysforii

płciowej, na ile z potrzeby podporządkowania się cisnormatywnym normom społecznym.

Podsumowując, w procesie konceptualizacji terapii osób z mniejszości płciowych szczególnie ważne jest uwzględnienie procesów związanych ze stresem mniejszościowym (Meyer, 2003; Wilson, 2011; McGrody, 2017; Mizock, 2017), czyli tzw. procesów dystalnych i proksymalnych, oraz procesów wiążących się ze wsparciem społecznym (i strategiami radzenia sobie z dyskryminacją), a przede wszystkim z powiązanymi z nimi przekonaniami (Keo-Meier i Fitzgerald, 2017).

2.9.5. Psychoedukacja

Kluczowym w transafirmatywnej terapii poznawczo-behawioralnej jest nauczenie klientów rozpoznawania specyficznych stresorów związanych ze stresem mniejszościowym, którego doświadczają z powodu przynależności do mniejszości płciowej. Trzeba zrozumieć, jak procesy dystalne i proksymalne wpływają na dobrostan psychiczny jednostki, na jej zdrowie psychiczne.

Po pierwsze istotne jest zrozumienie jak procesy dystalne (doświadczana transfobia pod postacią dyskryminacji i przemocy) (Lombardi i in., 2002; Factor i Rothblum, 2007) przejawiają się na poziomie indywidualnym, instytucjonalnym i kulturowym. Jak na poziomie indywidualnym jednostka doświadcza dyskryminacji, przemocy, np. w rodzinie, pracy, szkole. Jak zinstytucjonalizowane napiętnowanie (np. długi i żmudny proces prawnej korekty płci wymagający pozwania własnych rodziców z powodu „błędnego" oznaczenia płci w akcie urodzenia), kulturowo uwarunkowane binarne spostrzeganie płci, oddziałują na myśli, emocje i zachowania.

W tym kontekście ważna jest dalsza analiza czynników warunkujących doświadczanie stresu mniejszościowego, jak omówione procesy dystalne wpływają na procesy proksymalne – między innymi jak kształtują zinternalizowaną transfobię, antycypowanie odrzucenia; czy życie w ukryciu (w tym między innymi niedokonywanie coming outu – życie w tzw. trybie *stealth*) wpływa na myśli, emocje i zachowania.

Czasem może być konieczna psychoedukacja na temat tożsamości płciowej i orientacji seksualnej, a także różnych form tranzycji, w sytuacji gdy klient nie posiada na ich temat informacji. Na każdym etapie psychoedukacji szczególnie ważna jest normalizacja emocji związanych z doświadczaną dysforią

płciową i dyskryminacją. Może to być pierwsza sytuacja, w której klient doświadczy uważnienia swoich przeżyć (Israel i Tarver, 1997g, 1997h; Mizock i Fleming, 2011; Balsam i in., 2019).

2.9.6. Restrukturyzacja poznawcza przekonań transfobicznych

W transafirmatywnej terapii poznawczo-behawioralnej (Austin i Craig, 2015a, 2015b; Craig i Austin, 2016; Austin i in., 2016; Balsam i in., 2019; Austin i Craig, 2019; Craig i in., 2019), podobnie jak w klasycznej terapii poznawczo-behawioralnej, jednym z podstawowych założeń jest zmiana dezadaptacyjnych myśli i przekonań kluczowych (dotyczących siebie, innych oraz przyszłości) (Beck, 2012; Padesky i Greenberger, 2004; Popiel i Pragłowska, 2008).

W przypadku tej pierwszej szczególny nacisk kładziony jest na wpływ przekonań o charakterze transfobicznym na przekonania kluczowe oraz związane z nimi emocje i zachowania (Austin i Craig, 2015a, 2015b; Craig i Austin, 2016; Austin i in., 2016; Austin i Craig, 2019; Craig i in., 2019; Lin i in., 2019; Olezeski i Bamatter, 2020). Na przykład przekonanie o charakterze transfobicznym np. „nigdy nie będę prawdziwą kobietą / prawdziwym mężczyzną" może determinować przekonania kluczowe dotyczące wartości / bycia do pokochania.

W takim wypadku szczególnie pomocna może być metoda ABCD (Beck, 2012; Padesky i Greenberger, 2004; Popiel i Pragłowska, 2008), która ułatwia formułowanie bardziej adaptacyjnych przekonań alternatywnych.

2.9.7. Biblioterapia i filmoterapia

W psychoterapii poznawczo-behawioralnej stosuje się również elementy biblioterapii (Beck, 2011). W przypadku terapii z osobami z mniejszości płciowych szczególnie przydatne mogą być dwa typy publikacji – z jednej strony autobiografie osób transpłciowych, książki o historii transpłciowości, z drugiej strony poradniki dotyczące eksplorowania swojej tożsamości płciowej, jej ekspresji oraz radzenia sobie z dyskryminacją wynikającą z transfobii (Bornstein, 2013; Singh, 2018; Lancaster i Terepka, 2021).

Znajomość narracji osób transpłciowych (por. Strzelec, 1992; Kosińska, 2015), również perspektywy historycznej (por. Bullough i Bullough, 2007),

w tym zakresie zwiększa szansę na poczucie więzi i może być podstawą do restrukturyzacji przekonań transfobicznych i kształtowania się dumy z transpłciowej tożsamości. W tym przypadku przydatne mogą być również filmy (por. Hooper, 2015), strony internetowe, vlogi i blogi dotyczące transpłciowości.

2.9.8. Rozwijanie umiejętności radzenia sobie i rezyliencji

Mizock i Mueser (2014), na podstawie swoich badań, wyróżniły dziesięć strategii radzenia sobie z transfobią. Przyporządkowały je trzem poziomom – indywidualnemu, interpersonalnemu oraz systemowemu. Na poziomie indywidualnym badaczki wyróżniły strategię: płciowonormatywną, autoafirmującą, regulowania emocji i poznawczo-restrukturyzującą. Na poziomie interpersonalnym wskazały na strategie: społeczno-relacyjną, prewencyjno-przygotowawczą i odcinania się. Z kolei na poziomie systemowym zostały wyszczególnione: strategia korzystania z zasobów, duchowo-religijna i polityczno-upodmiotawiająca.

Wskazane strategie radzenia sobie z transfobią bez większych problemów można przełożyć na „język" terapii poznawczo-behawioralnej. Strategie z poziomu indywidualnego (Mizock i Mueser, 2014) zasadzałyby się na: nauce regulacji emocji poprzez np. stosowanie technik relaksacyjnych; praktykowaniu uważności – obserwowanie myśli, w tym i tych o treści transfobicznej, ułatwia defuzję poznawczą (Richmond i in., 2012; Curtin i in., 2016; Leonard i Grousd, 2016; Skinta i D'Alton, 2016; Iacono, 2019; Carrico i in., 2019; Skinta i in., 2019; Stitt, 2020; Westmacott i Edmondstone, 2020); restrukturyzacji poznawczej przekonań transfobicznych; praktykowaniu *self-compassion* (z ang. samowspółczucie) poprzez stosowanie typowych dla terapii skoncentrowanej na współczuciu (*compassion-focused therapy*) technik wyobrażeniowych (Gilbert, 2010; Petrocchi i in., 2016; Simonetti, 2019); identyfikowaniu preferowanej ekspresji płciowej z wykorzystaniem eksperymentów behawioralnych i technik zaczerpniętych z treningu rozwiązywania problemów (Israel i Tarver, 1997g, 1997h).

Strategie z poziomu interpersonalnego (Mizock i Mueser, 2014) w tym przypadku zasadzałyby się na treningu asertywności (w kontekście reagowania na transfobiczne zachowania innych, umiejętności pozyskiwania wsparcia czy pomocy w jej obliczu, nauki swobodnej, zgodnej z preferencjami ekspresji, ujawniania swojego statusu mniejszościowego), jak i treningu umiejętności

rozwiązywania problemów (Austin i Craig, 2015a, 2015b; Austin i in., 2016; Austin i Craig, 2019; Craig i in., 2019; Martell, 2019; Pantalone i in., 2019; Skerven i in., 2019; Adams i in., 2021; Tilley i in., 2022). Strategie z poziomu systemowego (Mizock i Mueser, 2014) polegałyby na rozwijaniu sieci wsparcia społecznego (Diamond i in., 2019) poprzez poszukiwanie kontaktu i integrację ze środowiskiem osób transpłciowych, uczestnictwo w grupach wsparcia, angażowanie się w aktywizm transpłciowy (np. poprzez branie udziału w spotkaniach w ramach tzw. żywych bibliotek) czy rozwijanie swojej duchowości (Austin i Craig, 2015a, 2015b; Austin i in., 2016; Carroll, 2017; Chavez, 2021).

2.9.9. Protokół transafirmatywnej interwencji poznawczo-behawioralnej według Austin i Craig

Austin i Craig (2015a, 2015b; Craig i in., 2019) zaproponowały ośmiosesyjny protokół interwencji w paradygmacie poznawczo-behawioralnym dla osób transpłciowych: (1) wprowadzenie do terapii poznawczo-behawioralnej i stresu mniejszościowego; (2) wpływ negatywnych postaw i zachowań wobec osób transpłciowych na doświadczany stres; (3) rozumienie relacji pomiędzy myślami a emocjami; (4) stosowanie restrukturyzacji poznawczej w celu wprowadzenia zmian afektywnych; (5) badanie sposobów oddziaływania aktywności na emocje; (6) radzenie sobie z dezadaptacyjnymi myślami i negatywnymi emocjami poprzez wzbudzanie nadziei; (7) wpływ negatywnych postaw i zachowań wobec osób transpłciowych na relacje społeczne; (8) budowanie bezpiecznej, afirmującej transpłciowość sieci wsparcia.

Pierwsza sesja w protokole Austin i Craig (2015a, 2015b; Craig i Austin, 2016; Craig i in., 2019) jest poświęcona, przede wszystkim, omówieniu podstawowych założeń terapii w paradygmacie poznawczo-behawioralnym, jak również czynników oddziałujących na doświadczany stres, w tym poznanie znaczenia stresu mniejszościowego.

Druga sesja w proponowanym protokole obejmuje omówienie wpływu transfobii na trzech podstawowych poziomach – indywidualnym, instytucjonalnym oraz kulturowym: jak warunkuje ona na myśli, emocje i zachowania oraz tego, jak na każdym ze wspomnianych poziomów sobie z nią radzić.

Podczas trzeciej sesji interwencja ma być skoncentrowana na odróżnianiu emocji od myśli, badaniu, jak myśli wpływają na emocje i zachowania,

identyfikowaniu dezadaptacyjnych wzorców myślenia i nauce radzenia sobie z nimi oraz wzbudzaniu poczucia nadziei.

W trakcie czwartej sesji celem jest kontynuacja wzbudzania poczucia nadziei poprzez wzmacnianie pozytywnego myślenia i odczuwania, przemianę negatywnych myśli w pozytywne oraz restrukturyzowanie przekonań będących produktem zinternalizowania transfobii.

Piąta sesja obejmuje badanie wpływu aktywności na emocje, identyfikowanie aktywności wspierających i afirmujących identyfikację transpłciową, a także rozpatrywanie, jak te warunkują stan afektywny.

Podczas szóstej sesji interwencja powinna skupić się na nauce budowania celów, rozróżnianiu celów jasnych (i do zrealizowania) od tych niejasnych (o niejasnych kryteriach realizacji), badaniu ich pod kątem czasu realizacji (krótko- czy długoterminowe), dalszym wzmacnianiu poczucia nadziei poprzez zastosowanie techniki „pudełka nadziei" (tzw. *hopebox*).

W trakcie siódmej sesji interwencja ma skupiać się na analizowaniu wpływu transfobii na zachowania i podejmowane przez jednostkę aktywności oraz na nauce asertywnego radzenia sobie z transfobiczną dyskryminacją.

Ostatnia sesja w zaproponowanym przez Austin i Craig protokole interwencji ma skupiać się na tworzeniu planu budowania sieci wsparcia (Austin i Craig, 2015a, 2015b; Craig i Austin, 2016; Craig i in., 2019).

Rozdział 3

Transfobia – podstawowe koncepcje, strategie radzenia sobie z nią oraz konsekwencje jej doświadczania

Rozważania w niniejszym rozdziale są skoncentrowane na kilku podstawowych konstruktach i procesach szczególnie istotnych z perspektywy omawianej tematyki – stereotypach, uprzedzeniach, dyskryminacji, piętnie (Goffman, 1961, 1963/2005; Link i Phelan, 2001; Gazzola i Morrison, 2014), stresie mniejszościowym (Meyer, 2003; Wilson, 2011; Hendricks i Testa, 2012; Testa i in., 2015; Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Lindley i Galupo, 2020), a zwłaszcza transfobii (Bandini i Maggi, 2014; Huffaker i Kwon, 2016; Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; King i in., 2020; Messinger i in., 2022), doświadczanej przez osoby, które nie wpasowują się w cispłciowe normy dotyczące płci (Bornstein, 1994).

W kontekście stresu mniejszościowego (Meyer, 2003) omówiono model uwzględniający stresory specyficzne dla osób z mniejszości płciowych (Wilson, 2011; Hendricks i Testa, 2012; Testa i in., 2015; Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Lindley i Galupo, 2020).

Szczególny nacisk położono na dwa elementy tego modelu – transfobię (Hill i Willoughby, 2005) oraz jej postać zinternalizowaną przez osoby transpłciowe i niebinarne (Scandurra i in., 2015, 2017; Testa i in., 2015), uwzględniając uwarunkowania obu postaci transfobii, jak również sposoby radzenia sobie z nią (Hill i Willoughby, 2005; Tee i Hegarty, 2006; Willoughby i in., 2010; Nagoshi, Adams i in., 2008; Gamarel i in., 2014; Begun i Kattari, 2016; Sun i in., 2016; Nagoshi, Cloud i in., 2019; Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Parr i Howe, 2020) i konsekwencje dla funkcjonowania osób z mniejszości płciowych (dla zdrowia psychicznego, fizycznego oraz statusu socjoekonomicznego) (Rood, Maroney i in., 2017; Scandurra i in., 2017; Truilljo i in., 2017; Veale i in., 2017; Hughto i in., 2017; Williams i in., 2017; Chakrapani i in., 2019; Scandurra i in., 2018; Hughto i Reisner, 2018; Yi i in., 2018; Ashraf i Khan, 2019; Lee, Operario i in., 2020).

3.1. Stereotypy, uprzedzenia i dyskryminacja

Chcąc w pełni zrozumieć specyfikę doświadczanego stresu przez osoby transpłciowe i niebinarne na skutek oddziaływań stresorów, na które są narażone, trzeba przyjrzeć się kilku podstawowym konstruktom.

3.1.1. Stereotypy, proces ich kształtowania się oraz pełnione przez nie funkcje

Pierwszym z tych konstruktów są stereotypy. Rozumiane one są jako pewnego rodzaju założenia czy też przekonania dotyczące różnego rodzaju cech zachowań określonej grupy ludzi (Hilton i Hippel, 1996). Pojęcie stereotypu obejmuje stały rdzeń społecznie uzgodnionych treści oraz zmienne, które mogą być specyficzne dla jednostki (Kite i Whitley Jr., 2016).

Stereotypy mogą być zarówno pozytywne, jak i negatywne (Hilton i Hippel, 1996; Kite i Whitley Jr., 2016). Odnosząc się do tematyki projektu badawczego: przykładem pozytywnego stereotypu dotyczącego osób transpłciowych i niebinarnych jest częste przekonanie o ich większym wglądzie w swoje funkcjonowanie psychiczne niż osób cispłciowych; z kolei negatywnego – przekonanie o tym, że wszystkie osoby transpłciowe są zaburzone (Antoszewski i in., 2007, 2008; Antoszewski, Kasielska, Kruk-Jeromin, 2009).

Początkowo uważano, że stereotypy w całości są nieprawdziwe (Allport, 1954), obecnie jednak dominuje przekonanie, że zawierają w sobie pewne „ziarno prawdy" (Brigham, 1971; Gardner, 1973; Mandal, 2000; Schneider, 2004), a ich funkcją ma być ułatwianie spostrzegania rzeczywistości społecznej (Kite i Whitley Jr., 2016).

W analizie procesów kształtowania się stereotypów za szczególne ważne należy uznać efekt jednorodności grupy obcej (*out-group homogeneity effect*) (Park i Judd, 1990), efekt iluzorycznych korelacji (*illusory correlations effect*) (Meiser i Hewstone, 2006), Teitelbaum i Geiselman, 1997) oraz teorię ról społecznych (*social role theory*) (Eagly, 1987).

Zjawisko nazwane efektem jednorodności grupy obcej polega na tym, że ludzie przejawiają tendencję do postrzegania grup społecznych jako niemal jednorodnych pod względem wielu cech (Park i Judd, 1990; Teitelbaum i Geiselman, 1997). Sprzyja to popełnianiu błędu nadmiernej generalizacji w tworzonej umysłowej reprezentacji danej grupy.

Z kolei efekt iluzorycznych korelacji (Hamilton i Gifford, 1976; Meiser i Hewstone, 2006), wyrażający się w tendencji do przeceniania obserwowanych związków pomiędzy danymi obiektami (np. cechami osobowości a przynależnością do danej grupy społecznej), może sprzyjać formułowaniu nieadekwatnych oczekiwań w stosunku do osób przynależących do danej grupy.

Bardzo ważna w rozważaniach na temat kształtowania się stereotypów jest również teoria ról społecznych (Eagly, 1987). Zgodnie z tą koncepcją ludzie, formułując sądy na temat osób z innych grup, posługują się przede wszystkim informacjami pozyskanymi z obserwacji tego, jakie role społeczne pełnią. Proces ten często oparty jest na założeniu, że „jesteśmy tym, co robimy" (Diekman i in., 2010), przecenianiu wpływu cech osobowości, niedocenianiu lub zupełnym pomijaniu czynników sytuacyjnych (Ross, 1977).

3.1.2. Uprzedzenia oraz ich uwarunkowania

Postawy dotyczące osób lub obiektów uwarunkowane ich przynależnością do jakieś grupy lub kategorii nazywane są uprzedzeniami (Duckitt, 1994; Kite i Whitley Jr., 2016). Początkowo dominowało rozumienie uprzedzeń jako uogólnionej tendencji (*generalized prejudice*) – nieukierunkowanej na jedną specyficzną grupę (Allport, 1954) – której przyczyną jest z jednej strony prawicowy autorytaryzm, a z drugiej orientacja na dominację społeczną (Adorno i in. 1950; Altemeyer 1988; Jones, 1997). Tak jak stereotypy, uprzedzenia mogą mieć charakter pozytywny, życzliwy i negatywny, wrogi (Glick i Fiske, 2001).

Według Katz (1960) i Herek (1986) kluczowe dla zrozumienia uwarunkowań uprzedzeń jest zrozumienie ich funkcji – mechanizmu obronnego, przede wszystkim kompensacji np. zaniżonej samooceny, gdy jednostka uważa przedstawicieli innej grupy za gorszych.

Część badaczy zwraca uwagę na wpływ wyznawanych wartości na uprzedzenia (Rokeach, 1972; McConahay, 1986; Katz i Hass, 1988). Część z nich może sprzyjać wierze w uprzedzenia (Katz i Hass, 1988), a część wynikać z postrzegania innych grup jako wyznających inne – potencjalnie zagrażające wartości (Rokeach, 1972; McConahay, 1986).

Zgodnie z teoriami społecznymi czy też społeczno-kulturowymi, uprzedzenia wobec niektórych grup mogą wynikać z norm regulujących postawy wobec nich, jak również z rywalizacji międzygrupowej o zasoby (Eagly i Chaiken, 1993).

Z kolei Stangor i współpracownicy (1991) oraz Eagly i współpracownicy (1994) zwracali uwagę na to, jak przekonanie „my kontra oni" wpływa na procesy poznawcze, kategoryzowanie i formułowanie sądów na temat przedstawicieli innych grup. Wspomniane przekonanie pełni kluczową rolę w procesie kształtowania się tożsamości społecznej (Tajfel, 1974), która rozwija się w toku interakcji międzygrupowych. Charakter, jaki przyjmują te interakcje – czy współpracy, czy konkurencji – warunkuje kształtowanie się uprzedzeń (Stangor i in, 1991; Eagly i in., 1994).

Schaller i Neuberg (2012) dostrzegają też ewolucyjne uwarunkowania uprzedzeń – mają one sprzyjać unikaniu zagrożeń ze strony przedstawicieli/przedstawicielek obcych grup, wywołując lęk czy też obrzydzenie wobec nich i tym samym zwiększając szansę na przetrwanie i osiągnięcie sukcesu reprodukcyjnego.

3.1.3. Dyskryminacja

Traktowanie jednostek podyktowane ich przynależnością do określonej grupy społecznej jest nazywane dyskryminacją (Kite i Whitley Jr., 2016). Tak jak w wypadku stereotypów i uprzedzeń może ona mieć charakter pozytywny i negatywny. Kite i Whitley Jr. (2016) wyróżnili cztery poziomy dyskryminacji – interpersonalną, organizacyjną, zinstytucjonalizowaną i kulturową.

Dyskryminacja na poziomie interpersonalnym wiąże się z odmiennym traktowaniem drugiego człowieka, zależnie od jego przynależności grupowej (Kite i Whitley Jr., 2016). Przykładowo – odmowa obsłużenia w restauracji albo barze osoby transpłciowej lub niebinarnej z powodu jej niecisnormatywności (Rivera i in., 2012; Smith i in., 2013; Scandurra, Vitelli i in., 2019; Waite, 2020).

Z kolei dyskryminacja na poziomie organizacyjnym objawia się w polityce, zasadach czy działaniach różnego rodzaju organizacji, w tym np. instytucji państwowych (Kite i Whitley Jr., 2016). Przykładem takiej praktyki w kontekście osób transpłciowych i niebinarnych może być polityka niektórych firm, które nie uwzględniają stosowanej formy rodzajowej oraz imienia używanego przez osobę z mniejszości płciowych bez prawnej korekty oznaczenia płci (Bailey, 2014; McLemore, 2015; Sawyer i in., 2016; Sterzing, Gartner i in., 2017; McLemore, 2018; Mizock i in., 2018; Scandurra i Bochicchio, 2018; Dolan i in., 2020).

Natomiast dyskryminacja zinstytucjonalizowana dotyczy (Kite i Whitley Jr., 2016) odmiennego traktowania uzależnionego od przynależności grupowej

jednostki legitymizowanego normami, zasadami czy też praktyką przez różnego rodzaju instytucje społeczne, takie jak system prawny, system edukacji. Przykładem tego może być np. brak możliwości prawnego uzgodnienia płci na płeć inną niż kobieta czy mężczyzna lub też sam fakt konieczności pozywania rodziców (na podstawie 189 art. k.p.c.) o błędne oznaczenie płci w urzędzie stanu cywilnego, dodatkowo niezależnie od tego, czy osoba pozywająca jest pełnoletnia czy nie (Śledzińska-Simon, 2010, 2013; Dębińska, 2015; Mazurczak, 2020).

Z kolei dyskryminacja kulturowa przejawia się w normach wyznaczanych przez dominującą część społeczeństwa marginalizującą normy i wartości grup mniejszościowych (Kite i Whitley Jr., 2016). Przykładem tego w odniesieniu do osób transpłciowych i niebinarnych może być istnienie w wielu kulturach normy, zgodnie z którą obowiązuje wyłącznie binarny podział płci, na kobiety i mężczyzn. Innym przykładem może być np. mała reprezentacja osób z mniejszości płciowych w wytworach niektórych kultur.

3.2. Piętno

3.2.1. Piętno i jego rodzaje

Definicji piętna jest wiele. Ich część wspólną stanowią dwa elementy – identyfikowanie czyjejś inności i związana z nią dewaluacja jednostki (Goffman, 1961, 1963/2005; Dovidio i in., 2000; Heatherton i in., 2000; Major i O'Brien, 2005) oraz to, że zależy od kontekstu społecznego (Crocker i in., 1998). Znaczy to tyle, że czyjaś inność w jednej sytuacji może być piętnem, w drugiej nie. Albo wcale dana cecha nie jest w danym kontekście innością.

Według Goffmana (1963/2005) piętno jest „atrybutem dotkliwie dyskredytującym", dewaluującym jednostkę w oczach osób nienapiętnowanych („normalsów"), kształtującym i podtrzymującym porządek społeczny, będącym emanacją społecznej władzy nad jednostką. W zależności od tego, czy piętno jednostki jest znane czy może być dopiero poznane przez innych, Goffman (1963/2005) mówił o osobach dyskredytowanych i dyskredytowalnych.

Wspomniana dewaluacja wiąże się ze stereotypizowaniem, etykietowaniem, utratą statusu, dyskryminacją i izolacją społeczną (Goffman, 1961, 1963/2005; Heatherton i in., 2000; Major i O'Brien, 2005; Link i in., 2008; Hatzenbuehler i in., 2013).

Link i Phelan (2001) zwracają uwagę na to, że proces konstrukcji i naznaczania piętnem rozpoczyna się wraz z różnicowaniem i etykietowaniem poszczególnych grup w społeczeństwie. Kolejnym etapem może być łączenie pewnych charakterystyk demograficznych z uprzedzeniami wobec osób charakteryzujących się nimi (Link i Phelan, 2001). Następnie wzmacniane jest poczucie odrębności tych grup od ogółu, co prowadzi do przyjmowania postawy „my kontra oni". Konsekwencją takiej postawy jest wykluczanie i dyskryminacja grup o określonej charakterystyce demograficznej (Link i Phelan, 2001).

Goffman (1963/2005) wyróżnił trzy podstawowe rodzaje piętna: związane z wadami charakteru, deformacją/brzydotą ciała oraz tożsamością grupową. Piętno związane z wadami charakteru zasadza się na przekonaniu o słabej woli, nienaturalnych lub niekontrolowanych namiętnościach, dogmatyzmie czy też fundamentalizmie. Ten rodzaj piętna dotyczy osób z zaburzeniami psychicznymi, z mniejszości seksualnych (a co za tym idzie również i płciowych), bezrobotnych, w kryzysie bezdomności, a także tym, które przebywały w zakładach karnych. Z kolei piętno związane z deformacją/brzydotą ciała dotyczy osób z widoczną deformacją, niepełnosprawnością fizyczną lub szeroko rozumianym niespełnianiem społecznych standardów piękna. Piętno związane z tożsamością grupową Goffman rozumie jako takie, którym naznaczane są np. osoby przynależące do określonej narodowości, posiadające określony kolor skóry czy należące do określonej grupy wyznaniowej (Goffman, 1963/2005).

Falk (2001) wyróżnił dwa rodzaje piętna, biorąc pod uwagę poziom odpowiedzialności za bycie napiętnowaną/napiętnowanym. Pierwszy typ – piętno egzystencjalne (*existential stigma*) charakteryzuje osoby, które nie miały wpływu (lub ten wpływ był niewielki) na przyczynę swojego piętna. Przykładem takiego piętna może być przynależność do napiętnowanej mniejszości czy też zaburzenia psychiczne. Drugi typ – piętno osiągnięte (*achieved stigma*) dotyczy osób, które w jakiś sposób istotnie przyczyniły się do swojego napiętnowania. W tym wypadku jako przykład mogą posłużyć osoby osadzone w zakładach karnych (Falk, 2001).

Z kolei Bandini i Maggi (2014) wyróżnili trzy komponenty piętna – piętno spostrzegane, doświadczane i zinternalizowane. Pierwsza składowa wiąże się z poziomem spostrzegania doświadczanych konsekwencji piętna przez samą osobę napiętnowaną (Van Brakel i in., 2006, za: Bandini i Maggi, 2014). Druga z nich, czyli piętno doświadczane, rozumiana jest jako rzeczywiste czy też faktyczne doświadczanie konsekwencji napiętnowania (LeBel, 2008; Bandini

i Maggi, 2014). Ostatni komponent to poziom zinternalizowania – przyswojenia uprzedzeń związanych z piętnem przez osobę napiętnowaną (Yanos i in., 2008, za: Bandini i Maggi, 2014).

3.2.2. Postrzeganie osób napiętnowanych

Postrzeganie osób napiętnowanych przez „normalsów" charakteryzuje się według Goffmana (1963/2005) przyjmowaniem określonych założeń. Po pierwsze osoby, którym przypisano z jakiegoś powodu piętno, przestają być uważane za pełnoprawne ludzkie istoty (Goffman, 1961, 1963/2005); są postrzegane jako ułomne, zdeformowane czy też niekontrolujące swoich popędów – a zatem również jako jednostki niebezpieczne, zagrażające porządkowi społecznemu. To z kolei pozwala postrzegać „normalsom" piętno jako pewnego rodzaju karę za potencjalne, wyobrażone czy faktyczne występki napiętnowanych wynikające z ich „defektu" (Goffman, 1963/2005).

To staje się podstawą racjonalizacji zachowań dyskryminujących osoby napiętnowane, a sama dyskryminacja powiększająca nierówności pomiędzy napiętnowanymi a „normalsami" tylko utwierdza tych drugich w swoich przekonaniach. Tak te kolejne różnice pomiędzy osobami z przypisanym piętnem i tymi bez niego również mogą stać się kolejnymi powodami nasilającymi niechęć „normalsów" (Goffman, 1963/2005).

3.2.3. Kariera moralna

Goffmanowskie (Goffman, 1961, 1963/2005) pojęcie kariery obejmuje o wiele więcej niż przebieg doświadczeń zawodowych. Karierę amerykański socjolog definiuje jako pewien bieg wydarzeń związanych z konkretnym aspektem funkcjonowania człowieka. Jego podstawową cechą ma być pewnego rodzaju dwustronność czy też dwuaspektowość: w danej karierze zawiera się zarówno prywatna, jaki i publiczna czy też publicznie dostępna sfera funkcjonowania danej osoby (Goffman, 1961, 1963/2005). Wspomniana sfera prywatna składa się z obrazu siebie oraz posiadanych przez jednostkę tożsamości; publiczna z kolei – ze statusu prawnego, pozycji społecznej czy stylu życia (Goffman, 1961).

Przyjmując taką definicję kariery, Goffman analizował funkcjonowanie osób naznaczonych piętnem, skupiając się na moralnym aspekcie funkcjonowania (Goffman, 1961, 1963/2005). Osoby napiętnowane podzielają wiele podobnych doświadczeń, które są konsekwencją naznaczenia piętnem. Te wspólne doświadczenia i sposoby odnoszenia się do piętna Goffman (1961, 1963/2005) określił mianem kariery moralnej, czyli pewnych procesów socjalizacji związanych z poznawaniem i reakcją jednostki na przypisane im piętno. Wyróżnia dwa jej podstawowe etapy.

Pierwszy z nich wiąże się z poznawaniem oraz internalizacją stanowiska osób nienapiętnowanych na temat osób z określonym piętnem. Ten proces wiąże się również z nabyciem świadomości co do potencjalnych konsekwencji naznaczenia określonym piętnem. Drugi etap z kolei obejmuje identyfikację danego piętna u siebie oraz dokładne poznanie jego konsekwencji (Goffman, 1961, 1963/2005). Podczas tego procesu zachodzą zmiany w przekonaniach osoby naznaczonej piętnem dotyczących siebie, jak również innych oraz świata. Osoba napiętnowana formułuje przekonanie o niesprawiedliwości świata, a w konsekwencji poczucie winy związane ze swoim piętnem i poczucie rozgoryczenia związane ze swoją życiową sytuacją, które znacznie wpływają na dalszą jej karierę moralną (Goffman, 1961, 1963/2005).

Te dwa etapy kariery moralnej w zależności od tego, jak wcześnie, bądź jak późno w biegu życia zachodzą, pozwalają wyróżnić cztery wzorce jej przebiegu (Goffman, 1963/2005). Pierwszy z tych wzorców jest charakterystyczny dla osób, które są napiętnowane od urodzenia. Osoby te od urodzenia mają wpajane normy i standardy, których z racji swojego piętna nie są w stanie spełnić (Goffman, 1963/2005).

Drugi z nich również dotyczy osób, które są naznaczone piętnem od urodzenia. W odróżnieniu od wspomnianego wyżej wzorca, z różnych przyczyn drugi etap kariery moralnej zostaje odroczony – przede wszystkim może to wynikać z oddziaływań najbliższego środowiska. To otoczenie broni osobę przed zidentyfikowaniem przez nią u siebie piętna oraz doświadczaniem jego konsekwencji (Goffman, 1961, 1963/2005). Z chwilą spadku ochronnych właściwości otoczenia lub też jego zmiany jednostka zaczyna identyfikować u siebie piętno oraz zaczyna doświadczać jego konsekwencji (Goffman, 1963/2005).

Trzeci wzorzec charakterystyczny jest dla osób, które zostały naznaczone piętnem w późniejszym okresie życia, lub tych, które dopiero wtedy zdały sobie sprawę z tego, że są napiętnowane. Według Goffmana, dla jednostki

trudniejszą do zaakceptowania sytuacją jest ta, gdy o naznaczeniu piętnem dowiaduje się w późniejszym okresie życia, równocześnie doświadczając jego konsekwencji. Wynika to z konieczności zredefiniowania swojego wcześniejszego życia, a także doświadczanym poczuciem dezaprobaty wobec swojego nowego „ja" (Goffman, 1963/2005).

Z kolei czwarty z wzorców przebiegu kariery moralnej dotyczy osób, które były wychowane w środowisku obcym wobec obecnego. Niezależnie od tego, czy było to środowisko „normalsów" czy nie, żyjąc w nowym otoczeniu jednostka musi przyjąć akceptowany w jego obrębie styl funkcjonowania. To może prowadzić do trudności z akceptacją nowego „ja" jednostki przez „stare" otoczenie (Goffman, 1963/2005).

3.2.4. Sposoby radzenia sobie z piętnem

Nieodłącznym elementem piętna jest jego oznaczenie – symbol piętna. Charakter takiego symbolu ukierunkowuje osobę napiętnowaną w sposobach radzenia sobie z piętnem, wśród których Goffman (1963/2005) wyróżnia: ukrywanie go, unikanie sytuacji lub też wycofywanie się z sytuacji w których piętno może zostać ujawnione.

Ujawnianie swojego piętna przez jednostkę, według Goffmana (1963/2005), wiąże się zawsze z określeniem tego, gdzie, komu oraz kiedy przekazywać informację o piętnie. Z jednej strony wiąże się to z zagrożeniem negatywnymi konsekwencjami ujawnienia siebie, z drugiej – gdy jednostka zdecyduje się ukrywać swoje piętno – ze stałą obawą, że fakt napiętnowania zostanie ujawniony, w sposób od niej niezależny (Goffman, 1963/2005).

Formą strategii ukrywania piętna wśród osób należących do mniejszości płciowych może być tzw. passing – dosłownie „uchodzenie", oznacza bycie postrzeganym w społeczeństwie jako osoba o płci, z którą jednostka identyfikuje się, czyli dostosowywanie swojej ekspresji płciowej do społecznie akceptowanych norm, tak aby ukryć swój status mniejszościowy. Dotyczy to głównie osób transpłciowych, w stopniu bardziej ograniczonym również niebinarnych.

W związku ze wskazanymi zagrożeniami stosowania strategii ukrywania piętna część osób decyduje się na wycofanie się z określonych relacji społecznych lub też unikanie nowych, które mogłyby się wiązać z doświadczaniem konsekwencji przypisanego piętna (Goffman, 1963/1005). Ta strategia może

powodować hermetyzację środowiska osób z określonym piętnem, prócz tego również prewencyjne odcinanie się od innych i utratę potencjalnych źródeł wsparcia społecznego.

LeBel (2008) zwrócił uwagę, na występującą w dyskursie o piętnie krytykę podejścia prezentowanego przez Goffmana w analizie strategii radzenia sobie z piętnem (Gussow i Tracy, 1968, za: LeBel, 2008; Anspach, 1979, za: LeBel, 2008; Kitsuse 1980, za: LeBel, 2008; Siegel i in., 1998, za: LeBel, 2008). Podstawowym zarzutem jest to, że Goffman skupiał się wyłącznie na obronnych strategiach – unikaniu, wycofaniu czy też ukrywaniu piętna. Pomijane, zdaniem wskazanych badaczy, były proaktywne strategie radzenia sobie z piętnem, np. poprzez aktywizm społeczny czy też przyjmowanie roli profesjonalisty/profesjonalistki.

W tym pierwszym wypadku osoba napiętnowana ujawnia swoje piętno oraz podejmuje się aktywności mających na celu zmianę sposobu spostrzegania osób z danej grupy napiętnowanej na bardziej przychylny wśród Goffmanowskich „normalsów" (LeBel, 2008). Przykładem może być tworzenie organizacji na rzecz osób transpłciowych i niebinarnych przez same te osoby, organizowanie marszów równości czy tzw. żywych bibliotek.

W drugim przypadku osoba napiętnowana skupia się na grupie osób napiętnowanych, którym chce pomóc np. w nauce efektywniejszego sposobu radzenia sobie z piętnem, często przyjmując też pewnego rodzaju rolę mentora/mentorki (LeBel, 2008). Przykładem w tym wypadku jest prowadzenie różnego rodzaju grup samopomocowych dla osób transpłciowych i niebinarnych przez osoby z mniejszości płciowych.

3.3. Stres mniejszościowy

3.3.1. Stres mniejszościowy – informacje ogólne

Stres mniejszościowy jest pewnym zbiorem charakterystycznych czynników stresogennych dla danej grupy mniejszościowej – analizując to z perspektywy teorii o piętnie Goffmana grup naznaczonych piętnem grupowym (Brooks, 1981, za: Meyer, 1995; Meyer, 2003; Iniewicz, 2015).

Koncepcja stresu mniejszościowego początkowo była wykorzystywana w badaniach dotyczących osób z mniejszości etnicznych, choć uwzględniano różne

zmienne, które miały być powiązane z doświadczaną stygmatyzacją (Smith, 1985; Kessler i Neighbors, 1986, za: Meyer, 1995; Tomes i in., 1990; Steele i Aronson, 1995; Steele, 1997; Clark i in., 1999). Dopiero Meyer (2003) zaproponował model stresu mniejszościowego – doświadczanego przez osoby homoseksualne i biseksualne. Badacz w swoim modelu zawarł szereg zmiennych, które miały wpływać na widoczne już we wcześniejszych badaniach dysproporcje w częstotliwości występowania różnych trudności psychicznych.

We wspomnianym modelu Meyer (2003) uwzględnił następujące grupy zmiennych: okoliczności środowiskowe, mniejszościowy status, mniejszościowa tożsamość, stresory ogólne, procesy dystalne, procesy proksymalne, charakterystyka mniejszościowej tożsamości, strategie radzenia sobie i wsparcie społeczne, skutki dla zdrowia psychicznego.

Pierwszą z kategorii uwzględnionych w modelu przez Meyera (2003) są okoliczności środowiskowe (*circumstances in the environment*), do których zaliczył zmienne związane ze statusem socjoekonomicznym. Powiązany z nimi jest mniejszościowy status (*minority status*) wynikający z nieheteroseksualności i warunkowanej nią mniejszościowej tożsamości (*minority identity*), wskazanej jako kolejna kategoria.

Okoliczności środowiskowe (*circumstances in the environment*) mogą wiązać się z wystąpieniem różnego rodzaju stresorów ogólnych (*general stressors*), takich jak choroba, śmierć bliskich osób czy aklimatyzacja w nowym środowisku pracy lub jej utrata. Prócz stresorów ogólnych Meyer uwzględnia te specyficzne dla osób z mniejszości seksualnych – związane z zachowaniami innych motywowanymi uprzedzeniami wobec osób nieheteronormatywnych, jak dyskryminacja czy przemoc – czyli stresory czy też procesy dystalne (*minority stress processes [distal]*) (Meyer, 2003).

Doświadczenia wynikające z przynależności do mniejszości mogą w różny sposób oddziaływać na osobę; może internalizować piętno – uprzedzenia wobec osób z mniejszości seksualnych (internalizować homofobię), może też wykazywać większe obawy przed odrzuceniem z powodu swojego statusu mniejszościowego, co z kolei może przełożyć się na tendencję do ukrywania swojego statusu. To właśnie Meyer (2003) nazwał procesami proksymalnymi (*minority stress processes [proximal]*).

To, co może modyfikować wpływ wspomnianych stresorów na zdrowie psychiczne (*mental health outcomes*), to charakterystyka mniejszościowej tożsamości (*characteristics of minority identity*), w której Meyer wyróżnia poziom jej

istotności i integracji oraz poczucie jej wartości. Kolejnymi istotnymi tu zmiennymi są takie zasoby jak wsparcie społeczne czy wykorzystywane strategie radzenia sobie (*coping and social support [community and individual]*) (Meyer, 2003).

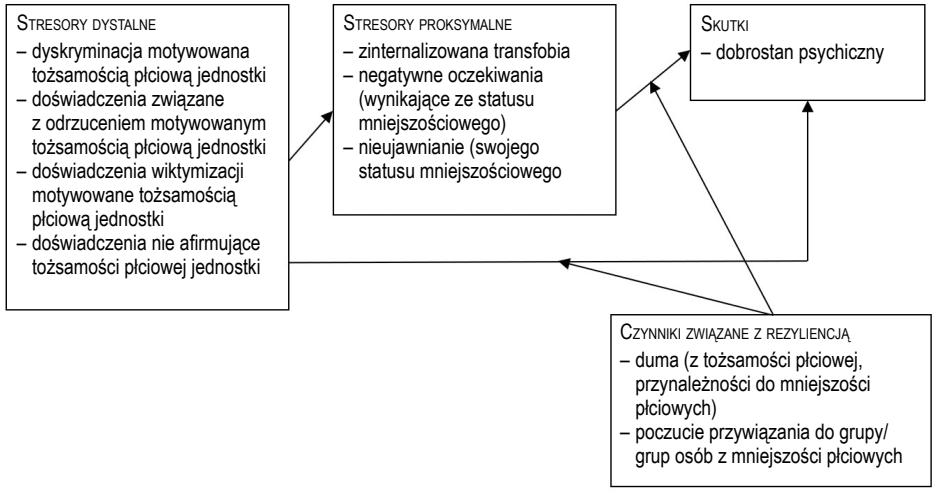
3.3.2. Stres mniejszościowy doświadczany przez osoby transpłciowe i niebinarne (*gender minority stress*)

Wraz z rozwojem badań związanych ze stresem mniejszościowym coraz częściej (Hendricks i Testa, 2012; Wilson, 2013; Testa i in., 2015) zwracano uwagę na to, że doświadczenia osób transpłciowych i niebinarnych również można ujmować za jego pomocą – zwłaszcza nieproporcjonalnie wyższe występowanie trudności psychicznych w porównaniu do osób cispłciowych (Haraldsen i Dahl, 2000; Blehar i Oren, 1995; Lai i in., 2010; Kim i in., 2006; Lobato i in., 2007; Mizock i Lewis, 2008; Vocks i in., 2009; Ålgars in., 2012; Ash i Mackereth, 2013; Bandini i in., 2013; Bockting i in., 2013; Auer i in., 2013).

Hendricks i Testa (2012) początkowo – z braku dostępnych badań dotyczących zinternalizowanego piętna wśród osób z mniejszości płciowych – zaproponowali teoretyczny konstrukt zinternalizowanej transfobii oraz zastąpili doświadczenia dyskryminacji i przemocy motywowane homofobią tymi motywowanymi transfobią.

Z czasem pojawiały się co raz częstsze głosy, że klasyczny model stresu mniejszościowego (Meyer, 2003) nie oddaje w pełni specyfiki doświadczeń osób transpłciowych i niebinarnych w kontekście ich statusu przynależności do grupy mniejszościowej (Wilson, 2011; Hendricks i Testa, 2012; Testa i in., 2015; Testa, Michaels i in., 2017).

Testa i współpracownicy (Testa i in., 2015; Testa, Michaels i in., 2017) zaproponowali i przebadali model stresu mniejszościowego doświadczanego przez osoby z mniejszości płciowych (*gender minority stress model*) (rysunek 1). Model Meyera (2003) został uzupełniony o stresory specyficzne dla osób transpłciowych i niebinarnych, takie jak *doświadczenia nie afirmujące tożsamości płciowej jednostki*. Wiążą się one z wszelkimi zewnętrznymi sytuacjami, które podważały lub podważają tożsamość płciową jednostki – od doświadczanych mikroagresji (np. misgenderingu i deadnamingu) po bardziej różnorodną dyskryminację na poziomie organizacyjnym i instytucjonalnym, jak np. niektóre praktyki i procedury związane z prawną korektą oznaczenia płci czy interwencjami medycznymi (Testa i in., 2015).



Rysunek. 1. Model stresu mniejszościowego doświadczanego przez osoby z mniejszości płciowych

Opracowanie własne, na podstawie: T. Jäggi i in. (2018). Gender minority stress and depressive symptoms in transitioned Swiss transpersons. *BioMed Research International*, Article ID 8639263. https://doi.org/10.1155/2018/8639263; M. L. Hendricks i R. J. Testa (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://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0029597; R. J. Testa i in. (2012). Effects of violence on transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice, 43*(5), 452–459. https://doi.org/10.1037/a0029604; R. J. Testa i in. (2015). Development of the gender minority stress and resilience measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 2*(1), 65–77. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/sgd0000081; R. J. Testa, M. S. Michaels i in. (2017). Suicidal ideation in transgender people: gender minority stress and interpersonal theory factors. *Journal of Abnormal Psychology, 126*(1), 125–136. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/abn0000234.

Stopniowo model ten zyskał również poparcie innych badaczy (Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017, 2017b; Timmins i in., 2017; Saeed i in., 2018), ale też, do pewnego stopnia, spotkał się z krytyką (Tan, Ellis i in., 2020). Wysuwanymi zarzutami są np. niewystarczające wyjaśnienie wpływu procesów proksymalnych na zdrowie psychiczne osób z mniejszości (Hatzenbuehler, 2009), nieuwzględnianie więzi kulturowych wśród osób transpłciowych/niebinarnych (TanTreharne i in., 2020b), skupianie się przede wszystkim na osobach białych pochodzących z kultur zachodnich (Parent i in., 2013).

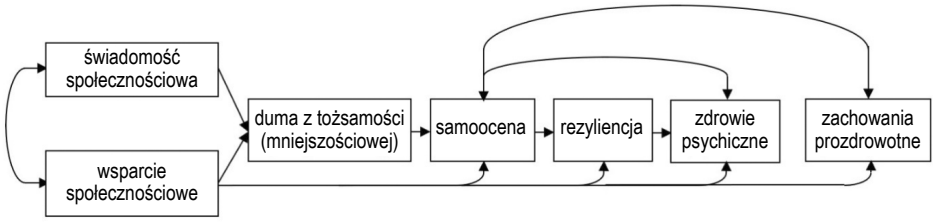
Adaptacje modelu stresu mniejszościowego na potrzeby zrozumienia doświadczeń osób z mniejszości płciowych nadal nie obejmowały jednak

dysforii płciowej. Lindley i Galupo (2020) oraz Galupo i współpracownicy (2020) zaproponowali, by włączyć do modelu tę kategorię jako stresor proksymalny.

3.4. Model mocnych stron mniejszości (*minority strengths model*)

W modelu stresu mniejszościowego uwaga badaczy koncentrowała się przede wszystkim na negatywnym wpływie przynależności do mniejszości, w tym seksualnych (Meyer, 2003) i płciowych (Hendricks i Testa, 2012; Testa i in., 2015). Perrin i współpracownicy (2020) zaproponowali odmienne podeście – zamiast badać negatywne konsekwencje, skupili się na zaletach statusu mniejszościowego. Wzięli pod uwagę szczególnie czynniki, które kształtują rezyliencję oraz których wpływ przekłada się na dobre zdrowie psychiczne i fizyczne (Perrin i in., 2020).

Perrin i współpracownicy (2020) uwzględnili w modelu szereg czynników takich jak: wsparcie społeczne, świadomość społecznościowa, duma z tożsamości (mniejszościowej), samoocena, rezyliencja i zachowania prozdrowotne (rysunek 2). Wstępne badania nad zaproponowanym modelem potwierdziły założenia badaczy o pozytywnym wpływie świadomości społecznościowej, wsparcia społecznego oraz dumy z tożsamości na rezyliencję i w konsekwencji na zdrowie i dobrostan psychiczny (Perrin i in., 2020).



Rysunek 2. Model mocnych stron mniejszości (*minority strengths model*)

Opracowane własne, na podstawie: P. B. Perrin i in. (2020). The minority strengths model: Development and initial path analytic validation in racially/ethnically diverse LGBTQ individuals. *Journal of Clinical Psychology*, *76*(1), 118–136. https://doi.org/10.1002/jclp.22850.

3.5. Transfobia i jej zinternalizowana postać

3.5.1. Definicje

Pod pojęciem transfobii w literaturze przedmiotu niejednokrotnie kryje się wiele różnych znaczeń, a też wiele podobnych terminów zostało ukutych w toku rozwoju wiedzy na temat funkcjonowania osób transpłciowych i niebinarnych. Często są stosowane zamiennie, co nie zawsze przyczynia się do zrozumiałości danego wywodu.

3.5.2. Transfobia

Pojęcie transfobii często bywa rozumiane jako uprzedzenia wobec osób transpłciowych i niebinarnych (*trans-prejudice*, *trans-bias*) (Bandini i Maggi, 2014; Hughto i in., 2015; Huffaker i Kwon, 2016), jako same negatywne uprzedzenia (*transnegativity*) lub także jako konsekwencje tych uprzedzeń – dyskryminacja (*trans-discrimination*) i przemoc (*gender/transgender bashing*, *trans-bulling*) (King i in., 2020).

Klasyczna już definicja transfobii rozumianej jako formy uprzedzeń zaproponowana przez Hill i Willoughby (2005, s. 533) brzmi następująco:

> Transfobia to poczucie obrzydzenia do osób, które nie odpowiadają społecznym oczekiwaniom związanym z płcią. Trzeba zwrócić uwagę, że przyrostek „-fobia" nie sugeruje, że osoba transfobiczna cierpi na kliniczną fobię; nie sugeruje on też, że osoba transfobiczna cierpi na jakieś zaburzenia. Przyrostek „-fobia" odnosi się do irracjonalnego lęku czy nienawiści, przynajmniej częściowo utrwalonego przez ideologię kulturową.

Z ogólnego zjawiska transfobii można wyróżnić transmizoandrię oraz transmizogynię (por. Worthen, 2013; Jakubowski, 2015b; Arayasirikul i Wilson, 2019). Transmizoandria jest to niechęć, poczucie obrzydzenia względem osób transpłciowych o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu. Natomiast transmizogynia jest to niechęć, poczucie obrzydzenia względem osób transpłciowych, którym przypisano po urodzeniu płeć męską. Można też wyróżnić uprzedzenia wobec osób niebinarnych oraz ksenopłciowych – w ich wypadku jednak nie ukuto odpowiednich terminów.

3.5.2.1. Konsekwencje transfobicznych uprzedzeń

Istotne są też zachowania, jakich mogą się podejmować osoby żywiące transfobiczne uprzedzenia, poczynając od dyskryminacji i wykluczenia (Kryszk i Kłonkowska, 2012; Smith i in., 2013; Sughra i Imran, 2016; Stojanovski i in., 2018; Swales, 2018; Scandurra, Vitelli i in., 2019; Verbeek i in., 2020), przez prześladowanie (Kryszk i Kłonkowska, 2012; Sterzing, Gartner i in., 2017; Sterzing, Ratiff i in., 2017; Scandurra, Vitelli i in., 2019; Verbeek i in., 2020), po przemoc (psychiczną, fizyczną i seksualną) (Lombardi i in., 2002; Ryan i Rivers, 2003; Bund, 2013; Toomey i in., 2013; Holmes, 2016; Cense i in., 2017; Jamel, 2018; Rodríguez-Madera i in., 2017; Smith, 2018; Erickson-Schroth i in., 2020) i przestępstwa z nienawiści (Bandini i Maggi, 2014; Jamel, 2018).

Specyfika zachowań i praktyk motywowanych transfobią zdaje się najlepiej widoczna w dyskryminacji organizacyjnej (objawiającej się np. w braku praktyk organizacyjnych związanych z tranzycją osób pracujących w danym miejscu pracy), zinstytucjonalizowanej (np. pomijaniem w systemie edukacyjnym informacji o osobach z mniejszości płciowych lub pomijaniem informacji o statusie mniejszościowym postaci historycznych) oraz kulturowej (np. związanej z kulturową cispłciową normą binarności płci), zaś na poziomie interpersonalnym – w mikroagresji.

Transfobiczna mikroagresja są to wszelkie zachowania werbalne i niewerbalne w codziennym życiu, które mają wrogi charakter i mają na celu obrażenie lub poniżenie osób przynależących do mniejszości płciowych (Nadal i in., 2010, 2012, 2015, 2016; Nadal, Davidoff i in., 2014; Nadal, Davidoff, Fujii-Doe, 2014; Galupo, Henise i Davis, 2014; Chang i Chung, 2015; Sughra i Imran, 2016; Sterzing, Gartner i in., 2017; Swales, 2018; Arayasirikul i Wilson, 2019; Livingston i in., 2019; Parr i Howe, 2019, 2020).

Nadal i współpracownicy (2012) wyróżnili dwanaście form czy też kategorii transfobicznej mikroagresji, której mogą doświadczać osoby z mniejszości płciowych: używanie transfobicznego/niewłaściwego języka (*use of transphobic and/or incorrectly gendered terminology*); przekonanie o uniwersalnych doświadczeniach osób transpłciowych (*assumption of universal transgender experience*); egzotyfikacja (*exoticization*); dyskomfort / brak akceptacji doświadczeń osób transpłciowych (*discomfort / disapproval of transgender experience*); wspieranie normatywności płciowej (*endorsement of gendernormative and binary culture of behaviors*); zaprzeczanie istnienia transfobii (*denial of the existence*

of transphobia); założenie o seksualnym zaburzeniu osób transpłciowych (*assumption of sexual pathology or abnormality*); groźby lub nękanie (*physical threator harassment*); negowanie własnych transfobicznych uprzedzeń (*denial of individual transphobia*); negowanie cielesnej prywatności (*denial of personal body privacy*), mikroagresje specyficzne dla rodziny (*familial microaggressions*), systemowe i środowiskowe (*systemic and environmental microaggressions*).

Pierwszą opisywaną przez Nadal i współpracowników formą mikroagresji jest używanie transfobicznego lub niewłaściwego języka. Dotyczyć to może np.: tzw. misgenderingu (zwracania się do osób transpłciowych i niebinarnych z użyciem form rodzajowych innych niż same te osoby stosują), tzw. deadnamingu (zwracanie się do osób transpłciowych i niebinarnych z użyciem imienia przypisanego im po urodzeniu, a nieaktualnego) lub też innej formy zwracania się do osoby transpłciowej lub niebinarnej, którego celem jest podważenie doświadczanej przez nią płci (Nadal i in., 2010, 2012; Nadal, Davidoff i in., 2014).

Kolejna forma transfobicznej mikroagresji to przekonanie o uniwersalnych doświadczeniach osób transpłciowych (Nadal i in., 2012), co może przejawiać się w założeniu, że wszystkie osoby transpłciowe i niebinarne mają podobny życiorys, podobne doświadczenia związane z relacją ze swoim ciałem, że każda doświadcza dysforii płciowej dotyczącej genitaliów i dąży do podjęcia się ich operacyjnej korekty. Takie przekonanie ma charakter unieważniający i pomija indywidualność osób z mniejszości płciowych (Nadal i in., 2010, 2012; Nadal, Davidoff i in., 2014).

Egzotyfikacja jako forma transfobicznej mikroagresji opisywana przez Nadal i współpracowników polega na postrzeganiu osoby tylko przez pryzmat jej transpłciowości lub niebinarności. Przykładowo – gdy ktoś wykazuje zainteresowanie jednostką wyłącznie z tego powodu, że należy do mniejszości płciowych (Nadal i in., 2010, 2012; Nadal, Davidoff i in., 2014).

Dyskomfort lub brak akceptacji doświadczeń osób transpłciowych jako forma transfobicznej mikroagresji może objawiać się w postaci np. unikania rozmów na temat transpłciowości lub niebinarności z osobą z mniejszości płciowej, aby uniknąć tematu wywołującego dyskomfort lub też z tego powodu, że nie akceptuje się transpłciowości czy niebinarności (Nadal i in., 2010; Nadal, Davidoff i in., 2014).

Wspieranie normatywności płciowej jako forma transfobicznej mikroagresji może przejawiać się np. w normatywnym przekazie dotyczącym płci skierowanym do osoby transpłciowej lub niebinarnej podważającym prawomocność jej identyfikacji lub ekspresji płciowej poprzez porównywanie ich do cispłciowych norm (Nadal i in., 2010; Nadal, Davidoff i in., 2014).

Kolejną formą mikroagresji doświadczanej przez osoby z mniejszości płciowej według Nadal i współpracowników (2012) jest zaprzeczanie istnienia transfobii, podważające i unieważniające doświadczenia osób transpłciowych i niebinarnych.

Założenie o seksualnym zaburzeniu osób transpłciowych ujawnia się np. w przekonaniu o hiperseksualności osób transkobiecych, w seksualizacji i uprzedmiotowianiu ich, przekonaniu o powszechności zakażenia wirusem HIV w tej populacji (Nadal i in., 2010, 2012; Nadal, Davidoff i in., 2014).

Groźby lub nękanie motywowane trasfobią obejmują drażnienie, zastraszanie i inne zachowania, które sprzyjają tworzeniu się atmosfery zagrożenia (Nadal i in., 2010, 2012; Nadal, Davidoff i in., 2014).

Opisywane przez Nadal i współpracowników (2012) negowanie własnych transfobicznych uprzedzeń również jest formą transfobicznej mikroagresji: osoby transpłciowe lub niebinarne w sytuacji, gdy zwracają uwagę np. na doświadczaną dyskryminację motywowaną transfobią, spotykają się z reakcją innych, które zarzucają im, że są „przewrażliwione" (Nadal i in., 2010; Nadal, Davidoff i in., 2014).

Z kolei negowanie cielesnej prywatności może przejawiać się w różnego rodzaju komentarzach na temat ciała osób transpłciowych (Nadal i in., 2010, 2012; Nadal, Davidoff i in., 2014).

Jako mikroagresje specyficzne dla rodziny opisywane przez Nadal i współpracowników (2012) są określane z jednej strony inwazyjne pytania dotyczące płciowości i tranzycji osoby transpłciowej lub niebinarnej, a z drugiej zawoalowane komentarze podważające jej identyfikację i/lub ekspresję płciową (Nadal i in., 2010, Nadal, Davidoff i in., 2014).

Natomiast systemowa i środowiskowa mikroagresja transfobiczna (Nadal i in., 2010, 2012; Nadal, Davidoff i in., 2014) doświadczana jest na poziomie instytucjonalnym i społecznościowym: od płciowej segregacji przestrzeni publicznej (np. toalet) po prawne uwarunkowania związane z korektą danych, prawnym uzgodnieniem płci czy możliwością podjęcia się niektórych medycznych interwencji afirmujących płeć.

3.5.3. Zinternalizowana transfobia

W toku ciągłego doświadczania aktów cisseksizmu (*per analogiam* do heteroseksizmu) transfobia ulega internalizacji, czyli włączeniu w „ja" osoby

transpłciowej lub niebinarnej, czego efektem końcowym jest tzw. transfobia zinternalizowana, czyli:

> [...] poczucie dyskomfortu związanego z własną transpłciowością, jako skutek internalizacji społecznych norm dotyczących płci. Zinternalizowana transfobia może być doświadczana i wyrażana (egzekwowana) względem siebie samego (poczucie wstydu, nienawiści względem siebie) albo względem innych (uprzedzenia albo i alienacja od innych osób transpłciowych), czyli kolejno wertykalna i horyzontalna zinternalizowana transfobia (Bockting, 2015, s. 426).

3.6. Źródła transfobii, transuprzedzeń i dyskryminacji osób z mniejszości płciowych

Dociekania na temat źródeł uprzedzeń mają długą metrykę (Allport, 1954; Adorno i in. 1950; Altemeyer 1988), podczas gdy rozważania na temat przekonań wobec osób z mniejszości płciowych w tym kontekście stały się przedmiotem zainteresowania naukowego relatywnie niedawno (Green i in., 1966; Franzini i Casinelli, 1986; Hill i Willoughby, 2005; Tee i Hegarty, 2006; Antoszewski i in., 2007; Nagoshi i in., 2008; Wongburi i Vungthong, 2019). Aguirre-Sánchez-Beato (2020) dokonała podziału źródeł transfobii ze względu na ich charakter – poznawczy i dyskursywny.

3.6.1. Poznawcze źródła transfobii

Kategorii tej dotyczą teorie, w których przyczyn transfobii upatruje się w uprzedzeniach. Dzieli się ona na trzy podkategorie: cechy indywidualne (*individual characteristics*), czynniki zewnętrzne (*factors external to individual*) i przywiązanie do innych uprzedzeń (*adherence to other prejudices*) (Aguirre-Sánchez-Beato, 2020).

3.6.1.1. Cechy indywidualne

W tej grupie czynników wpływających na poziom transuprzedzeń Aguirre-Sánchez-Beato (2020) uwzględniła między innymi zmienne socjodemograficzne, jak np.: płeć, wiek, orientacja seksualna, wykształcenie, a także narodowość

i przynależność etniczna, samoocena, tolerancja niejednoznaczności, tendencja do podejmowania się zachowań agresywnych, prawicowy autorytaryzm i polityczny konserwatyzm, fundamentalizm religijny i orientacja na dominację społeczną. Warte wspomnienia w tym kontekście zdają się również: potrzeba domknięcia poznawczego, neurotyzm, otwartość na doświadczenia, sumienność, przekonania co do przyczyn transpłciowości, akceptacja stereotypów i psychiczna kobiecość i męskość (Jakubowski 2018b; Greenburg i Gaia, 2019; Whyman, 2019; Cabrera i in., 2021; Platt i Szoka, 2021).

Dostępne badania (Green i in., 1966; Leitenberg i Slavin, 1983, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Landén i Innala, 2000, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Hill i Willoughby, 2005; Tee i Hegarty, 2006; Antoszewski i in., 2007; Nagoshi i in., 2008; Winter i in., 2008; Antoszewski, Kasielska i Kruk-Jeromin, 2009; Gerhardstein i Anderson, 2010, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; King i in., 2009; Willoughby i in., 2010; Costa i Davies, 2012; Tebbe i Moradi, 2012; Walch, Ngamake i in., 2012; Case i Stewart, 2013; Warriner i in., 2013; Norton i Herek, 2013; Gazzola i Morrison, 2014, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Grigoropoulos i Kordoutis, 2014; Tebbe i in., 2014; Páez i in., 2015, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Ali i in., 2016; Elischberger i in., 2016; Huffaker i Kwon, 2016; Worthen, 2016; Jakubowski, 2018b; Kite i in., 2019; Totton i Rios, 2019; Greenburg i Gaia, 2019; Kanamori i Xu, 2020; Konopka i in., 2020) wskazują na istotne różnice płciowe w zakresie poziomu intensywności przekonań transfobicznych – cispłciowi mężczyźni deklarują bardziej negatywne przekonania dotyczące osób z mniejszości płciowych niż cispłciowe kobiety.

Badania przeprowadzone przez Jakubowskiego (2018b) wskazały, że istnieje związek pomiędzy natężeniem psychicznej męskości i kobiecości (Bem, 1983) a poziomem uprzedzeń wobec osób transpłciowych i niebinarnych. Wysokie natężenie deklarowanych cech stereotypowo przypisywanych kobietom miało wiązać się z niższym poziomem transuprzedzeń, w wypadku męskości zaobserwowana była odwrotna tendencja.

Wynikać to może z jednej strony z norm męskości wpajanych cismężczyznom w toku socjalizacji – nacisk kładzie się na uzyskanie wysokiego statusu społecznego, bycie „twardym" (niepodatnym na zranienie), jak i nieprzejawiającym cech i zachowań stereotypowo przypisywanym kobietom, co jest charakterystyczne dla tzw. męskości hegemonicznej (Pleck, 1981, 1995; Thompson Jr. i Pleck, 1986; Connell, 1995; Connell i Messerschmidt, 2005; Chung, 2017). Między innymi w wyniku tego mężczyźni mogą żywić bardziej negatywny

stosunek wobec osób, które w ich mniemaniu wspomnianych norm nie przestrzegają (Bem, 1983; Chung, 2017). Według Nagoshi i współpracowników (2008) oraz Konopki i współpracowników (2019) tendencja silniejszych uprzedzeń może wynikać z poczucia zagrożenia własnej dominującej roli społecznej. Wyjątkiem są badania Bukhari i współpracowników (2016), które wskazały na odwrotną tendencję, co może wynikać z uwarunkowań kulturowych, w tym np. inny niż hegemoniczny model męskości dominujący w społeczeństwie.

Jeśli chodzi o korelację z orientacją seksualną, badania pokazują, że osoby identyfikujące się jako heteroseksualne deklarują mniej przychylne przekonania o osobach niecisnormatywnych niż osoby nieheteroseksualne (Eliason i Hughes, 2004; Tee i Hegarty, 2006; Nagoshi i in., 2008; Willoughby i in., 2010; Case i Stewart, 2013; Warriner i in., 2013; Páez i in., 2015, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Ali i in., 2016; Worthen, 2016; Anderson, 2018). Taka zależność może wynikać ze wspólnej dla osób transpłciowych i osób nieheteroseksualnych cechy, jaką jest nieheteronormatywność (oraz jej konsekwencja w postaci stresu mniejszościowego; Meyer, 2003). Może ona wpływać na pewną wspólnotę doświadczeń (w tym związanych ze stresem mniejszościowym) i lepsze wzajemne zrozumienie i poczucie podobieństwa, co z kolei potencjalnie kształtuje bardziej przychylne postawy wobec osób niecisnormatywnych wśród osób z mniejszości seksualnych niż wśród osób heteroseksualnych (Chong i Mohr, 2020). Inną przyczyną może być to, że osoby nieheteronormatywne cechuje mniej konserwatywny światopogląd niż osoby heteronormatywne (Nagoshi i in., 2008).

W kontekście wieku (King i in., 2009; Case i Stewart, 2013; Dierckx i in., 2014, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020) tendencja ta może mieć swoje podłoże w zachodzących przemianach społecznych – młodszym pokoleniom wpajane są bardziej inkluzywne postawy, a w mniejszym stopniu uprzedzenia wobec osób z mniejszości płciowych (Mizock, Hopwood i in., 2017).

Badacze stwierdzili zależność pomiędzy narodowością lub przynależnością etniczną a uprzedzeniami wobec osób transpłciowych i niebinarnych (Tee i Hegarty, 2006; Winter i in., 2008; Case i Stewart, 2013; Elischberger i in., 2018; Platt i Szoka, 2021). Norton i Herek (2013) dowiedli również, że bardziej nieprzychylny stosunek do osób transpłciowych wykazują białe osoby niż osoby czarnoskóre, latynoskie i o różnorodnym pochodzeniu; z kolei Tee i Hegarty (2006) zaobserwowały odwrotną tendencję. Różnice te mogą wynikać z wielu czynników uwarunkowanych kulturowo, takich jak: przekonania dotyczące płci (Hill

i Willoughby, 2005; Tee i Hegarty, 2006; Willoughby i in., 2010; Tebbe i Moradi, 2012; Norton i Herek, 2013; Costa i Davies, 2012; Worthen, 2016), polityczny konserwatyzm i prawicowy autorytaryzm (Ali i in., 2016; Grigoropoulos i Kordoutis, 2015; Huffaker i Kwon, 2016; Nagoshi i in., 2008; Norton i Herek, 2013; Tee i Hegarty, 2006; Warriner i in., 2013; Willoughby i in., 2010; Jakubowski, 2018b), klimat socjopolityczny (Flaskerud i Lesser, 2018), uwarunkowania powiązane ze statusem socjoekonomicznym, jak np. wykształcenie (King i in., 2009; Norton i Herek, 2013; Mizock, Hopwood i in., 2017; Huffaker i Kwon, 2016).

Szereg badań również wskazuje na zależność pomiędzy wykształceniem a poziomem uprzedzeń wobec osób transpłciowych i niebinarnych (King i in., 2009; Norton i Herek, 2013; Cole i in., 2016; Mizock, Hopwood i in., 2017; Oberhelman, 2017; Dierckx i in., 2014, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Huffaker i Kwon, 2016). Związek pomiędzy niższym wykształceniem i większym poziomem uprzedzeń można wyjaśniać podobnie, jak w przypadku innych grup napiętnowanych, na dwa sposoby, w zależności od tego, jak jednostka wyjaśnia nierówności społeczne (Wodtke, 2018). Pierwsze podejście to tzw. perspektywa oświecenia (*enlightment perspective*), zgodnie z którą edukacja wiąże się z poznawaniem strukturalnych przyczyn nierówności, które w pewien sposób zastępują przekonania o indywidualnych przyczynach nierówności. W podejściu zwanym wyrafinowaniem ideologicznym (*ideological refinement*) zakłada się, że wykształcenie wiąże się tylko z powierzchownym zaakceptowaniem strukturalnych przyczyn nierówności i częściowym lub pozornym wyparciem przekonań związanych z indywidualnym ich uwarunkowaniem przez przedstawicieli/przedstawicielki grupy większościowej; towarzyszy temu brak gotowości redukowania tych nierówności, wynikający z chęci utrzymania dominującej pozycji.

Kolejnym czynnikiem mającym wpływ na intensywność uprzedzeń wobec osób transpłciowych i niebinarnych ma być samoocena – zaobserwowana tendencja wskazuje na związek niskiej jej wartości z silniejszymi transuprzedzeniami (Hill i Willoughby, 2005; Willoughby i in., 2010; Glotfelter i Anderson, 2017; Anderson, 2018). Katz (1960) i Herek (1986) twierdzą, że uprzedzenia mogą być sposobem na kompensowanie niskiej samooceny.

Jak wskazują badania przeprowadzone przez Poteat i współpracowników (2013), Tebbe i współpracowników (2014), Huffaker i Kwon (2016) oraz Stern i Rule (2018), poziom uprzedzeń wobec osób transpłciowych i niebinarnych może zależeć również od tolerancji niejednoznaczności. Obserwowana tendencja wskazuje na wyższy poziom uprzedzeń wobec mniejszości płciowych wśród

osób o niskiej tolerancji niejednoznaczności. Wynikać to może z tego, że osoby transpłciowe i niebinarne w mniejszym stopniu podporządkowują się cispłciowym normom płciowym, co z kolei sprawia, że są postrzegane jako mniej jednoznaczne.

Kolejną zmienną związaną ze znacznymi uprzedzeniami wobec osób transpłciowych i niebinarnych, według Tebbe i współpracowników (2014), Warriner i współpracowników (2013), Callahan i Zukowski (2019) oraz Nagoshi i współpracowników (2019), jest tendencja do podejmowania się zachowań agresywnych.

Podobnie jak wykazano to w przypadku innych uprzedzeń (Whitley Jr., 1999; Duckitt i Sibley, 2007), wyższy poziom transuprzedzeń ma być pozytywnie skorelowany z prawicowym autorytaryzmem i politycznym konserwatyzmem (Ali i in., 2016; Grigoropoulosi Kordoutis, 2015; Huffaker i Kwon, 2016; Nagoshi i in., 2008; Norton i Herek, 2013; Rottenbacher de Rojas, 2012, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Tee i Hegarty, 2006; Warriner i in., 2013; Willoughby i in., 2010; Jakubowski, 2018b; Nagoshi i in., 2019; Prusaczyk i Hodson, 2019; Rye i in., 2019). Jak wskazuje Willoughby i współpracownicy (2010), dogmatyzmu moralnego, powiązanego ze wspomnianymi cechami, dotyczy taka sama zależność wobec opisywanego tu zjawiska.

Wielu badaczy wskazuje na istotną zależność pomiędzy fundamentalizmem religijnym a żywionymi uprzedzeniami wobec osób z mniejszości płciowych (Tee i Hegarty, 2006; Nagoshi i in., 2008; King i in., 2009; Willoughby i in., 2010; Warriner i in., 2013; Dierckx i in., 2014, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Grigoropoulos i Kordoutis, 2015; Páez i in., 2015, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Cragun i Sumerau, 2015; Ali i in., 2016; Huffaker i Kwon, 2016; Fisher, Castellini i in., 2017; Campbell i in., 2019; Greenburg i Gaia, 2019; Nagoshi i in., 2019; Rye i in., 2019; Kanamori i Xu, 2020). Związek pomiędzy wyższym poziomem transuprzedzeń a religijnością może wynikać z sankcjonowania przez wiele wyznań binarnego podziału płci na kobiety i mężczyzn, biologicznego esencjalizmu i innych konserwatywnych przekonań dotyczących płci (Hill i Willoughby, 2005; Tee i Hegarty, 2006; Willoughby i in., 2010; Tebbe i Moradi, 2012; Norton i Herek, 2013; Costa i Davies, 2012; Worthen, 2016). Według badań przeprowadzonych przez Claman (2007) oraz Mizock, Hopwooda i współpracowników (2017), wyższy poziom uprzedzeń wobec osób transpłciowych i niebinarnych deklarują osoby identyfikujące się z chrześcijańskimi denominacjami niż osoby wyznające niechrześcijańskie religie i niewierzący.

Również pragnienie dominacji własnej grupy nad innymi, czyli orientacja na dominację społeczną, jak wykazano w badaniach, wiąże się z tendencją do posiadania większych uprzedzeń wobec osób transpłciowych i niebinarnych (Rottenbacher de Rojas, 2012, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Tebbe i Moradi, 2012; Dierckx i in., 2014, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Tebbe i in., 2014; Huffaker i Kwon, 2016).

Według Whyman (2019) potrzeba domknięcia poznawczego ma istotny wpływ na uprzedzenia wobec osób z mniejszości płciowych. Im większa potrzeba domknięcia poznawczego, tym wyższy poziom uprzedzeń (Whyman, 2019). Wynikać to może z tego, że posiadanie dużej potrzeby skategoryzowania różnych obiektów i postrzeganie osób transpłciowych i niebinarnych przez pryzmat cispłciowych norm mogą stwarzać trudności w ich skategoryzowaniu, tym samym nasilając uprzedzenia wobec nich.

Kolejnym czynnikiem wpływającym na poziom transuprzedzeń jest akceptacja stereotypów (Greenburg i Gaia, 2019). Według Greenburg i Gaia (2019), niższa ich akceptacja wiąże się z mniejszymi uprzedzeniami wobec osób transpłciowych i niebinarnych. Totton i Rios (2019) wykazały, że zarówno przekonanie o tym, że funkcjonowanie w zgodzie ze sobą przez osoby transpłciowe jest formą oszustwa, jak i przekonanie o dezorientacji płciowej wiążą się z większymi transuprzedzeniami.

Platt i Szoka (2021) oraz Cabrera i współpracownicy (2021) zaobserwowali istotną zależność pomiędzy otwartością na doświadczenia a poziomem transuprzedzeń. Większa otwartość była związana z niższym poziomem uprzedzeń wobec osób transpłciowych i niebinarnych (Platt i Szoka, 2021), co może być związane z wyraźniejszą tendencją do akceptowania różnorodności (w tym wypadku płciowej). Cabrera i współpracownicy (2021) również w kontekście tzw. „wielkiej piątki" zaobserwowali odwrotną relację w wypadku neurotyzmu i sumienności, niż otwartości na doświadczenia.

Badania przeprowadzone przez Greenburg i Gaia (2019) wykazały, że przekonania co do przyczyn transpłciowości również wpływają na poziom uprzedzeń wobec osób z mniejszości płciowych. Przekonanie o tym, że niezgodność płciowa ma podłoże biologiczne, wiąże się z niższym poziomem uprzedzeń wobec osób transpłciowych i niebinarnych. Wynikać to może z tego, że biologiczna legitymizacja przeżywanej płci zdaje się mieć większe kulturowo znaczenie jak i związane z nią przekonanie o braku kontroli nad biologicznymi uwarunkowaniami jej.

3.6.1.2. Czynniki zewnętrzne

W tej kategorii Aguirre-Sánchez-Beato (2020) uwzględniła kontakt (z osobami transpłciowymi) oraz wiedzę o transpłciowości jako czynniki wpływające na uprzedzenia wobec osób transpłciowych i niebinarnych. W tym kontekście warte uwzględnienia również byłyby inne czynniki, takie jak specyfika miejsca pobytu (Eliason i Hughes, 2004; Dierckx, Meier i Motmans, 2017; Buck i Obzud, 2018) czy panujący klimat socjopolityczny (Flaskerud i Lesser, 2018).

W analizach dotyczących uprzedzeń wiele uwagi poświęcono tzw. hipotezie kontaktu – zgodnie z którą duża częstotliwość kontaktu z przedstawicielami danej grupy społecznej wiąże się z mniejszymi uprzedzeniami wobec niej (Pettigrew, 1998). Wiele badań w kontekście uprzedzeń wobec osób transpłciowych i niebinarnych tą tendencję potwierdza (Hill iWilloughby, 2005; Huffaker i Kwon, 2016; King i in., 2009; Norton i Herek, 2013; Tee i Hegarty, 2006; Walch, Ngamake i in., 2012; Willoughby i in., 2010; Flores, 2015; Walch, Sinkkanen i in., 2012; Barbir i in., 2017; Hoffarth i Hodson, 2018; Kanamori i Xu, 2020). Dierckx, Meier i Motmans (2017) wykazali, że kontakt z innymi grupami mniejszościowymi wiąże się także z mniejszymi transuprzedzeniami. Wynikać to może z tego, że taki kontakt stwarza okazję do poznania perspektywy osób z mniejszości płciowych, pozyskania wiedzy o transpłciowości i niebinarności (Willoughby i in., 2010; Case i Stewart, 2013; Flores, 2015; Cole i in., 2016; Huffaker i Kwon, 2016; Acker, 2017).

Podobny wpływ na poziom uprzedzeń wobec osób transpłciowych zdaje się mieć wiedza o transpłciowości (Willoughby i in., 2010; Case i Stewart, 2013; Strong i Folse, 2014; Flores, 2015; Broockman i Kalla, 2016, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Cole i in., 2016; Huffaker i Kwon, 2016; Acker, 2017), sposób jej przekazywania (Galinec, i Korajlija, 2017; Li, 2019) – zależnie od tego, na ile wyraża szacunek wobec doświadczeń osób z mniejszości płciowych i na ile cechuje się interaktywnością, pozwalającą doświadczyć w pewnym stopniu tego, czego osoby z tej grupy. Wynikać to może z nabycia wiedzy o strukturalnych przyczynach nierówności, które zastępują przekonania o indywidualnych przyczynach nierówności doświadczanych przez osoby transpłciowe i niebinarne (Wodtke, 2018). Badania, które przeprowadzili Stroumsa i współpracownicy (2019), zdają się jednak wskazywać na potencjalną trudność – pracownicy służby zdrowia, którzy żywią uprzedzenia wobec osób z mniejszości płciowych, mogą nie przyswajać wiedzy medycznej na ich temat, tym samym tworząc bariery w dostępie do opieki zdrowotnej dla osób niecisnormatywnych.

Buck i Obzud (2018) dowiedli, że również specyfika miejsca pobytu może oddziaływać na poziom uprzedzeń wobec mniejszości płciowych; poziom transuprzedzeń jest wyższy w miejscach dzielonych ze względu na płeć (jak toalety itp.) niż w miejscach bez takiego podziału. Dierckx i współpracownicy (2017) stwierdzili występowanie różnic w poziomie uprzedzeń wobec osób transpłciowych i niebinarnych pomiędzy mieszkańcami terenów miejskich i wiejskich; ci drudzy żywili większą niechęć wobec mniejszości płciowych. Badania przeprowadzone przez Eliason i Hughes (2004) nie wykazały takich różnic. Wpływ na poziom uprzedzeń może mieć także, w kontekście miejsca pobytu, klimat socjopolityczny (Flaskerud i Lesser, 2018).

3.6.1.3. Przywiązanie do innych uprzedzeń

W tej kategorii Aguirre-Sánchez-Beato (2020) uwzględniła homofobię, seksizm, przekonania dotyczące płci i ról płciowych. Oprócz tego należałoby uwzględnić również kwestie związane z uprzedzeniami wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.

Jak wskazuje szereg badań – homofobia rozumiana jako uprzedzenia wobec osób nieheteronormatywnych jest powiązana z uprzedzeniami wobec osób niecisnormatywnych (Grigoropoulos i Kordoutis, 2015; Hill i Willoughby, 2005; Nagoshi i in., 2008; Norton i Herek, 2013; Rottenbacher de Rojas, 2012, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Tebbe i in., 2014; Tebbe i Moradi, 2012; Tee i Hegarty, 2006; Willoughby i in., 2010; Worthen, 2013; Costa i Davies, 2012; Worthen, 2016; Rye i in., 2019). Zależność ta może wynikać z pewnego ograniczonego podobieństwa obu grup wynikającego z funkcjonowania niezgodnego z cis- i heteronormami.

Wykazano zależność pomiędzy seksizmem a uprzedzeniami względem osób transpłciowych i niebinarnych (Nagoshi i in., 2008; Tebbe i in., 2014; Tee i Hegarty, 2006; Warriner i in., 2013; Glotfelter i Anderson, 2017; Rye i in., 2019). Platt i Szoka (2021) zaobserwowały związek pomiędzy przekonaniami feministycznymi a niższym poziomem uprzedzeń wobec osób transpłciowych i niebinarnych. Posiadanie przekonań związanych z akceptacją różnorodności oraz egalitarnymi postawami może wiązać się z bardziej przychylnymi postawami wobec osób z mniejszości płciowych (Nagoshi i in., 2008; Tebbe i in., 2014; Tee i Hegarty, 2006; Warriner i in., 2013; Glotfelter i Anderson, 2017; Platt i Szoka, 2021).

W większości dostępnych badań widoczna jest następująca tendencja: konserwatywne przekonania dotyczące płci oraz ról płciowych wiążą się z silniejszymi uprzedzeniami wobec osób z mniejszości płciowych (Hill i Willoughby, 2005; Tee i Hegarty, 2006; Willoughby i in., 2010; Tebbe i Moradi, 2012; Norton i Herek, 2013; Costa i Davies, 2012; Worthen, 2016; Greenburg i Gaia, 2019; Prusaczyk, i Hodson, 2019; Rye i in., 2019). Elischberger i współpracownicy (2016) wskazali, że posiadanie konserwatywnych przekonań dotyczących płci wpływa na uprzedzenia wobec osób transpłciowych i niebinarnych tylko w wypadku mężczyzn – w wypadku kobiet nie zaobserwowano tej tendencji.

Zaobserwowano również związek pomiędzy uprzedzeniami wobec osób cierpiących na zaburzenia psychiczne a transuprzedzeniami (Reed i in., 2015; Mizock, Hopwood i in., 2017). Istotny pozytywny związek pomiędzy nimi może wynikać z eksperckiej legitymizacji postrzegania szeroko rozumianej niezgodności płciowej (i związanych z nią jednostek diagnostycznych, jak zaburzenia tożsamości płciowej, transseksualizm itp.) w klasyfikacjach DSM-IV-TR i ICD-10 oraz literaturze specjalistycznej jako zaburzeń psychicznych (Ansara i Hegarty, 2012).

3.6.2. Dyskursywne źródła transfobii

Kategoria dyskursywna skupiona jest wokół teorii dotyczących uprzedzeń wobec osób transpłciowych i niebinarnych opisujących wpływ procesu konstruowania znaczeń związanych z płcią oraz jego uwarunkowań. Kategoria ta dzielona jest na trzy podkategorie: tworzenie znaczeń płci (*production of gender meanings*), dominacja znaczeń płci (*predominance of gender meanings*) i konsekwencje znaczeń płci (*effects of gender meanings*) (Aguirre-Sánchez-Beato, 2020).

3.6.2.1. Tworzenie znaczeń płci

Teorie te są skupione z jednej strony na samym akcie tworzenia znaczeń, jego kontekstualności i związanej z nią dynamiki i różnorodności samego procesu, z drugiej na wpływie determinizmu językowego na rozwój i utrzymywanie się przez to uprzedzeń (Aguirre-Sánchez-Beato, 2020).

Pierwszą kategorią opisywaną przez Aguirre-Sánchez-Beato (2020) są akty konstruowania znaczeń płci (*gender as action*) (Currah, 2008; Gilbert, 2009; Lombardi, 2009; Schilti Westbrook, 2009; Connell, 2010; DePalma i Jennett, 2010; Meadow, 2010; Missé i Coll-Planas, 2010, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Myers, 2010; Bailey, 2011, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Bento i Pelúcio, 2012, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Formby, 2013; Sevelius, 2013; Xavier i in., 2013; Buist i Stone, 2014; Cruz, 2014; Davis, 2014; Gamarel i in., 2014; Heylens, Verroken i in., 2014; Lasso Báez, 2014, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Priola i in., 2014; Suess, 2014, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Dietert i Dentice, 2015; Faúndes, 2015, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Formby, 2015; Franco i Cicillini, 2015, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Loutzenheiser, 2015; McFadden, 2015; Moulin de Souza i Pádua Carrieri, 2015; Resende Alves i Costa Moreira, 2015, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Spade, 2015; Begun i Kattari, 2016; Brower, 2016; Dean i in., 2016; Lehtonen, 2016, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Pacheco i Pacheco, 2016, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Sawyer i in., 2016; Sun i in., 2016; Parr i Howe, 2020). Kategoria ta związana jest z aktami konstruowania i utrzymywania płci – przede wszystkim w toku aktów performatywnych, jak to opisywała Butler (2011).

W tym kontekście działania z zakresu passingu tworzą wizerunek zgodny z cispłciową normą (czy też normami). Gdy ta norma nie jest przestrzegana przez jednostkę, jej tożsamość płciowa może być podważana, unieważniana lub negowana (Currah, 2008; Lombardi, 2009; Schilt i Westbrook, 2009; Connell, 2010; Sevelius, 2013; Xavier i in., 2013; Gamarel i in., 2014; Heylens, Verroken i in., 2014; Formby, 2015; Loutzenheiser, 2015; Moulin de Souza i Pádua Carrieri, 2015; Begun i Kattari, 2016; Sun i in., 2016; Parr i Howe, 2020). Tym, co może te akty performatywne płci utrudnić lub wręcz uniemożliwić, to społeczny porządek opierający się na normie binarnego postrzegania płci, objawiający się np. w płciowej kategoryzacji różnych przestrzeni (np. toalet, miejsca pracy), prawnym uznaniu tylko dwóch płci, ograniczonej dostępności usług medycznych (Schilt i Connell, 2007; Gilbert, 2009; DePalma i Jennett, 2010; Meadow, 2010; Myers, 2010; Buist i Stone, 2014; Cruz, 2014; Davis, 2014; Priola i in., 2014; Dietert i Dentice, 2015; Formby, 2015; Loutzenheiser, 2015; McFadden, 2015; Moulin de Souza i Pádua Carrieri, 2015; Spade, 2015; Brower, 2016; Dean i in., 2016; Lehtonen, 2016, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Sawyer i in., 2016).

Drugą kategorią opisywaną przez Aguirre-Sánchez-Beato (2020) jest różnorodność znaczeń płci (*variability [of gendermeanings]*), zawierająca w sobie

wszelkie te teorie, które skupiają się na kontekstualności płci, na tym, że nie istnieje jedna definicja męskości czy też kobiecości i że są one dynamicznie konstruowane poprzez różnego rodzaju akty performatywne (Schilt, 2006; Gilbert, 2009; Schilt i Westbrook, 2009; Connell, 2010; Bento i Pelúcio, 2012, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Suess, 2014, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Franco i Cicillini, 2015, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020). Akty, które są stale powtarzane w kolejnych sytuacjach nadających kobiecości i męskości za każdym razem nowe znaczenie i które też wpływają na postawy wobec osób z mniejszości płciowych (Gilbert, 2009; Schilt i Westbrook, 2009; Connell, 2010; Moulin de Souza i Pádua Carrieri, 2015; Spade, 2015).

Aguirre-Sánchez-Beato (2020) wskazuje również językowy determinizm, czyli znaczenie tego, jak język wpływa na definiowanie i spostrzeganie płci (Bettcher, 2007, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Currah, 2008; DePalma i Jennett, 2010; Meadow, 2010; Missé i Coll-Planas, 2010, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Ansara i Hegarty, 2012; Bento i Pelúcio, 2012, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Buist i Stone, 2014; Priola i in., 2014; Riggs, 2014; Loutzenheiser, 2015; Lehtonen, 2016, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020).

Zgodnie zatem z przedstawionym ujęciem, język tworzy rzeczywistość społeczną, w której osoby transpłciowe i niebinarne są piętnowane i wykluczane; z jednej strony utrudnia im to wyrażanie siebie, a z drugiej daje innym narzędzia np. do stosowania mikroagresji językowych (Nadal i in., 2010, 2012; Nadal, Davidoff, Fuji-Doe, 2014, 2016; Galupo, Henisei Davis, 2014; Galupo, Krum i in., 2014; Chang i Chung, 2015; Sughra i Imran, 2016; Sterzing, Gartner i in., 2017; Sterzing, Ratliff i in., 2017; Swales, 2018; Arayasirikul i Wilson, 2019; Livingston i in., 2019; Parr i Howe, 2019, 2020).

3.6.2.2. Dominacja znaczeń płci

Niektórzy badacze zwracają uwagę na to, jak jest egzekwowana władza poprzez wyznaczanie „obowiązujących" znaczeń płci, które z kolei nadają strukturę oraz określony porządek rzeczy w społeczeństwach (Aguirre-Sánchez-Beato, 2020).

Pierwszą kategorią opisywaną przez Aguirre-Sánchez-Beato (2020) jest władza wynikająca ze znaczeń płci – sprawowanie władzy pozwala na określanie, czym jest prawda, poprzez możliwość definiowania płci (Currah, 2008; Gilbert, 2009; Schilt i Westbrook, 2009; Winter, 2009; DePalma i Jennett, 2010; Meadow, 2010; Missé i Coll-Planas, 2010, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020;

Ansara i Hegarty, 2012; Bento i Pelúcio, 2012, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Erni, 2013; Buist i Stone, 2014; Lasso Báez, 2014, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Priola i in., 2014; Loutzenheiser, 2015; Molina Rodríguez i in., 2015, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Moulin de Souza i Pádua Carrieri, 2015; Resende Alves i Costa Moreira, 2015, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Spade, 2015; Dean i in., 2016; Lehtonen, 2016, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Ozeren i in., 2016, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020). Na przykład instytucje społeczne lub eksperci wyznaczają, co jest normą, a co nią nie jest. W tym kontekście w większości społeczeństw normą jest binarny podział płci na kobiety i mężczyzn oraz ich heteroseksualność, co marginalizuje osoby transpłciowe czy niebinarne (Ansara i Hegarty, 2012; Erni, 2013; Loutzenheiser, 2015; Moulin de Souza i PáduaCarrieri, 2015; Spade, 2015; Dean i in., 2016).

Kategorią wskazaną przez Aguirre-Sánchez-Beato (2020) jest również społeczna funkcja znaczenia płci: jak określone znaczenia płci, związane z między innymi normą binarnego podziału płci na kobiety i mężczyzn, wyznaczają porządek społeczny, wykluczając tym samym osoby transpłciowe i niebinarne (Barclay i Scott, 2006, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Bettcher, 2007, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Currah, 2008; Gilbert, 2009; Schilt i Westbrook, 2009; Meadow, 2010; Myers, 2010; Faúndes, 2015, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Franco i Cicillini, 2015, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Loutzenheiser, 2015; Moulin de Souza i Pádua Carrieri, 2015; Collins i in., 2015, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Spade, 2015).

3.6.2.3. Konsekwencje znaczeń płci

W teoriach związanych z konsekwencjami znaczeń płci kładzie się nacisk na to, jak np. cis- i heteronormy wpływają na konstruowanie inności osób niecisnormatywnych, jak i na to, że ich tożsamość jest niezrozumiała z perspektywy osób tych norm przestrzegających (Aguirre-Sánchez-Beato, 2020).

Pierwsza kategoria opisywana przez Aguirre-Sánchez-Beato (2020) to konstruowanie inności (*othering*). W tej perspektywie nie istotne jest to, jak dominacja cis- i heteronorm wpływa na podkreślanie inności (napiętnowanie) osób transpłciowych i niebinarnych, jako tych, których doświadczenia stoją w opozycji do tych norm (Currah, 2008; Gilbert, 2009; Winter, 2009; DePalma i Jennett, 2010; Meadow, 2010; Myers, 2010; Bailey, 2011, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Ansara i Hegarty, 2012; Cruz, 2014; Franco i Cicillini, 2015,

za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Loutzenheiser, 2015; Páez i in., 2015, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Rasmussen i in., 2015; Curtis, 2016, za: Aguirre -Sánchez-Beato, 2020; Dean i in., 2016; Lehtonen, 2016, za: Aguirre-Sánchez- -Beato, 2020).

Drugą kategorią (Aguirre-Sánchez-Beato, 2020) jest niezrozumiałość (*unintelligibility*): cis- i heteronormy nie pozwalają na adekwatne zrozumienie doświadczeń osób transpłciowych i niebinarnych, co powoduje, że z ich perspektywy niecisnormatywne narracje są niezrozumiałe (Bettcher, 2007, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Gilbert, 2009; Meadow, 2010; Missé i Coll- -Planas, 2010, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Bailey, 2011, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Nadal i in., 2012; Erni, 2013; Buist i Stone, 2014; Faúndes, 2015; Lasso Báez, 2014; Priola i in., 2014; Suess, 2014, za: Aguirre-Sánchez- -Beato, 2020; Molina Rodríguez i in., 2015, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Moulin de Souza i de PáduaCarrieri, 2015; Resende Alves i Costa Moreira, 2015, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020; Spade, 2015; Pacheco i Pacheco, 2016, za: Aguirre-Sánchez-Beato, 2020).

3.7. Doświadczenia transfobiczne

3.7.1. Dane ogólne

Kwestia dyskryminacji i przemocy doświadczanych przez osoby transpłciowe i niebinarne stanowi istotny przedmiot badań w literaturze dotyczącej funkcjonowania mniejszości płciowych. W zakresie konsekwencji uprzedzeń transfobicznych szczególnie analizowane są: doświadczenia przemocy fizycznej, psychicznej i seksualnej (Hill, 2002; Moran i Sharpe, 2004; Kenagy, 2005; Lombardi i in., 2002; Lombardi, 2009; Stotzer, 2009; Grant i in., 2011; Kryszk i Kłonkowska, 2012; McNeil i in., 2012; Wilson, 2013; Nuttbrock i in., 2014; Nuttbrock i in., 2015b; Barrientos i in., 2016; Sughra i Imran, 2016; Haynes i Schweppe, 2017; Scandurra i in., 2017; Scandurra, Vitelli i in., 2019; Sterzing, Gartner i in., 2017; Sterzing, Ratiff i in., 2017; Jamel, 2018; Stojanovski i in., 2018; Baumann i in., 2019; Alessi i in., 2020; Wirtz i in., 2020; Kurdyla i in., 2021), dyskryminacja w środowisku pracy (Clements i in., 1999; Sykes, 1999; Xavier i in., 2000; Lombardi i in., 2002; Irwin, 2002; Reback i in., 2001;

Minter i Daley, 2003; Xavier i in., 2005, 2007; San Francisco Bay Guardian and Transgender Law Center, 2006; Sugano i in., 2006; Whittle i in., 2007; Grant i in., 2011; Kryszk i Kłonkowska, 2012; Rivera i in., 2012; Smith i in., 2013; Scandurra i in., 2017; Scandurra i Bochicchio, 2018), placówkach edukacyjnych (Beemyn, 2003, 2005, 2012; Beemyn i in., 2005; Greytak i in., 2009; McGuire i in., 2010; Toomey i in., 2010; Grant i in., 2011; Russell i in., 2011; Kosciw i in., 2012, 2020; Kryszk i Kłonkowska, 2012; Mavhandu-Mudzusi, 2014; Mavhandu-Mudzusii Sandy, 2015; Reisner, Vetters i in., 2015; Reisner, Pardo i in., 2015; Earnshaw i in., 2016; Johnston, 2016; Rivers, 2017; Hoxmeier i Madlem, 2018; Smith 2018; Budge i in., 2019; Fenaughty i in., 2019; Byers i in., 2020), służbie zdrowia (Bauer i in., 2009; Coker i in., 2009; Grant i in., 2011; Kryszk i Kłonkowska, 2012; Benson, 2013; Roche i Keith, 2014; Macapagal i in., 2016; Romanelli i Hudson, 2017; Whitehead, 2017; Baldwin i in., 2018; Heng i in., 2018; Hughto, Pachankis i Reisner., 2018; Samuel i in., 2018; Cicero i in., 2019; Hudson, 2019; Kcomt, 2019; White i Fontenot, 2019; Ayhan i in., 2020; Johnson, Hill i in., 2020; Layland i in., 2020; Meyer i in., 2020; Carlström i in., 2021) czy wymiarze sprawiedliwości oraz innych publicznych instytucjach (Lombardi i in., 2002; Brown, 2010; Trotter, 2010; Grant i in., 2011; Stanley i Smith, 2011; Erni, 2013; Buist i Stone, 2014; Gleason i in., 2016; Hughto, Clark i in., 2018).

W dostępnej literaturze większość badaczy wskazuje na bardzo częste doświadczanie dyskryminacji i przemocy motywowanych transfobią przez osoby z mniejszości płciowych – w środowisku rodzinnym oraz w takich obszarach, jak służba zdrowia, najem mieszkania, środowisko pracy, miejsce nauki, wymiar sprawiedliwości i różne inne przestrzenie publiczne (Namaste, 2006; Cavanagh, 2010; Grant i in., 2011; Mogul i in., 2011; Boza i Nicholson Perry, 2014; McCann i Brown, 2017; Jamel, 2018; Scandurra i Bochicchio, 2018; Swales, 2018; Ayhan i in., 2020; Kosciw i in., 2020; Verbeek i in., 2020; Davis i Yeung, 2022). Dyskryminacja oraz przemoc motywowane uprzedzeniami wobec mniejszości płciowych i ich konsekwencje dla osób transpłciowych i niebinarnych zdają się być tym większe w dobie pandemii COVID-19 i związanych z nią następstwami w postaci izolacji, rosnących trudności psychicznych oraz napięć społecznych (Gibb i in., 2020; Kneale i Becares, 2020; Philips i in., 2020; Salerno i in., 2020; Thankachan i in., 2020; Kidd i in., 2021) czy inwazją Rosji na Ukrainę (Rada Europy, 2022).

3.7.2. Przemoc fizyczna

Badania wskazują na bardzo częste doświadczanie przemocy fizycznej przez osoby z mniejszości płciowych (Lombardi i in., 2002; Reed i in., 2009; Grant i in., 2011; Kryszk i Kłonkowska, 2012; McNeil i in., 2012; Ellis i in., 2012; Scandurra i in., 2017; Malta i in., 2020)

Lombardi i współpracowniczki (2002) wskazały, że prawie 20% badanych padło ofiarą pobicia, ponad 10% zostało zaatakowanych bronią. Z kolei w badaniu przeprowadzonym przez Reeda i współpracowników (2009) wśród osób transpłciowych i niebinarnych z Wielkiej Brytanii jedna czwarta badanych zdeklarowała, że doświadczyła przemocy fizycznej.

Podobne dane podają Kryszk i Kłonkowska (2012); 15,2% badanych osób transpłciowych i niebinarnych doświadczało potrącania, szarpania lub kopania, z kolei 9,8% respondentów doświadczyło pobicia, a 1,8% padło ofiarą ataku z wykorzystaniem broni. Badania przeprowadzone przez McNeil i współpracowników (2012) w Szkocji wykazały niemal dwukrotnie wyższy odsetek pobić w stosunku do badań Kryszk i Kłonkowskiej. Odzwierciedla to ogólną tendencję utrzymującą się w Wielkiej Brytanii (Reed i in., 2009; Ellis i in., 2016). Włoskie badania Scandurry i współpracowników (2017) wskazują na niemal dwukrotnie wyższy procent osób badanych, które doświadczyły różnego rodzaju przemocy fizycznej, w porównaniu do badań polskich (Kryszk i Kłonkowska, 2012).

Zgodnie z badaniami przeprowadzonymi przez Newcomb i współpracowników (2020) wśród transpłciowych nastolatków oraz młodych dorosłych w ciągu pół roku każdy z nich doświadczył co najmniej jednego incydentu przemocowego. Z kolei poziom przemocy doświadczanej przez osoby transpłciowe w Brazylii zdaje się być jednym z wyższych w analizowanych badaniach – według Malty i współpracowników (2020) 40% badanych doświadczyło pobicia.

3.7.3. Przemoc psychiczna

Wiele osób transpłciowych i niebinarnych doświadcza przemocy psychicznej motywowanej ich przynależnością do mniejszości płciowych, poczynając od wyśmiewania, przez obrażanie, deadnaming, misgendering, po pogróżki i szantaż (Grant i in., 2011; Kryszk i Kłonkowska, 2012; McNeil i in., 2012; Chang i Chung,

2015; McLemore, 2015; Cannon i in., 2017; Sterzing, Gartner i in., 2017; Jamel, 2018; McLemore, 2018; Arayasirikul i Wilson, 2019; Powell i in., 2020). W badaniu Lombardi i współpracowników (2002) 55,5% badanych doświadczyło obrażania/poniżania/pogróżek w ciągu życia, a 22,9% doświadczyło stalkingu.

Osoby uczestniczące w badaniu przeprowadzonym przez Kryszk i Kłonkowską (2012) zadeklarowały częste doświadczanie zaczepek / agresji słownej (39,3%), 13,4% doświadczyło pogróżek, 35,8% – poniżania/ośmieszania/obrażania. Osoby badane również zgłaszały, że rozpowszechniane były nieprzychylne opinie na ich temat (27,7%) oraz szantażowano je (2,7%) (Kryszk i Kłonkowska, 2012). Podobne dane prezentuje McNeil wraz ze współpracownikami (2012) w badaniu przeprowadzonym w Szkocji. Znacząco wyższą częstość doświadczania przemocy psychicznej przez osoby z mniejszości płciowych z terenów Włoch odnotowuje Scandurra wraz ze współpracownikami (2017) – 71,8% badanych zdeklarowało, że było ofiarami takiej przemocy.

Interesujące w dobie postępującej cyfryzacji, między innymi życia społecznego, są badania Cannon i współpracowników (2017) oraz Powell i współpracowników (2020). W tych ostatnich badano poziom przemocy doświadczanej w internecie przez osoby transpłciowe i niebinarne, jak również zaprezentowano dane pokazujące skalę tego zjawiska. 60,0% badanych dostało obraźliwe wiadomości dotyczące tego, jak doświadczają swojej płci, z podobną częstotliwością osoby badane dostawały obraźliwe wiadomości dotyczące ich seksualności, 33,3% grożono zastosowaniem wobec nich przemocy seksualnej (66,3% – przemocy fizycznej), 56,7% doświadczyło napastowania seksualnego (Powell i in., 2020).

3.7.4. Przemoc seksualna

Dostępne badania przeprowadzone wśród osób z mniejszości płciowych wskazują na wysoki poziom doświadczanej przemocy seksualnej – od zaczepek o charakterze seksualnym po gwałty (Lombardi i in., 2002; Kenagy, 2005; Kryszk i Kłonkowska, 2012; Cense i in., 2017; Coulter i in., 2017; Scandurra i in., 2017; Beckman i in., 2018; Matsuzaka i Koch, 2019; Cogan i in., 2020; Kolp i in., 2020). Widoczne jest to w badaniach przeprowadzonych przez Kenagy (2005): 30% badanych osób transmęskich i 69% osób transkobiecych doświadczyło gwałtu; w tym badaniu jako jednym z pierwszych zaobserwowano dysproporcję pomiędzy płciami w tym zakresie.

Na gruncie polskim informacje na temat przemocy seksualnej doświadczanej przez osoby z mniejszości płciowych mamy dzięki badaniu Kryszk i Kłonkowskiej (2012); 10,8% badanych było ofiarą zaczepek naruszających granice cielesne, 4,5% – próby gwałtu, a 1,8% – gwałtu. Podobne dane zaprezentowali McNeil i współpracownicy (2012) oraz Scandurra i współpracownicy (2017).

Z kolei badania przeprowadzone w Holandii przez Cense i współpracowników (2017) wskazały, że około 30% badanych doświadczyło przemocy seksualnej; jest to częstotliwość znacząco wyższa niż we wcześniej przytoczonym badaniu z Polski, Szkocji i Włoch. Biorąc pod uwagę bardziej sprzyjający osobom z mniejszości płciowych klimat socjopolityczny panujący w Holandii, można podejrzewać, że dane z Polski, Szkocji i Włoch są niedoszacowane (Cense i in., 2017).

Nowsze badania (Cogan i in., 2020; Kolp i in., 2020) wskazują na jeszcze wyższy poziom doświadczanej przemocy seksualnej przez osoby transpłciowe i niebinarne – między 77,0% a 97,4% badanych deklaruje co najmniej jeden taki incydent.

Obserwowana tendencja wzrostowa dotycząca zgłaszanej przemocy seksualnej (Lombardi i in., 2002; Kenagy, 2005; Kryszk i Kłonkowska, 2012; Cense i in., 2017; Coulter i in., 2017; Scandurra i in., 2017; Cogan i in., 2020; Kolp i in., 2020) (jak również psychicznej i fizycznej) może wynikać nie tylko z faktycznego jej wzrostu (np. spowodowanego zmianą klimatu socjopolitycznego), ale także z większej gotowości osób z mniejszości płciowych do jej zgłaszania (Jamel, 2018; Erickson-Schroth i in., 2020).

3.7.5. Środowisko rodzinne, osób bliskich

Dostępna literatura poświęcona problemowi dyskryminacji i przemocy motywowanych transfobią doświadczanych przez osoby transpłciowe i niebinarne prezentuje alarmujące wyniki, wskazujące na częste doświadczenia odrzucenia lub nieafirmacji po ujawnieniu swojego statusu mniejszościowego (Tjaden i Thoennes, 2000; Grossman i in., 2005; Grant i in., 2011; Kryszk i Kłonkowska, 2012; Galupo, Henisei Davis, 2014; Galupo, Krum i in., 2014; Galupo, Bauerband i in., 2014; Coulter i in., 2015; Pyne i in. 2015; Langenderfer-Magruder i in., 2016; Barbir i in., 2017; Garthe i in., 2018; Goldenberg i in., 2018; Henry i in., 2018).

Grant i współpracownicy (2011) odnotowali, że 40% osób transpłciowych uczestniczących w badaniu spotkało się z odrzuceniem po coming outcie wśród rodziny – rodzice lub inni członkowie rodziny zerwali kontakt z transpłciowym/transpłciową krewnym/krewną, 58% straciło przyjaciół i znajomych. W kontekście bliskich związków romantycznych – 45% respondentów zadeklarowało, że po ich coming outcie ich związek się zakończył. W badaniu zaobserwowano też zależność pomiędzy wiekiem podjęcia się tranzycji a częstotliwością rozpadu związku – osoby, które wcześniej podjęły się jej, rzadziej doświadczały rozpadu związku niż te, które podejmowały się tranzycji później w życiu; częściej rozstania doświadczały transkobiety. Z kolei przemocy domowej motywowanej transfobią doświadczyło 19% respondentów (Grant i in., 2011).

Kryszk i Kłonkowska (2012) w badaniu z udziałem osób transpłciowych i niebinarnych w Polsce zebrali niepokojące dane – spośród osób, które doświadczyły przemocy, osoby badane najczęściej doświadczały jej ze strony rodziców (24,7% – ze strony matki, 10,8% – ze strony ojca, 8,9% – ze strony dziecka, a w wypadku 16,2% badanych sprawcą/sprawczynią była inna osoba z rodziny), z kolei prawie 24% spotkało się z przemocą ze strony przyjaciół. Podobny procent respondentów w badaniu Galupo, Krum i współpracowników (2014) doświadczył negatywnych reakcji, przemocy ze strony przyjaciół w momencie ujawnienia swojego statusu mniejszościowego. W kontekście doznawanej przemocy motywowanej uprzedzeniami wobec osób transpłciowych i niebinarnych badania (James i in., 2016; Langenderfer-Magruder i in., 2016; Garthe i in., 2018; Goldenberg i in., 2018) wskazują na bardzo wysoki odsetek osób z mniejszości płciowych, która jej doznaje – od 42% do 54%.

3.7.6. Placówki świadczące usługi medyczne

Od wielu lat poruszana jest kwestia barier w dostępie do profesjonalnej pomocy medycznej dla osób transpłciowych i niebinarnych (Nemoto i in., 2005; Bauer i in., 2009; Coker i in., 2009; Landers i Gilsanz, 2009; Grant i in., 2011; Kryszk i Kłonkowska, 2012; Benson, 2013; Stotzer i in., 2013; Hagen i Galupo, 2014; Roche i Keith, 2014; Kattari i in., 2015; Lyons i in., 2015; Ożarowska, 2015; Seelman, 2015; Macapagal i in., 2016; Winter i in., 2016; Vogelsang i in., 2016; Rodríguez-Madera i in., 2017; Romanelli i Hudson, 2017; Whitehead, 2017; Baldwin i in., 2018; Heng i in., 2018; Hughto, Clark i in., 23017; Hughto,

Pachankis i in., 2018; Samuel i in., 2018; Casey i in., 2019; Cicero i in., 2019; Hudson, 2019; Kcomt, 2019; White i Fontenot, 2019; Ayhan i in., 2020; Johnson, Hill i in., 2020; Layland i in., 2020; Meyer i in., 2020; Holland i in., 2024; MacDougall i in., 2024), w tym postawy wobec mniejszości płciowych wśród pracowników służby zdrowia (Franzini i Casinelli, 1986; Fleisher i Erickson, 2016; Acker, 2017; Fisher, Fried i in., 2017; Brown i in., 2018; Dolan i in., 2020; Lee, Kim i in., 2020; Matthews i in., 2020; Powell i Cochran, 2020; Soled i in., 2022), gotowości do świadczenia usług medycznych osobom niecisnormatywnym (Glick i in., 2018; Shires i in., 2018a, 2018b; Vijay i in., 2018) oraz poziomu wiedzy na temat transpłciowości wśród służby medycznej (Lutwak i in., 2014; Bauer i in., 2015; Clark i in., 2017; Luvuno i in., 2017).

W badaniu Grant i współpracowników (2011) przeprowadzonym wśród osób transpłciowych i niebinarnych zamieszkujących Stany Zjednoczone 28% respondentów wskazało, że nie skorzystało z pomocy służby zdrowia w sytuacji choroby czy innych trudności zdrowotnych i ten sam procent osób uczestników/uczestniczek doświadczył prześladowania lub przemocy motywowanej transfobią ze strony pracowników służby zdrowia. Z kolei 19% respondentów odmówiono pomocy medycznej (Grant i in., 2011).

Badania zrealizowane w Polsce przez Kryszk i Kłonkowską (2012) wśród osób transpłciowych i niebinarnych wskazały, że 12,5% respondentów było przez lekarza prowadzącego traktowanych jako osoby zaburzone lub zboczone, a 10,4% – jako chore, budzące politowanie lub wymagające opieki. Z kolei 12,1% doświadczyło gorszego traktowania lub odmowy świadczenia usług w kontaktach ze służbą zdrowia niezwiązanych z procesem tranzycji (Kryszk i Kłonkowska, 2012).

Bradford wraz ze współpracownikami (2013) przeprowadził badanie w populacji osób z mniejszości płciowych zamieszkujących stan Virginia w Stanach Zjednoczonych; zgodnie z uzyskanym wynikiem, 27% respondentów doświadczyło dyskryminacji motywowanej transfobią ze strony pracowników służby zdrowia. Z kolei około 15% respondentów czuło się niekomfortowo, rozmawiając ze swoim lekarzem na tematy zdrowotne związane z transpłciowością (Bradford i in., 2013).

Kosenko i współpracownicy (2013) wykazali, że 31,5% badanych doświadczyło braku wrażliwości na kwestie płci ze strony personelu medycznego, 28,7% zaobserwowało dyskomfort (związany z ich niecisnormatywnością) u pracownika służb medycznych podczas badania, 21,0% spotkało się z odmową

świadczenia pomocy medycznej, 7,0% – niską jej jakością 4,9% – lub jej wymuszeniem, a 7,0% doświadczyło przemocy psychicznej ze strony pracowników służby zdrowia.

W badaniach przeprowadzonych przez Ellis i współpracowników (2015) 29% osób korzystających z usług specjalistów zdrowia psychicznego pracujących w ramach narodowego funduszu zdrowia w Wielkiej Brytanii stwierdziło, że ich tożsamość płciowa (i związana z nią doświadczana niezgodność) była traktowana jako symptom zaburzeń psychicznych.

Kattari i Hasche (2015) badały częstotliwość incydentów dyskryminacji, przemocy psychicznej oraz fizycznej doświadczanych przez osoby transpłciowe i niebinarne w kontaktach ze służbą zdrowia, w których doświadczyło ich, odpowiednio, 23,6%, 26,7% i 2,0% badanych. Najczęściej dyskryminacji, przemocy fizycznej i psychicznej doświadczały osoby do 35. roku życia (Kattari i Hasche, 2015).

Z kolei Kattari i współpracownicy (2015) w swoim badaniu przeprowadzonym w grupie ponad 6000 osób transpłciowych zaobserwowali, że 20,4% respondentów doświadczyło dyskryminacji w sytuacji, gdy chciało uzyskać pomoc medyczną w szpitalu lub gabinetach lekarskich, 4,6% – ze strony medyków pracujących w karetkach oraz 11,9% – na pogotowiu.

Ożarowska (2015) na podstawie badania dotyczącego polskiej populacji osób transmęskich uczęszczających do ginekologa dowiodła, że 10% z nich spotkało się z nieprofesjonalnymi komentarzami dotyczącymi ich transpłciowości, natomiast 5% odmówiono wizyty z powodu ich statusu mniejszościowego.

Badania Reisner, Vetters i współpracowników (2015) pokazały, że 14,1% transmężczyzn doświadczyło odmowy świadczenia usług medycznych, 39,1% – opóźniania rutynowych badań kontrolnych a 32,8% respodentów – odmowy świadczenia usług w sytuacji choroby lub urazu.

Zbadania przeprowadzonego w Wielkiej Brytanii przez Shires i Jaffee (2015) wynika, że 41,8% osób transmęskich spotkało się z werbalnym atakiem, fizyczną przemocą, odmową świadczenia usług w szpitalu lub gabinecie lekarskim.

Zgodnie z danymi zebranymi przez Hibberta i współpracowników (2018) w Wielkiej Brytanii wśród populacji osób zakażonych wirusem HIV, 48% osób transpłciowych i niebinarnych biorących udział w tym badaniu było inaczej traktowanych niż osoby cispłciowe w kontaktach ze służbą zdrowia, a 41% – było przekonanych o tym, że status mniejszościowy wpłynął na odmówienie im świadczenia usług medycznych.

Rodriguez i współpracownicy (2018) zaobserwowali, że 33,1% respondentów mieszkających w Stanach Zjednoczonych doświadczyło dyskryminacji motywowanej transfobią w placówce ochrony zdrowia. Z czego 14,5% doświadczyło jej w klinice zdrowia psychicznego, 28,7% – w szpitalu lub gabinecie lekarskim, 16,8% – na pogotowiu, od 4% do 7% – w centrum pomocy ofiarom przemocy seksualnej, przemocy domowej lub ośrodku uzależnień (Rodriguez i in., 2018).

Badanie przeprowadzone również w Stanach Zjednoczonych, przez Goldberg, Kuvalanka i współpracowników (2019), w populacji studentów wskazało, że 6% z nich spotkało się z zachowaniami nieafirmującymi ich płciowość przez psychoterapeutów, 80,9% doświadczyło misgenderowania z ich strony. W wypadku kontaktu z lekarzami – 18,3% doświadczyło nieafirmujących zachowań, zaś wobec 66,5% używano nieprawidłowej formy rodzajowej (Goldberg, Kuvalanka i in., 2019).

Z kolei w badaniu przeprowadzonym przez Howard i współpracowników (2019) na populacji różnorodnych etnicznie osób transpłciowych, 33% respondentów wskazało, że świadczone im usługi były niższej jakości z powodu ich przynależności do mniejszości płciowych, 20% – przypisywało to rasizmowi specjalisty/specjalistki, 20% – jego/jej uprzedzeniom wobec osób nieheteronormatywnych, a 13% – uznało istotność wszystkich tych czynników.

Kattari i współpracownicy (2021) zaobserwowali, że wobec 5,1% respondentów pracownik służby zdrowia używał obraźliwego języka, wobec 1,9% w zachowaniu przejawiał fizyczny brak delikatności, 5,8% doświadczyło z jego/jej strony przemocy psychicznej, a 1,2% – przemocy seksualnej. Uwzględnione zostały również różnice w częstotliwości doświadczanych incydentów motywowanych transfobią w służbie zdrowia – spośród osób transpłciowych i niebinarnych binarne osoby transkobiece doświadczały najwięcej sytuacji, w których specjalista stosował przemoc fizyczną, psychiczną lub seksualną (Kattari i in., 2021).

3.7.7. Wymiar sprawiedliwości oraz inne instytucje publiczne

Niewielki procent literatury poświęconej dyskryminacji osób transpłciowych i niebinarnych dotyczy doświadczeń tych osób w kontaktach z wymiarem sprawiedliwości (Lombardi i in., 2002; Brown, 2010; Trotter, 2010; Grant i in., 2011; Stanley i Smith, 2011; Erni, 2013; Buist i Stone, 2014; Gleason i in., 2016;

Hughto, Clark i in., 2018) czy innymi instytucjami publicznymi (Kryszk i Kłonkowska, 2012; Bieńkowska, 2013; Kattari i in., 2017; Klein i in., 2018).

Według badania zrealizowanego przez Lombardi i współpracowników (2002) wśród osób transpłciowych i niebinarnych ze Stanów Zjednoczonych, 7,7% respondentów było niesprawiedliwie aresztowanych przez funkcjonariuszy policji.

Alarmujące dane zostały przedstawione przez Granta i współpracowników (2011), którzy przeprowadzili badania wśród osób transpłciowych i niebinarnych zamieszkujących Stany Zjednoczone: do 38% badanych doświadczyło nękania ze strony funkcjonariuszy policji motywowanej uprzedzeniami wobec osób z mniejszości płciowych, 20% odmówiono równego traktowania w konflikcie z osobami cispłciowymi, do 41% doświadczyło uwięzienia wyłącznie w związku ze swoim statusem mniejszościowym. Wśród osób badanych, które przebywały w zakładach karnych, 37% doświadczało prześladowania ze strony strażników więziennych, 35% – ze strony współwięźniów (Grant i in., 2011). 15% osób, które odbywało karę więzienia, doświadczyło przemocy fizycznej, 16% – przemocy seksualnej. W kontekście dyskryminacji doświadczanej ze strony funkcjonariuszy policji dane zaprezentowane przez McNeil i współpracowników (2012) dotyczące Szkocji – wskazują na jej stosunkowo niższy odsetek (14%).

Z kolei badania przeprowadzone przez Delgado i Castro (2014) w Chile wśród osób transkobiecych pokazały jeszcze wyższy poziom przemocy i dyskryminacji ze strony służb porządkowych – 70% respondentów miało takie doświadczenia.

Zgodnie z danymi przedstawionymi przez Kryszk i Kłonkowską (2012), 16,0% badanych osób transpłciowych i niebinarnych doświadczyło dyskryminacji w instytucjach publicznych i urzędach, a 24,6% doznało jej w kontakcie z przedstawicielami związku wyznaniowego.

3.7.8. Miejsce edukacji

Wiedza na temat doświadczanej dyskryminacji i przemocy w środowisku szkolno-uniwersyteckim doświadczanej przez osoby transpłciowe i niebinarne jest ograniczona, jednak dostępne dane zdają się alarmujące (Beemyn, 2003, 2005, 2012; Beemyn i in., 2005; Greytak i in., 2009; Grossman i in., 2009; McGuire i in., 2010; Toomey i in., 2010; Grant i in., 2011; Russell i in., 2011;

Sohalili, 2011; Kosciw i in., 2012, 2020; Kryszk i Kłonkowska, 2012; Toomey i in., 2013; Mavhandu-Mudzusi, 2014; Seelman, 2014; Mavhandu-Mudzusi i Sandy, 2015; Reed i in., 2015; Reisner, Vetters i in., 2015; Earnshaw i in., 2016; Johnston, 2016; Kasai, 2016; Rivers, 2017; Hoxmeier i Madlem, 2018; Smith 2018; Budge i in., 2019; Dimant i in., 2019; Fenaughty i in., 2019; Klemmer, 2019; Martinez-Velez i in., 2019; Byers i in., 2020; Johnson, LeBlanc i in., 2020).

Zgodnie zbadaniem przeprowadzonym przez Granta i współpracowników (2011) wśród osób transpłciowych i niebinarnych zamieszkujących Stany Zjednoczone – 78% badanych doświadczało prześladowania motywowanego ich statusem mniejszościowym, 35% doświadczało przemocy fizycznej, a 12% – przemocy seksualnej w środowisku związanym ze swoim miejscem nauki, 31% doświadczyło dyskryminacji ze strony pracowników placówki edukacyjnej. 15% doświadczyło takiego poziomu prześladowania w szkole lub na uczelni, że zdecydowało się na rezygnację z kontynuowania nauki. 19% badanych, którzy ujawnili swój status mniejszościowy, doświadczyło trudności z uzyskaniem miejsca w akademiku w częściach przeznaczonych dla osób płci, z którą się identyfikują, natomiast 5% odmówiono stancji na terenie kampusów w ogóle (Grant i in., 2011).

Kosciw i współpracownicy (2012) zrealizowali badanie dotyczące doświadczeń motywowanych uprzedzeniami wobec mniejszości płciowych i seksualnych wśród uczniów ze Stanów Zjednoczonych w środowisku szkolnym: 71,3% bardzo często doświadczało homofobicznych odzywek ze strony uczniów, 61,4% – obraźliwych uwag dotyczących ekspresji płciowej ze strony rówieśników, w wypadku nauczycieli częstotliwości te wynosiły odpowiednio 1,0% i 2,6%. W tym badaniu również 12,4% uczestników stwierdziło, że doświadczyło przemocy fizycznej motywowanej ich niecisnormatywną ekspresją płciową, a 8,9% – przemocy seksualnej (Kosciw i in., 2012).

Szczególnie ciekawe zdaje się badanie Kryszk i Kłonkowskiej (2012) dotyczące osób transpłciowych i niebinarnych z Polski – 6,2% bardzo często doświadczało gorszego traktowania w miejscu edukacji ze względu na swój status mniejszościowy, 16,9% czasami, 27,7% nigdy, natomiast 49,2% badanych nie dokonywało coming outu w szkole lub na uczelni. Spośród osób doświadczających dyskryminacji motywowanej transfobią w miejscu nauki osoby badane doświadczały kpin lub przykrości ze strony nauczycieli lub wychowawców (odpowiednio – 26,9% i 11,5%), gorszego traktowania natomiast – 19,2% respondentów. Najwięcej przykrości i kpin doświadczali ze strony uczniów lub innych

studentów (42,3%). W kontekście prześladowania ze strony nauczycieli badania Reed i współpracowników (2015) zaprezentowały zbliżone częstotliwości takich doświadczeń.

Znacząco częstsze występowanie dyskryminacji i przemocy zostały zaobserwowane w badaniu zrealizowanym przez Reisner, Vetters i współpracowników (2015) wśród amerykańskiej młodzieży transpłciowej i niebinarnej w wieku szkolnym, które wskazały, że 82,6% badanych osób doświadczało prześladowania.

Natomiast badania przeprowadzone przez Hoxmeier i Madlem (2018) wśród studentów w Stanach Zjednoczonych wykazały, że 18,8% osób z mniejszości doświadczyło dyskryminacji motywowanej transfobią, 32,8% – dyskryminacji wpływającej na proces nauki, 4,8% – przemocy fizycznej, 27,2% było celem gróźb, 9,7% padło ofiarą stalkingu, a ponad 25% doświadczyło przemocy seksualnej.

Interesujące jest również badanie zrealizowane przez Fenaughty'ego i współpracowników (2019) ze względu na to, że dotyczyło między innymi osób należących do trzeciej płci. Dane wskazały, że 13,8% badanych uczniów z nowozelandzkich szkół przynależących do mniejszości płciowych doświadczyło dyskryminacji motywowanej uprzedzeniami wobec osób z mniejszości płciowych (osób transpłciowych, genderqueer, *fa'afafine*, *tangatairatane*, *whakawahine*) (Fenaughty i in., 2019).

Kosciw i współpracownicy (2020) w badaniu przeprowadzonym w Stanach Zjednoczonych dotyczącym doświadczeń motywowanych uprzedzeniami wobec mniejszości płciowych i seksualnych wśród uczniów w środowisku szkolnym zebrali alarmujące dane: 54,4% respondentów bardzo często doświadczało ze strony rówieśników homofobicznych odzywek, a 43,7% – obraźliwych uwag dotyczących ekspresji płciowej; w wypadku nauczycieli częstotliwości te wynosiły odpowiednio 52,4% i 66,7%. W tym badaniu 9,5% uczestników stwierdziło, że doświadczyło przemocy fizycznej w szkole motywowanej ich niecisnormatywną ekspresją płciową, a 58,3% – przemocy seksualnej (Kosciw i in., 2020).

3.7.9. Środowisko pracy

Drugim co do liczności badań i literatury specyficznym środowiskiem, które jest analizowane w kontekście doświadczania dyskryminacji motywowanej transfobią przez osoby transpłciowe i niebinarne, jest środowisko pracy.

Dostępna literatura dotyczy przede wszystkim częstotliwości takich doświadczeń (Clements i in., 1999; Sykes, 1999; Xavier i in., 2000, 2005, 2007; Lombardi i in., 2002; Irwin, 2002; Reback i in., 2001; Minter i Daley, 2003; San Francisco Bay Guardian and Transgender Law Center, 2006; Sugano i in., 2006; Whittle i in., 2007; Grant i in., 2011; Kryszk i Kłonkowska, 2012; Rivera i in., 2012; Movement Advancement Project, 2013; Smith i in., 2013; Jakubowski, 2017a; Scandurra i Bochicchio, 2018; Davis i Yeung, 2022; Cancela i in., 2024), ich charakteru i sposobów radzenia sobie z nimi (Dietert i Dentice, 2009; Budge i in., 2010; Dispenza i in., 2012; Sawyer i in., 2016; Mizock i in., 2018; Doroszkiewicz, 2019; Waite, 2020), a także potencjalnych działań i praktyk antydyskryminacyjnych (Schilt i Connell, 2007; O'Neil i in., 2008; Doroszkiewicz, 2019). Wykazno, że osoby transpłciowe i niebinarne muszą stale negocjować swoją płeć w środowisku pracy – nie tylko tuż po ujawnieniu w nim swojego statusu mniejszościowego (Schilt i Connell, 2007; O'Neil i in., 2008; Jakubowski, 2017a).

Badania Clements i współpracowników (1999) przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych wykazały, że 46% osób transkobiecych i 57% osób transmęskich doświadczyło utraty pracy lub trudności z zatrudnieniem, które miały wynikać z ich przynależności. Wartości w podobnym przedziale, od 20% do 57%, stwierdzono również w innych badaniach dotyczących Ameryki Północnej i Południowej (Minter i Daley, 2003; Lombardi i in., 2002; Reback i in., 2001; San Francisco Bay Guardian and Transgender Law Center, 2006; Sugano i in., 2006; Sykes, 1999; Xavier i in., 2000, 2005, 2007; Grant i in., 2011; Delgado i Castro, 2014; Waite, 2020). Z kolei Irwin (2002) zaprezentował jeszcze bardziej alarmujące dane: trzy czwarte badanych doznawało nieprzyjemności po ujawnieniu swojego statusu mniejszościowego lub też gdy współpracownicy podejrzewali, że są oni/one osobami transpłciowymi lub niebinarnymi.

Zgodnie zbadaniem San Francisco Bay Guardian and Transgender Law Center (2006) obejmującym osoby z mniejszości płciowych, doświadczały one deadnamingu i misgenderingu w miejscu pracy (32%), utrudnienia w dostępie do toalet dla płci, z którą się identyfikują (14%), ograniczenia dostępu do zapewnianych przez zakład pracy usług medycznych (11%), nietaktownych pytań o podjęte interwencje chirurgiczne afirmujące płeć (12%), a prawie co czwarta osoba doświadczyła przemocy seksualnej. Whittle i współpracownicy (2007) wykazali, że 42% osób badanych nie funkcjonujących w roli płciowej, z którą się identyfikują, w środowisku pracy tak postępowało z powodu obaw przed

utratą pracy lub innymi nieprzyjemnościami, które mogłyby doświadczyć po ujawnieniu swojego statusu mniejszościowego.

Jedne z nielicznych badań dotyczących sytuacji osób transpłciowych i niebinarnych w środowisku pracy w Polsce przeprowadziły Kryszk i Kłonkowska (2012). Badania te wskazują na wysoki poziom dyskryminacji i przemocy motywowanej uprzedzeniami wobec mniejszości płciowych. Dyskryminacji w środowisku pracy lub podczas procesu rekrutacji doświadczyło prawie 60% osób uczestniczących w badaniu (Kryszk i Kłonkowska, 2012). Z czego pozostałe 40% nie doświadczyło dyskryminacji, ponieważ nie ujawniło swojego statusu mniejszościowego. Spośród osób badanych, które doświadczyło przemocy fizycznej, prawie 19% doświadczyło jej w miejscu pracy. W kontekście przemocy psychicznej zgłaszano stawianie wyższych wymogów w porównaniu do pracowników cispłciowych czy wykluczenie z grupy pracowniczej (14,3%), zwolnienie z pracy lub odmowę awansu (7,1%), zmuszenie do zmiany miejsca i/lub stanowiska pracy (3,6%) (Kryszk i Kłonkowska, 2012).

Badania przeprowadzone we Włoszech przez Scandurrę i współpracowników (2017) wskazały na jeszcze wyższy odsetek osób transpłciowych lub niebinarnych doświadczających trudności ze znalezieniem pracy – było to 70%.

3.8. Czynniki wpływające na poziom doświadczania transfobii oraz strategie radzenia sobie z nią

3.8.1. Czynniki wpływające na poziom doświadczania transfobii

Ważne z perspektywy doświadczanej transfobii są również czynniki wpływające na jej intensywność oraz częstotliwość związane z funkcjonowaniem samych osób transpłciowych i niebinarnych. Parr i Howe (2020) wyróżniają dwie grupy takich czynników, które mogą zwiększać lub zmniejszać intensywność doświadczanej transfobii – poziom tzw. passingu, aspekty fizjologicznego funkcjonowania i ekspresji płciowej oraz dostęp do zasobów finansowych. W tym równie ważne są inne czynniki socjodemograficzne, jak kolor skóry czy przynależność etniczna, oraz pominięte we wspomnianej typologii znaczenie przynależności do innych grup mniejszościowych, wieku, przebywania w miejscach bez antydyskryminacyjnej legislacji, z taką legislacją lub z legislacją, która wzmacnia dyskryminację (Lombardi, 2002; Blosnich i in., 2016; Gleason i in., 2016).

Pierwsza grupa czynników wpływających na doświadczanie transfobii dotyczy tych aspektów funkcjonowania osób transpłciowych i niebinarnych, które modyfikują zdolność jednostki do ukrywania swojej przynależności do mniejszości płciowych (Parr i Howe, 2020). W tym kontekście istotny jest wspominany już wcześniej passing – czyli bycie identyfikowanym/identyfikowaną przez otoczenie jako przedstawiciel/przedstawicielka płci, z którą jednostka się identyfikuje. Umiejętność oraz pewna gotowość do ukrywania swojego statusu związanego z przynależnością do mniejszości płciowych mają ograniczać doświadczaną transfobię (Lombardi, 2009; Gerhardstein i Anderson, 2010; Sevelius, 2013; Xavier i in., 2013; Gamarel i in., 2014; Heylens, Verroken i in., 2014; Miller i Grollman, 2015; Begun i Kattari, 2016; Sun i in., 2016; Flores i in., 2020; Parr i Howe, 2020).

Problematyczne w tym wypadku jest traktowanie tego czynnika jako jednoznacznie pozytywnego w życiu wszystkich osób transpłciowych, a zwłaszcza niebinarnych. Osoby identyfikujące się *stricte* binarnie mogą dążyć do maksymalnego wpasowania się w normy kulturowe dotyczące płci, z którą się identyfikują (Miller i Grollman, 2015). Koncepcja passingu może nasilać doświadczane zinternalizowane piętno przynależności do mniejszości płciowych jako potencjalnie trudnego do osiągnięcia stanu rzeczy. O passingu mówi się w kontekście wpasowania się w cisnormatywne oczekiwania dotyczące identyfikacji, ról i ekspresji płciowej opartych na binarnym podziale na kobiety i mężczyzn. Biorąc to pod uwagę, zwłaszcza w wypadku osób identyfikujących się niebinarnie lub o ekspresji płciowej odbiegającej od cisnormy, może nie być stanem oczekiwanym, powodować dyskomfort lub cierpienie (Budge i in., 2019; Scandurra i in., 2020).

Kolejnym czynnikiem modyfikującym doświadczanie transfobii jest ujawnianie swojej przynależności do mniejszości płciowych (Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017). Wyjawianie informacji o swojej transpłciowości lub też niebinarności niesie różne konsekwencje. Z jednej strony może ono dotyczyć sytuacji, gdy jednostka funkcjonuje w roli przypisanej po urodzeniu, z drugiej – gdy funkcjonuje w tzw. trybie *stealth*, czyli żyje w roli płciowej, z którą się identyfikuje, jednocześnie nie wyjawiając swojej przynależności do mniejszości płciowych.

W obu sytuacjach osoby transpłciowe mogą doświadczać cierpienia ze względu na poczucie konieczności ukrywania się. Może to wzmacniać cierpienie związane z poczuciem napiętnowania („skoro muszę się ukrywać to znaczy,

że jest ze mną coś nie tak") (Simon i in., 2011), poczuciem niebycia sobą czy też braku autentyczności w funkcjonowaniu, z lękiem przed przypadkowym ujawnieniem oraz jego negatywnymi konsekwencjami (również przed wyautowaniem jeśli, w niektórych środowiskach dokonała coming outu) czy obawami związanymi z potencjalnym obarczaniem innych konsekwencjami swojego piętna (Rundall i Vecchietti, 2010; Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017).

Dokonywanie coming outu może wiązać się również z negatywną reakcją, poczynając od mikroagresji (Nadal i in., 2010, 2012; Nadal, Davidoff i in., 2014, 2016; Galupo, Henise i Davis, 2014; Chang i Chung, 2015; Sughra i Imran, 2016; Sterzing, Ratliff i in., 2017; Swales, 2018; Arayasirikul i Wilson, 2019; Livingston i in., 2019; Parr i Howe, 2019, 2020), przez dyskryminację na poziomie organizacyjnym i instytucjonalnym (Kryszk i Kłonkowska, 2012; Johnston, 2016; Kattari i in., 2015; Kattari, Whitfield i in., 2016; Kattari i in., 2017; Hibbert i in., 2018; Hughto, Pachankis i in., 2018; Goldberg, Kuvalanka i Black i in., 2019; Goldberg, Kuvalanka i in., 2019), a kończąc na przemocy fizycznej, psychicznej i seksualnej (Lombardi i in., 2002; Ryan i Rivers, 2003; Gilles, 2011; Bund, 2013; Toomey i in., 2013; Holmes, 2016; Cense i in., 2017; Jamel, 2018; Rodriguez-Madera i in., 2017; Smith, 2018; Erickson-Schroth i in., 2020).

W kontekście ujawniania swojego statusu mniejszościowego przez osoby transpłciowe niebinarne istotne również jest to, czy uregulowały prawnie swoje dane tak, aby były zgodne z tym, jak doświadczają płci. Badania wskazują, że prawne uzgodnienie płci (Restar i in., 2020) i zmiana imienia prowadzą do zmniejszenia ryzyka doświadczania dyskryminacji motywowanej transfobią (McLemore, 2015, 2018; Dolan i in., 2020; Restar i in., 2020).

Kolejnym czynnikiem, który może wpływać na doświadczany poziom transfobii, są dostępne zasoby finansowe (Williams i in., 1997; Lombardi i in., 2002; Reisner, White Hughto i in., 2016; Parr i Lowe, 2020). Zależność pomiędzy dostępnymi środkami a doświadczaną transfobią może być rozumiana na dwa podstawowe sposoby. Z jednej strony ograniczony dostęp do zasobów finansowych może wiązać się z koniecznością funkcjonowania w środowiskach, wśród których postawy i zachowania motywowane transfobią cieszą się przyzwoleniem społecznym (Williams i in., 1997; Chakrapani i in., 2015, 2019; Parr i Lowe, 2020). Z drugiej strony zależność ta może być tłumaczona niemożnością podjęcia się medycznych interwencji afirmujących płeć, co prowadzi do zwiększenia poziomu passingu i tym samym redukcji prawdopodobieństwa

odkrycia statusu mniejszościowego osoby transpłciowej lub niebinarnej, tym samym zmniejszając ryzyko doświadczenia różnego rodzaju form transfobii (Lombardi, 2002; Reisner, White Hughto i in., 2016).

W badaniach wykazano również, że tym, co może wpływać na doświadczaną przez osoby transpłciowe i niebinarne transfobię, jest kolor skóry oraz przynależność etniczna – osoby niebiałe doświadczają częściej dyskryminacji motywowanej transfobią niż osoby białe (Nemoto i in., 2011; Harrison-Quintana i in., 2012; Bradford i in., 2013; Jefferson i in., 2013; Fletcher i in., 2014; Kattari i in., 2015; Abreu i in., 2020, 2021; Fehrenbacher i in., 2020; Gonzalez i in., 2020; Parr i Lowe, 2020; Sherman, Clark i in., 2020).

Badania Lombardi i współpracowników (2002) oraz Klein i współpracowników (2018) wskazały na istotną zależność pomiędzy wiekiem osób transpłciowych a poziomem doświadczanej dyskryminacji motywowanej transfobią. Zaobserwowano, że im młodsza jest jednostka, tym większe jest ryzyko doświadczania przez nią różnych form transfobii. Z jednej strony może to wynikać z tego, że osoby wraz z upływem lat uczą się unikać sytuacji, w których mogłyby doświadczać dyskryminacji. Z drugiej może to być związane z adultyzmem otoczenia osób badanych, który tłumaczyłby większe przyzwolenie na zachowania transfobiczne wobec młodych osób transpłciowych i niebinarnych (Lombardi i in., 2002).

Również przynależność do mniejszości seksualnych (Lombardi i in., 2002; Kattari i in., 2015; Sherman, Clark i in., 2020) modyfikuje nasilenie dyskryminacji. Osoby transpłciowe nieheteroseksualne częściej doświadczają dyskryminacji motywowanej transfobią niż osoby heteroseksualne. Pośrednio tendencję tę zdają się potwierdzać badania Liu i Wilkinson (2017) – w których osoby w związkach małżeńskich zgłaszały mniejszy poziom dyskryminacji niż osoby w związkach nieformalnych czy rozwiedzione, zależność ta była widoczna u osób transkobiecych.

Do czynników, który rzutują na doświadczanie dyskryminacji motywowanej transfobią, należy również charakterystyka miejsca pobytu osoby transpłciowej/niebinarnej – w badaniach skupiano się przede wszystkim na wielkości miejscowości oraz na posiadaniu lub nieposiadaniu przez daną jednostkę terytorialną legislacji antydyskryminacyjnej (Rotondi, 2011a; Blosnich i in., 2016; Gleason i in., 2016; Paceley, Goffnett i Gandy-Guedes, 2017; Paceley, Okrey-Anderson i Heumann, 2017). W pierwszym wypadku badania wskazują na to, że osoby transpłciowe i niebinarne w mniejszym stopniu doświadczają dyskryminacji motywowanej transfobią w dużych ośrodkach miejskich niż w małych miejscowościach (Rotondi, Bauer, Travers i in., 2011; Paceley

Goffnett i Gandy-Guedes, 2017; Paceley, Okrey-Anderson i Heumann, 2017). Jeśli chodzi o drugi aspekt, przebywanie w miejscach bez antydyskrymiacyjnej legislacji wiąże się z częstszym doświadczaniem dyskryminacji oraz jej konsekwencji niż w regionach, gdzie taka legislacja występuje (Blosnich i in., 2016; Gleason i in., 2016). Można przypuszczać, że znaczący wpływ na te zjawiska może mieć panujący klimat społeczno-polityczny (Budge i in., 2019).

3.8.2. Strategie radzenia sobie z transfobią

Już Allport (1954) wspominał o tym, jak mniejszości radzą sobie z doświadczanymi uprzedzeniami – i jak wykazują Meyer (2003) i Perrin i współpracownicy (2020) przynależność do mniejszości (w tym płciowych) wiąże się z rozwojem adaptacyjnych strategii radzenia sobie. Singh i McKleroy (2010), Singh i współpracownicy (2011), Mizock i Mueser (2014), Mizocki, Woodrum i współpracownicy (2017) w swoich badaniach skupili się na analizie specyfiki radzenia sobie z uprzedzeniami wśród osób transpłciowych i niebinarnych.

Pierwsze w tej grupie było badanie przeprowadzone przez Singh i McKleroy (2010) wśród różnorodnych etnicznie transpłciowych kobiet, które doświadczyły traumy. Wyróżnili oni sześć strategii radzenia sobie ze stresorami opisywanymi w ramach modelu Meyera (2003): duma ze swojej tożsamości płciowej/etnicznej (*pride in one's gender and ethnic/racial identity*), identyfikowanie i zwalczanie opresji płciowej i etnicznej (*recognizing and negotiating gender and racial/ethnic oppression*), regulowanie relacji z rodziną pochodzenia (*navigating relationships with family of origin*), pozyskiwanie dostępu do opieki zdrowotnej i zasobów finansowych (*accessing healthcare and financial resources*), nawiązywanie kontaktu z osobami aktywistycznymi działającymi na rzecz osób transpłciowych z mniejszości etnicznych (*connecting with an activist transgender community of color*) i rozwijanie swojej duchowości oraz nadziei na przyszłość (*cultivating spirituality and hope for the future*).

Pierwszą z kategorii jest rozwijanie dumy ze swojej tożsamości płciowej/etnicznej (Singh i McKleroy, 2010), rozumiane jako proces polegający na aktywnym przeciwstawianiu się przejawom uprzedzeń wobec osób transpłciowych i mniejszości etnicznych, jak również na kultywowaniu swojej tożsamości.

Druga to identyfikowanie i zwalczanie opresji płciowej i etnicznej, oznaczające rozpoznawanie doświadczanych przez jednostkę zachowań motywowanych

uprzedzeniami (wobec osób transpłciowych i z mniejszości etnicznych) oraz aktywnym przeciwstawianiu się im.

Z kolei regulowanie relacji z rodziną pochodzenia ma się wiązać z pozyskiwaniem wsparcia w środowisku rodzinnym, objawiającym się przede wszystkim w akceptacji mniejszościowej tożsamości.

Kolejną kategorią, którą wymieniają Singh i McKleroy (2010), jest pozyskiwanie dostępu do opieki zdrowotnej i zasobów finansowych, w celu np. zmiany środowiska na mniej transfobiczne lub redukcji dysforii płciowej poprzez podjęcie się medycznych interwencji afirmujących płeć.

Piątą strategią radzenia sobie z uprzedzeniami jest nawiązywanie kontaktu z osobami aktywistycznymi działającymi na rzecz osób transpłciowych z mniejszości etnicznych.

Ostatnią wyróżnioną kategorią wymienianą jest rozwijanie swojej duchowości oraz nadziei na przyszłość, mające na celu nadanie znaczenia oraz zrozumienia przyczyn swojego statusu mniejszościowego oraz doświadczanym konsekwencjom piętna (Singh i McKleroy, 2010).

Kolejne badania analizujące rezyliencję osób transpłciowych przeprowadziła Singh wraz ze współpracowniczkami (2011). Wyróżniły one pięć jej obszarów: rozwijanie własnej definicji siebie (*evolving a self-generated definition of self*), rozwijanie poczucia własnej wartości (*embracing self-worth*), świadomość doświadczanej opresji (*awareness of oppression*), kontakt z wspierającym środowiskiem (*connection with a supportive community*), pielęgnowanie nadziei na optymistyczną przyszłość (*cultivating hope for the future*); oraz dwa warianty: aktywizm społeczny (*social activism*) i bycie wzorem do naśladowania dla innych (*being a positive role model for others*).

Pierwszym obszarem związanym z rezyliencją opisywanym przez Singh i współautorki jest rozwijanie własnej definicji siebie, czyli zrozumienie swojej niecisnormatywnej tożsamości płciowej ułatwiające radzenie sobie z doświadczaną transfobią.

Drugim obszarem jest rozwijanie poczucia własnej wartości, w tym akceptacja swojego statusu i tożsamości mniejszościowej, jak również siebie jako człowieka.

Jako trzeci obszar związany z rezyliencją wśród osób transpłciowych badaczki opisują świadomość doświadczanej opresji. Tę umiejętność identyfikacji doświadczanej dyskryminacji lub przemocy motywowanej transfobią uznają za warunek konieczny w procesie zwalczania jej.

Kolejny obszar dotyczy utrzymywania kontaktu z wspierającym środowiskiem. Autorki podkreślają, że w tym wypadku chodzi o środowisko osób z mniejszości nie tylko płciowych, ale także etnicznych, religijnych itp.

Piątym wyróżnionym obszarem jest pielęgnowanie nadziei na optymistyczną przyszłość. W procesie tym istotne znaczenie ma formułowanie celów oraz planów na przyszłość (Singh i in., 2011).

Singh i współpracowniczki (2011) wymieniły również dwa warianty – aktywizm społeczny, związany nie tylko z działaniami na rzecz osób z mniejszości płciowych, oraz bycie wzorem do naśladowania dla innych, jako forma kompensacji konsekwencji doświadczanej dyskryminacji lub przemocy motywowanej transfobią.

Mizock i Mueser (2014) wyróżniły strategie radzenia sobie z transfobią na trzech poziomach – indywidualnym, interpersonalnym oraz systemowym:

Na poziomie indywidualnym wskazano strategie: płciowonormatywną (*gender-normative coping*), autoafirmującą (*self-affirmative coping*), regulowania emocji (*emotional-regulation coping*), poznawczo-restrukturyzującą (*cognitive-reframe coping*).

Na poziomie interpersonalnym wyróżniono strategie: społeczno-relacyjną (*social-relational coping*), prewencyjno-przygotowawczą (*preventative-preparative coping*), odcinania się (*disengagement coping*).

Z kolei na poziomie systemowym wyszczególniono strategie: korzystania z zasobów (*resource-access coping*), duchowo-religijną (*spiritual and religious coping*), polityczno-upodmiotawiającą (*political-empowerment coping*) (Mizock i Mueser, 2014).

Płciowo-normatywna strategia radzenia sobie z transfobią polega na dokonaniu zmian w prezentacji własnej płci, jak również wykorzystywaniu sposobów radzenia sobie przypisywanych stereotypowo płci, z którą jednostka się identyfikuje. Przykładem w tym wypadku może być stosowanie strategii radzenia sobie skoncentrowanych na emocjach przez transkobiety czy strategii skoncentrowane na rozwiązywaniu problemu przez transmężczyzn (Mizock i Mueser, 2014).

Autoafirmująca strategia radzenia sobie z transfobią polega na wzmacnianiu w sobie poczucia pewności, autentyczności, samoświadomości i wynikającej z nich wytrwałości w obliczu doświadczanej stygmatyzacji (Mizock i Mueser, 2014).

Regulowanie emocji jako strategia radzenia sobie z transfobią polega na dbaniu o swoje zdrowie zarówno psychiczne, jak i fizyczne poprzez podejmowanie się

różnych aktywności, aktywne stosowanie technik relaksacyjnych (Mizock i Mueser, 2014).

Poznawczo-restrukturyzująca strategia radzenia sobie z transfobią polega na restrukturyzacji dezadaptacyjnych przekonań, analizowaniu ich pod kątem zniekształceń poznawczych, jak również na próbie zrozumienia osób, które przejawiają postawy transfobiczne (Mizock i Mueser, 2014).

Społeczno-relacyjna strategia radzenia sobie z transfobią polega na poszukiwaniu wsparcia w obliczu doświadczanej transfobii w rodzinie, znajomych, środowisku osób transpłciowych, jak również na budowaniu nowych więzi, które będą stanowiły w przyszłości bezpieczną przestrzeń do mówienia o doświadczanej dyskryminacji, o tym, jak jednostka sobie z nią radzi (Mizock i Mueser, 2014).

Prewencyjno-przygotowawcza strategia radzenia sobie z transfobią polega na przygotowywaniu się do transfobii i jej przeciwdziałaniu poprzez strategie ujawniania się oraz antycypowania stygmatyzacji. Stosowanie tej strategii może przejawiać się w wybieraniu środowisk, w których jednostka spodziewa się uzyskać akceptację, oraz selektywnym wyborze osób, którym wyjawi swój status osoby transpłciowej (Mizock i Mueser, 2014).

Odcinanie się jako strategia radzenia sobie z transfobią polega na aktywnym unikaniu relacji i sytuacji, które mogą być źródłem dyskryminacji ze względu na status jednostki jako osoby transpłciowej (Mizock i Mueser, 2014).

Korzystanie z zasobów jako strategia radzenia sobie z transfobią polega na pozyskiwaniu rożnego rodzaju zasobów i informacji – kontaktowaniu się z organizacjami działającymi na rzecz osób transpłciowych, poszukiwaniu pomocy prawnej i wsparcia ze strony innych osób transpłciowych (np. za pośrednictwem mediów społecznościowych) czy korzystanie z pomocy służb medycznych (Mizock i Mueser, 2014).

Duchowo-religijna strategia radzenia sobie z transfobią polega na pielęgnowaniu swojej duchowości, podejmowaniu się praktyk religijnych. Może być to integracja z wspólnotą religijną, aktywne uczestnictwo w podejmowanych przez nią aktywnościach, a przede wszystkim duchowe doświadczanie relacji z Bogiem, istotą wyższą, absolutem. Ważnym aspektem tych praktyk ma być zrozumienie swojej transpłciowości przez pryzmat nauk swojego wyznania (Mizock i Mueser, 2014).

Polityczno-upodmiotawiająca strategia radzenia sobie z transfobią polega na angażowaniu się we wszelkie aktywności związane z edukacją na temat

transpłciowości oraz obrony praw osób transpłciowych. Może to przejawiać się w aktywnym uczestnictwie w działalności organizacji działających na rzecz osób transpłciowych, udziale w badaniach nad transpłciowością czy tzw. żywych bibliotekach, podczas których osoby transpłciowe mogą opisywać swoje doświadczenia osobom nie znającym zjawiska transpłciowości i niebinarności (Mizock i Mueser, 2014).

Wskazane metody radzenia sobie z transfobią są pewnymi ogólnymi strategiami zarządzania piętnem przynależności do mniejszości płciowych. Mizock, Woodrum i współpracownicy (2017) zwracają szczególną uwagę na to, że w różnych środowiskach (w rodzinie, kręgach towarzyskich czy pracy) strategie te mogą różnić się nie tylko pod względem częstotliwości stosowania poszczególnych ich rodzajów; również ich forma może być w dużej mierze zależna od tego, w jakim kontekście będzie stosowana. Biorąc pod uwagę wyniki badań (Clements i in., 1999; Sykes, 1999; Xavier i in., 2000, 2005, 2007; Lombardi i in., 2002; Irwin, 2002; Reback i in., 2001; Minter i Daley, 2003; Sugano i in., 2006; Whittle i in., 2007; Grant i in., 2011; Kryszk i Kłonkowska, 2012; Rivera i in., 2012; Smith i in., 2013; Scandurra i Bochicchio, 2018) Mizock, Woodrum i współpracownicy (2017) zwrócili uwagę, że istotne różnice w zakresie stosowanych strategii mogą występować w miejscu pracy.

W kontekście doświadczania dyskryminacji motywowanej transfobią w środowisku pracy Mizock, Woodrum i współpracownicy (2017) wyróżnili osiem typów strategii radzenia sobie z nią: związane z prezentowaniem swojej płci (*gender presentation strategies*), odcinania się od płci (*gender detachment*), zarządzania relacjami (*relationsship navigating*), korzystania z zasobów (*resource utilization*), powiązane z produktywnością w pracy (*job-performance strategies*), dezadaptacyjne (*maladaptative coping strategies*), strukturalne (*structural strategies*), związane z pozyskiwaniem władzy (*power-acquisition strategies*).

Strategie związane z prezentowaniem swojej płci (Mizock, Woodrum i in., 2017) wiążą się z modyfikowaniem sposobu, w jaki prezentuje się swoją płeć (w zależności od tego, czy dokonało się coming outu, funkcjonuje się w tzw. trybie *stealth* czy też funkcjonuje się w roli płciowej przypisanej po urodzeniu), tak aby zminimalizować jawność i widoczność swojego statusu mniejszościowego w celu uniknięcia transfobii – na poziomie zarówno świadomym, jak i nieświadomym.

Z kolei strategia odcinania się od płci polegają na odcięciu się od emocji w kontekście sytuacji powiązanych z własną płciowością w środowisku pracy w celu minimalizacji doświadczeń transfobicznych (Mizock, Woodrum i in., 2017).

Strategie zarządzania relacjami polegają na wykorzystywaniu zasobów ludzkich w środowisku pracy – tak aby pozyskiwać wsparcie społeczne oraz budować bezpieczne środowisko, w którym minimalizowane są szanse na doświadczanie transfobii (Mizock, Woodrum i in., 2017).

Strategie korzystania z zasobów polegają na pozyskiwaniu i wykorzystywaniu zasobów dostępnych zarówno w środowisku pracy (np. kontakt z działem zarządzania zasobami ludzkimi, działanie na rzecz wprowadzenia polityki antydyskryminacyjnej w miejscu pracy), jak i poza nią (np. podczas spotkań psychoterapeutycznych, konsultacji prawnych) ułatwiających radzenie sobie z doświadczaną transfobią (Mizock, Woodrum i in., 2017).

Z kolei strategie powiązane z produktywnością w pracy polegają na nadmiernej kompensacji w wykonywanych obowiązkach zawodowych. Takie radzenie sobie z doświadczaną transfobią w środowisku pracy może przyjąć postać zarówno adaptacyjną, jak i dezadaptacyjną (Mizock, Woodrum i in., 2017).

Strategie dezadaptacyjne, będące najszerszą kategorią metod radzenia sobie z transfobią w środowisku pracy, mają wspólną cechę – niską nieprzystosowawczość. Wiąże się ona z np. pasywno-agresywnym reagowaniem na zdarzenia transfobiczne lub izolacją, czego następstwem jest cierpienie oraz inne negatywne konsekwencje stosowania jej (Mizock, Woodrum i in., 2017).

Strategie strukturalne są skupione na takim zarządzaniu kontaktem z miejscem pracy, które redukuje częstotliwość doświadczeń transfobicznych (Mizock, Woodrum i in., 2017). Przykładem tutaj może być skupianie się na rozwoju własnej kariery, zmiana stanowiska lub też miejsca pracy.

Natomiast podstawą strategii związanych z pozyskiwaniem władzy jest dążenie do osiągnięcia wysokiej pozycji zawodowej w środowisku pracy, by móc wpływać na wprowadzanie lub rozwój praktyk antydyskryminacyjnych w jego obrębie (Mizock, Woodrum i in., 2017).

3.9. Konsekwencje transfobii

3.9.1. Zdrowie psychiczne osób transpłciowych

Dostępna literatura wskazuje na częstsze występowanie trudności natury psychicznej w populacji osób transpłciowych i niebinarnych niż osób cispłciowych. Wymienia się: zaburzenia nastroju (Haraldsen i Dahl, 2000; Blehar i Oren, 1995;

Lai i in., 2010; Kim i in., 2006; Lobato i in., 2007; Vocks i in., 2009; Ash i Mackereth, 2013; Bandini i in., 2013; Bockting i in., 2013; Auer i in., 2013; Budge i in., 2013; Bozai Nicholson Perry, 2014; Clark i in., 2014; Davey i in., 2014; Gijs i in., 2014; Heylens, Elaut i in., 2014, 2014b; Baumeister i in., 2016; Bouman, Davey i in., 2016; Smalley i in., 2016; Su i in., 2016; Crissman i in., 2019; Ferlatte i in., 2019; Metzger i Boettger, 2019; dickey, 2020; Konrad i Kostev, 2020; Kuper i in., 2020; Lee, Operario i in., 2020; Lee, Tomita i in., 2020; Murphy i in., 2020; Tan, Ellis i in., 2020; Strübel i in., 2020; Castelo-Branco i in., 2021; Dolezal i in., 2023; Puckett i in., 2024), zaburzenia lękowe (Mizock i Lewis, 2008; dickey i in., 2015; Bouman i in., 2017), zaburzenia odżywiania się (Ålgars i in., 2012; Diemer i in., 2015; Diemer i in., 2018), nadużywanie substancji psychoaktywnych (Reisner, Greytak i in., 2015; Reisner, Pardo i in., 2015; Scheim i in., 2017), myśli i zachowania samobójcze (Coulter i in., 2015; Perez-Brumer, Day i in., 2017; Bränström i in., 2022), niesamobójcze samouszkadzanie się (Arcelus in., 2016; Lytle i in., 2016). Zdaje się jednak, że w dużej mierze jest to wynikiem oddziaływania stresorów dystalnych i proksymalnych związanych ze stresem mniejszościowym doświadczanym przez osoby, których tożsamość płciowa, ekspresja płciowa wymykają się cispłciowym oczekiwaniom społecznym; poziom tej niecisnormatywności zdaje się mieć wpływ na intensywność doświadczanych trudności (Israel i Tarver, 1997b; Meyer, 2003, 2015; Burgess i in., 2007; Lombardi, 2007; Kelleher i in., 2009; Bith-Melander i in., 2010; Nadal i in., 2010; McKay, 2011; Mizock i Fleming, 2011; Hendricks i Testa, 2012; Testa i in., 2012; Ash i Mackereth, 2013; Bradford i in., 2013; Hatzenbuehler i in., 2013; Herman, 2013; Kalra i Shah, 2013; Bockting, 2014; Gijs i in., 2014; Hughto i in., 2014, 2017, 2019; Irwin, 2014; McCan, 2015; Olson i in., 2015; Testa i in., 2015; Bauermeister i in., 2016; Brown i Jones, 2016; Grubb, 2016; Herek, 2016; Holmes, 2016; Lytle i in., 2016; Peta, 2016; Rood i in., 2016; Su i in., 2016; Davies i Kessel, 2017; Rimes i in., 2017; Williams i Mann, 2017; Davies, 2018; Fiani, 2018; Gower i in., 2018; Hughto i Reisner, 2018; McLemore, 2018; Operario i in., 2018; Parikh-Choopra, 2018; Tishelman i Neumann-Mascis, 2018; Askevis-Leherpeux i in., 2019; Ashley, 2019; Beckwith i in., 2019; Burgwal i in., 2019; Hermosa i Agossou, 2019; Fernández-Rouco i in., 2019; Griffin i in., 2019; Lefevor i in., 2019a; Lloyd i in., 2019; Moyer, 2019; Parr i Howe, 2019; Reisner i Hughto, 2019; Scandurra, Mezza i in., 2019; Valdiserri i in., 2019; Delozier i in., 2020; DiPlacido i Fallahi, 2020; Fabbre i Gaveras, 2020; Gomes de Jesus i in., 2020; Rothblum, 2020; Smith, 2020; Pinna i in., 2022; Simone i in., 2022; Tebbe i Budge, 2022; Erlangsen i in., 2023; Keski-Rahkonen, 2023; Magalhães i in., 2024).

3.9.1.1. Zaburzenia nastroju

Występowanie zaburzeń nastroju w populacji osób transpłciowych zdaje się szczególnie nasilone – jak wskazują badania, mieści się w przedziale od 1,4% do 85,2%; przy czym większość wskazuje na przedział 30–50% (Hepp i in., 2005; Lobato i in., 2007; Gómez-Gil i in., 2008; Hoshiai i in., 2010; Fisher i in., 2013; Heylens, Elaut i in., 2014; Mazaheri Meybodi i in., 2014a; Reisner, Biello i in., 2016; Seelman, Young i in., 2017; Valentine i Shipherd, 2018; Borgogna i in., 2019; Johnson i in., 2019; Lobato i in., 2019; Puckett i in., 2019; Wanta i in., 2019; Anderssen i in., 2020; Becker-Hebly i in., 2020; Chodzen i in., 2020; Kneale i Becares, 2020; Lacombe-Duncan i in., 2020; Chumakov i in., 2023).

W wypadku depresji badania wskazują na to, że zdiagnozowano ją u od 1,7% do 84,2%, przeciętnie 40–60%, oraz że częściej diagnozowana jest ona u transkobiet (Bodlund i Kullgren, 1996; Cole i in., 1997; Haraldsen i Dahl, 2000; Hepp i in., 2005; Kenagy, 2005; Couch i in., 2007; Lobato i in., 2007; Gómez-Gil i in., 2008; Pitts i in., 2009; Hoshiai i in., 2010; Nuttbrock i in., 2010; Gorin-Lazard i in., 2011; Rotondi, Bauer, Travers i in., 2011a; Rotondi, Bauer, Scanlon i in., 2011; Auer i in., 2013; Bandini i in., 2013; Fisher i in., 2013; Judge i in., 2014; Reisner i in., 2015; Yang, Wang i in., 2015; Brown i Jones, 2015; Lindsay i in., 2016; Lytle i in., 2016; Owen-Smith i in., 2016; Peterson i in., 2016; Nahata i in., 2017; Williams i in., 2017; OswaltiLederer, 2017; Quinn i in., 2017; Lobato i in., 2019; Wanta i in., 2019; Srivastava, Sivasubramanian i Goldbach, 2020).

Prócz tego znaczna liczba osób transpłciowych deklaruje istotny klinicznie poziom symptomów depresyjnych (40–77%) (Clements-Nolle i in., 2001; Nemoto, Operario, Sevelius i in., 2004; Clements-Nolle i in., 2006; Kim i in., 2006; Pittsi in, 2006; Sugano i in., 2006; Nemoto i in., 2011; Nuttbrock i in., 2014; Ashraf i Khan, 2019; Dosani i in., 2019; Scheim i in., 2019).

Z kolei występowanie dystymii w populacji osób transpłciowych mieści się w przedziale od 0,6% do 31,6% populacji (Bodlund i Kullgren, 1996; Haraldsen i Dahl, 2000; Couch i in., 2007; Gómez-Gil i in., 2008; Fisher i in., 2013; Colizzi i in., 2014; Mazaher i Meybodi i in., 2014a; Wanta i in., 2019), przy czym zaobserwowano wyższy poziom jej występowania w populacji transpłciowych osób o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu.

W wypadku zaburzeń afektywnych dwubiegunowych wskazuje się na ich występowanie w populacji osób transpłciowych sięga poziomu od 0,9% do 74,5% (średnio od 2% do 6%) (Cole i in., 1997, Haraldsen i Dahl, 2000; Kenagy, 2005; Lobato i in., 2007; Cook-Daniels i Munson, 2010; Hoshiai i in., 2010; Bandini i in., 2013; Fisher i in., 2013; Colizzi i in., 2014; Judge i in., 2014; Mazaheri Meybodi i in., 2014a; Lindsay i in., 2016; Peterson i in., 2016; Nahata i in., 2017; Oswalt i Lederer, 2017; Lobato i in., 2019; Wanta i in., 2019)

3.9.1.2. Zaburzenia lękowe

Występowanie zaburzeń lękowych w populacji osób transpłciowych jest wyraźnie nasilone – mieści się w przedziale od 3,6% do 48,4% (Hepp i in., 2005; Lobato i in., 2007; Gómez-Gil i in., 2008; Hoshiai i in., 2010; Fisher i in., 2013; Heylens, Elaut i in., 2014; Mazaheri Meybodi i in., 2014a; Millet i in., 2017; Quinn i in., 2017; Borgogna i in., 2019; Johnson i in., 2019; Lipson i in., 2019; Lobato i in., 2019; Wanta i in., 2019; Weiss i in., 2020; Chumakov i in., 2023.

Agorafobia występuje w 0,9–6,5% populacji osób transpłciowych (Hepp i in., 2005; Lobato i in., 2007; Gómez-Gil i in., 2008; Hoshiai i in., 2010; Fisher i in., 2013; Heylens, Elaut i in., 2014; Mazaheri Meybodi i in., 2014a; Wanta i in., 2019).

W wypadku fobii specyficznej badania wskazują, że doświadcza jej od 6,5% do 20,5% populacji osób transpłciowych (Hepp i in., 2005; Mazaheri Meybodi i in., 2014a; Wanta i in., 2019); częściej diagnozowana jest wśród osób transpłciowych o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu.

Natomiast fobia społeczna według badań występuje u od 0,7% do 31,4% osób transpłciowych (Hepp i in., 2005; Lobato i in., 2007; Gómez-Gil i in., 2008; Hoshiai i in., 2010; Fisher i in., 2013; Heylens, Elaut i in., 2014; Mazaheri Meybodi i in., 2014a; Bergero-Miguel i in., 2016; Ho, 2018; Wanta i in., 2019; Weiss i in., 2020).

Występowanie w populacji osób transpłciowych zaburzeń lękowych uogólnionych w badaniach przyjmuje wartości od 0,3% do 12,0% (Hepp i in., 2005; Lobato i in., 2007; Gómez-Gil i in., 2008; Hoshiai i in., 2010; Fisher i in., 2013; Mazaheri Meybodi i in., 2014a; Wanta i in., 2019; Weiss i in., 2020), przy czym odnotowuje się wyższy poziom występowania ich w populacji transpłciowych osób o męskiej płci przypisanej po urodzeniu.

Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne występują u 0,7–4,0% osób transpłciowych (Hepp i in., 2005; Lobato i in., 2007; Gómez-Gil i in., 2008; Hoshiai i in., 2010; Fisher i in., 2013; Heylens, Elaut i in., 2014; Mazaheri Meybodi i in., 2014a; Oswalt i Lederer, 2017; Wanta i in., 2019; Weiss i in., 2020), częściej diagnozowane są wśród osób transpłciowych o męskiej płci przypisanej po urodzeniu.

Występowanie w populacji osób transpłciowych zaburzeń panicznych, według dostępnych badań, mieści się w przedziale od 1,2% do 9,7% (Hepp i in., 2005; Lobato i in., 2007; Gómez-Gil i in., 2008; Hoshiai i in., 2010; Fisher i in., 2013; Mazaheri Meybodi i in., 2014a; Brown i Jones, 2015; Wanta i in., 2019).

Z kolei zaburzenia stresu pourazowego obserwuje się u 0, 7 – 49,0% osób transpłciowych (Hepp i in., 2005; Gómez-Gil i in., 2008; Mizock i Lewis, 2008; Fisher i in., 2013; Mazaheri Meybodi i in., 2014a; Brown i Jones, 2015; Paquette i in., 2019; Wanta i in., 2019; Pantalone i in., 2020; Valentine i in., 2023), przy czym wyższy poziom występowania ich dotyczy populacji transpłciowych osób o męskiej płci przypisanej po urodzeniu.

3.9.1.3. Zaburzenia psychotyczne

Zaburzenia psychotyczne (w tym między innymi schizofrenia, zaburzenia schizofrenoidalne) występują u 0,3–4,7% populacji osób transpłciowych (Cole i in., 1997; Hepp i in., 2005; Lobato i in., 2007; Gómez-Gil i in., 2008; Fisher i in., 2013; Heylens, Elaut i in., 2014; Wanta i in., 2019; Peta, 2020).

Rajkumar (2014) szacuje, że około 1 osoba na 1 000 000 może mieć równocześnie zdiagnozowane zaburzenia psychotyczne i transseksualizm, dysforię płciową, niezgodność płci.

3.9.1.4. Zaburzenia ze spektrum autyzmu

Występowanie w populacji osób transpłciowych zaburzeń ze spektrum autyzmu przyjmuje w badaniach wartości od 0,7% do 4,7% (De Vries i in., 2010; Hoshiai i in., 2010; Peterson i in., 2016; Wanta i in., 2019).

3.9.1.5. ADHD

Dostępne badania wskazują na występowanie zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi u 10,0–20,0% populacji osób transpłciowych (Peterson i in., 2016; Dawson i in., 2017; Oswalt i Lederer, 2017; Wanta i in., 2019).

3.9.1.6. Uzależnienia

Badania wskazują, że osób uzależnionych od alkoholu w populacji osób transpłciowych jest od 2,2% do 39,0% (Cole i in., 1997; Hepp i in., 2005; Lobato i in., 2007; Gómez-Gil i in., 2008; Fisher i in., 2013; Mazaheri Meybodi i in., 2014a; Nuttbrock i in., 2014b; Brown i Jones, 2015; Keuroghlian i in., 2015; Agosto i in., 2019; Hearld i in., 2019; Lobato i in., 2019; Parent i in., 2019; Wanta i in., 2019; Connolly i Gilchrist, 2020; Phoenix i in., 2020; Hughto i in., 2021; Wolfe i in., 2021; Kidd i in., 2023), przy czym jest wykazywany wyższy poziom ich występowania w populacji transpłciowych osób o męskiej płci przypisanej po urodzeniu.

Osób uzależnionych od leków wśród osób transpłciowych jest od 2,4% do 9,7% (Hepp i in., 2005; Mazaheri Meybodi i in., 2014a). Z kolei uzależnionych od substancji psychoaktywnych – od 0,2% do 26,0% (Cole i in., 1997; Hughes i Eliason, 2002; Hepp i in., 2005; Mazaheri Meybodi i in., 2014a; Budhwani, Hearld, Milner i in., 2017; Wanta i in., 2019; Parent i in., 2020; Starks i in., 2020; Connolly i Gilchrist, 2020; Hughto i in., 2021; Wolfe i in., 2021; Kidd i in., 2023).

3.9.1.7. Zaburzenia odżywiania

Według dostępnych badań anoreksja dotyczy od 0,7% do 3,2% (Hepp i in., 2005; Gómez-Gil i in., 2008; Fisher i in., 2013; Jones i in., 2016; Oswalt i Lederer, 2017; Diemer i in., 2018; Wanta i in., 2019; Cusack i Galupo, 2020; Morrison i in., 2020). W wypadku bulimii wskazywane są podobne liczby – od 0,9% do 3,3% (Hepp i in., 2005; Gómez-Gil i in., 2008; Jones i in., 2016; Oswalt i Lederer, 2017; Diemer i in., 2018; Wanta i in., 2019; Morrison i in., 2020).

3.9.1.8. Zaburzenia osobowości

Znaczny odsetek osób transpłciowych może mieć zaburzenia osobowości – od 3,7% do 81,4% (większość badań wskazuje na przedział 40–50%) (Cole i in., 1997; Bodlund i in., 1993; Bodlund i Kullgren, 1996; Haraldsen i Dahl, 2000; Hepp i in., 2005; Heylens, Elaut i in., 2014; Mazaheri Meybodi i in., 2014b; Shirdel-Havar i in., 2015; Wanta i in., 2019; Anzani i in., 2020; Prud'homme i in., 2020) bądź subklinicznych poziomów cech osobowości zaburzonej (Bodlund i Armelius, 1994; Guzmán-Parra i in., 2016); wśród zaburzeń osobowości mają dominować, według większości badań, te z wiązki B i C. Wyjątek w tym wypadku stanowią badania Seikowskiego i współpracowników (2008), które wskazują na niskie występowanie zaburzeń osobowości wśród osób transpłciowych.

Paranoidalne zaburzenia osobowości mogą występować wśród od 0,7% do 43,3% osób transpłciowych (Lobato i in, 2007; Duišin i in., 2014; Mazaheri Meybodi i in., 2014b; Shirdel-Havar i in., 2015; Anzani i in., 2020).

Od 1,1% do 16,7% osób transpłciowych może doświadczać schizoidalnych zaburzeń osobowości (Cole i in., 1997; Madeddu i in., 2009; Duišin i in., 2014; Mazaheri Meybodi i in., 2014b; Anzani i in., 2020).

Schizotypowe zaburzenia osobowości w populacji osób transpłciowych mają, według badań, występować w od 6,5% do 15,7% (Shirdel-Havar i in., 2015; Duišin i in., 2014; Mazaheri Meybodi i in., 2014b; Anzani i in., 2020).

W wypadku antyspołecznych zaburzeń osobowości badania wskazują na ich obecność wśród od 0,5% do 5,3% osób transpłciowych (Bodlund i in., 1993; Cole i in., 1997; Lobato i in, 2007; Mazaheri Meybodi i in., 2014b; Anzani i in., 2020).

Narcystyczne zaburzenia osobowości mają występować w od 1,4% do 48.,4% populacji osób transpłciowych (Bodlund i in., 1993; Bodlund i Kullgren, 1996; Lobato i in, 2007; Madeddu i in., 2009; Duišin i in., 2014; Mazaheri Meybodi i in., 2014b; Havar i in., 2015; Anzani i in., 2020).

Zaburzenia osobowości z pogranicza mogą dotyczyć od 1,8% do 33,3% populacji osób transpłciowych (Bodlund i in., 1993; Bodlund i Kullgren, 1996; Cole i in., 1997; Lobato i in, 2007; Madeddu i in., 2009; Duišin i in., 2014; Mazaheri Meybodi i in., 2014b; Anzani i in., 2020). Według De Cuypere i współpracowników (1995) istotnie częściej występują one wśród osób transpłciowych M/K.

W wypadku histrionicznych zaburzeń osobowości badania wskazują na ich występowanie w od 5,0% do 17,1% osób transpłciowych (Bodlund i in., 1993; Lobato i in, 2007; Madeddu i in., 2009; Duišin i in., 2014; Mazaheri Meybodi i in., 2014b; Havar i in., 2015; Anzani i in., 2020).

Obsesyjno-kompulsywne zaburzenia osobowości mają występować wśród od 5,3% do 38,6% osób transpłciowych (Bodlund i in., 1993; Bodlund i Kullgren, 1996; Madeddu i in., 2009; Duišin i in., 2014; Mazaheri Meybodi i in., 2014b; Shirdel-Havar i in., 2015; Anzani i in., 2020).

Zaburzenia osobowości unikowej mogą dotyczyć od 1,4% do 26,7% populacji osób transpłciowych (Bodlund i in., 1993; Lobato i in, 2007; Madeddu i in., 2009; Duišin i in., 2014; Mazaheri Meybodi i in., 2014b; Anzani i in., 2020).

Jak wskazują badania, zaburzenia osobowości zależnej dotyczą od 2,0% do 10,0% osób transpłciowych (Bodlund i in., 1993; Bodlund i Kullgren, 1996; Madeddu i in., 2009; Duišin i in., 2014; Mazaheri Meybodi i in., 2014b; Shirdel-Havar i in., 2015; Anzani i in., 2020).

3.9.1.9. Tendencje samobójcze i samouszkadzanie się

Myśli samobójcze według badań deklaruje od 37,0% do 75,0% do osób transpłciowych (Cole i in., 1997; Clements-Nolle i in., 2006; Maguen i Shipherd, 2010; Haas i in., 2014; Peterson i in., 2016; Warren i in., 2016; Brennan i in., 2017; Budhwani i in., 2018; Azeem i in., 2019; Haas i Mortali, 2020; Rabasco i Andover, 2020a; Kidd i in., 2023; Wang i in., 2024).

Co najmniej jedną próbę samobójczą deklaruje od 15,0% do 51,4% osób transpłciowych (De Cuypere i in., 1995; Cole i in., 1997; Clements-Nolle i in., 2006; Maguen i Shipherd, 2010; Mustanski i in., 2010; Haas i in., 2014; Marshal i in., 2016; Peterson i in., 2016; Virupaksha i in., 2016; Adams i in., 2017; Brennan i in., 2017; McNeil i in., 2017; Budhwani i in., 2018; Narang i in., 2018; Budge, 2020; Haas i Mortali, 2020; Mak i in., 2020; Maksut i in., 2020; Srivastava, Rusowi Goldbach, 2020; Kidd i in., 2023), przy czym więcej prób samobójczych deklarują osoby transkobiece.

Samookaleczanie w badaniach deklaruje od 6,0% do 41,8% osób transpłciowych (Cole i in., 1997; Clements-Nolle i in., 2006; Maguen i Shipherd, 2010; Yang, Manning i in., 2015; Peterson i in., 2016; Brennan i in., 2017; Jackman, 2017; Jackman, Dolezal i in., 2018; Morris i Galupo, 2019; Kidd i in., 2023).

3.9.1.10. Czynniki ochronne i ryzyko występowania zaburzeń psychicznych w populacji osób transpłciowych

Dyskryminacja

Wśród czynników związanych z obniżonym dobrostanem psychicznym w kontekście różnych form dyskryminacji w literaturze wymienia się: codzienną dyskryminację i jej antycypację (Nemoto, Operario, Sevelius i in., 2004; Sugano i in., 2006; Nemoto i in., 2011; Rotondi, Bauer, Travers i in., 2011; Rotondi, 2012; Bazargan i Galvan, 2012; Jefferson i in., 2013; Gamarel i in., 2014; Nadal, Davidoff, Fujii-Doe, 2014; Reisner, Gamarel i in., 2014, 2014b; Breslow i in., 2015; Bariola i in., 2015; Nadal i in., 2015; Grossman i in., 2016; Kattari, Whitfield i in., 2016; Tebbe i Moradi, 2016; Wilson i in., 2016; Brennan i in., 2017; Gonzalez i in., 2017; Hughto i in., 2017; Scandurra i in., 2017; Timmins i in., 2017; Williams i in., 2017; Chakrapani i in., 2018; Fuller i Riggs, 2018; Hughtoi Reisner, 2018; Jäggi i in., 2018; Smith i in., 2018; Tabaac i in., 2018; Brewster i in., 2019; Carter i in., 2019; Dyar i in., 2019; Kidd i in., 2019; Liu i in., 2019; Parr i Howe, 2019; Johnson, LeBlanc i in., 2020; Kattari i in., 2020; Kcomt, Evans-Polce i in., 2020; Keating i Muller, 2020; Kota i in., 2020; Puckett i in., 2020; Radusky i in., 2020; Tan, Treharne i in., 2020a; Truszczynski i in., 2020; DrabishiTheeke, 2022; Bitton i Weiss, 2024; Mezza i in., 2024; Puckett i in., 2024; Wilson i in., 2024), jak również szeroko rozumianą dyskryminację na poziomie organizacyjnym i instytucjonalnym (Kim i in., 2006; Vocks i in., 2009; Lai i in., 2010; Kidd i in., 2011; Auer i in., 2013; Bandini i in., 2013; Davey i in., 2014; McCarthy i in., 2014; Operario, Yang, Reisner i in., 2014; Perez-Brumer i in., 2015; Reisner, Vetters i in., 2015, Reisner, Pardo i in., 2015; Yang, Manning i in., 2015; Blosnich i in., 2016; Glynn i in., 2016; Gordon i in., 2016; Owen-Smith i in., 2016; Sinnard i in., 2016; Chakrapani i in., 2017; Gonzalez i in., 2017; Seelman, Colón-Diaz i in., 2017; Du Bois i in., 2018; Johns i in., 2018; Smith i in., 2018; Correro i Nielson, 2020; García-Nieto, 2020; Jeremiah i in., 2020; Konrad i Kostev, 2020; Kota i in., 2020; Lee, Tomita i in., 2020; Lipperman-Kreda i in., 2020; Murphy i in., 2020; Rabasco i Andover, 2020b; Schvey i in., 2020; Vigna i in., 2020; Puckett i in., 2021; Price, Hollinsaid i in., 2024; Puckett i in., 2024). Odstępstwem od wyraźnej w innych badaniach tendencji są wyniki uzyskane przez Boumana, Davey i współpracowników (2016), którzy nie zaobserwowali takiej zależności.

Przemoc

W kontekście czynników związanych z przemocą wpływających na dobrostan psychiczny oraz występowanie zaburzeń psychicznych dostępne badania wskazują – przemoc fizyczną (Rotondi, Bauer, Travers i in., 2011; Fredriksen-Goldsen i in., 2013; Nuttbrock, 2013; Wilson, 2013; Boza i Nicholson Perry, 2014; Nuttbrock i in., 2014a; Bariola i in., 2015; Chakrapani i in., 2015, 2018; Hughto i in., 2017; Scheim i in., 2017; Klemmer i in., 2018; Kuper i in., 2018; Yi i in., 2018; Drescher i in., 2019; Yi i in., 2019; Kota i in., 2020; Sherman, Poteat i in., 2020), przemoc seksualną (Bazargan i Galvan, 2012; Fredriksen-Goldsen i in., 2013; Wilson, 2013; Scheim i in., 2017; Drescher i in., 2019; Cogan i in., 2020b; Kota i in., 2020; Sherman, Poteat i in., 2020) oraz przemoc psychiczną (Wilson, 2013; Nuttbrock i in., 2014a; Martin-Storey i August, 2016; Kuper i in., 2018; Witcomb i in., 2019; Kota i in., 2020; Sherman, Poteat i in., 2020).

Zinternalizowane piętno, przekonania dotyczące siebie

W odniesieniu do szeroko rozumianych przekonań dotyczących siebie samego zaobserwowano, że istotnie negatywny związek z dobrostanem psychicznym osób z mniejszości płciowych wykazują: zinternalizowana transfobia (Healy, 2011; Wilson, 2013; Breslow i in., 2015; Fisher i in., 2016; Brennan i in., 2017; Fisher, Castellini i in., 2017; Hoy-Ellis i in., 2017; Timmins i in., 2017; Barr, 2018; Jackman, Dolezal i Bockting, 2018; Scandurra i in., 2018; Staples i in., 2018; Ashraf& Khan, 2019; Cronin i in., 2019; Watson, Fish i in., 2019; Lee, Operario i in., 2020; Scandurra i in., 2020; Drabish i Theeke, 2022; Kung, 2024; Mezza i in., 2024; Puckett i in., 2024; Wilson i in., 2024), niskie samoocena i samoakceptacja (Strain i Shuff, 2011; Gonzalez i in., 2012; Stotzer i in., 2014; Bouman, Davey i in., 2016; Glynn i in., 2016; Reyes i in., 2016; Gonzalez i in., 2017; Timmins i in., 2017; Witcomb i in., 2018; Chang i in., 2019; Lindley i in., 2020; Perrin i in., 2020; Drabish i Theeke, 2022), poczucie bycia w pułapce oraz poczucie porażki (Chang i in., 2019).

Wśród czynników ochronnych w tym kontekście wymieniane są: duma ze swojej tożsamości mniejszościowej (Scandurra i in., 2017), orientacja sprawcza (Gonzalez i in., 2012), poczucie własnej skuteczności (Jefferson i in., 2013) i duma z przynależności do mniejszości płciowych (Corrigan i in., 2013; Perrin i in., 2020).

Przekonania dotyczące ciała, dysforia płciowa i interwencje afirmujące doświadczaną płeć

W kontekście czynników związanych z doświadczaniem swojego ciała, które negatywnie oddziałują na dobrostan i zdrowie psychiczne, badacze wymieniają: dysforię płciową (Gonzalez i in., 2017; Jackman, Dolezal i in., 2018; Chodzen i in., 2019; Grant i in., 2024; Puckett i in., 2024), brak akceptacji swojego ciała (Bouman, Davey i in., 2016; Johns i in., 2018; Klemmer i in., 2018; Fernández-Rouco i in., 2019; Barnhart i in., 2023) oraz trudności z dostępem do hormonalnych interwencji afirmujących płeć (Rotondi, Bauer, Scanlon i in., 2011; Zhu i in., 2019).

Czynniki ochronne, które wpływają na zdrowie psychiczne, to: afirmujące płeć interwencje hormonalne (Gorin-Lazard i in., 2011, 2013; Gómez-Gil i in., 2012; Boza i Nicholson Perry, 2014; Colizzi i in., 2014; Davis i Meier, 2014; De Vries i in., 2014; Heylens, Verroken i in., 2014; Nuttbrock i in., 2014a; Ruppin iPfafflin, 2015; Wilson i in., 2015; Yang, Wang i in., 2015; Glynn i in., 2016; Testa, Rider i in., 2017; Owen-Smith i in., 2018; Tucker i in., 2018; Witcomb i in., 2018; Kilpatrick i in., 2019; Metzger i Boettger, 2019; Bränström i Pachankis, 2020; Hughto i in., 2020; Baker i in., 2021; Moody i in., 2021) oraz chirurgiczne (Mate-Kole i in., 1990; Smith i in., 2001, 2005; Rotondi, Bauer, Scanlon i in., 2011; Boza i Nicholson Perry, 2014; Ruppin i Pfafflin, 2015; Wilson i in., 2015; Testa, Rider i in., 2017; Tucker i in., 2018; Hughto i in., 2020).

W odniesieniu do interwencji hormonalnych, Bouman, Claes i współpracownicy (2016) nie zaobserwowali takiej zależności. Podobnie w wypadku interwencji chirurgicznych w niektórych badaniach nie stwierdzono związku z poprawą zdrowia psychicznego (Barrett, 1998; Megeri i Khoosal, 2007; Udeze i in., 2008; Davis i Meier, 2014).

Relacje społeczne

Wśród czynników związanych z relacjami społecznymi wpływającymi negatywnie na dobrostan psychiczny naukowcy wymieniają: trudności interpersonalne (Bouman, Davey i in., 2016; Johns i in., 2018; Witcomb i in., 2018), niskie wsparcie społeczne (Rotondi, Bauer, Travers i in., 2011; Rotondi, Bauer, Scanlon i in., 2011; Fredriksen-Goldsen i in., 2013; Boza i Nicholson Perry, 2014; Budge i in., 2014; Birkett i in., 2015; Pflum i in., 2015, 2016; Yang i in., 2016; Scheim i in., 2017; Trujillo i in., 2017; Veale i in., 2017; Arístegui i in., 2018; Witcomb i in., 2018; Carter i in., 2019; Curth i Mayeux, 2024), poczucie

samotności, wyalienowania (Yadegarfard i in., 2013, 2014; Hughto i Reisner, 2018; Johns i in., 2018; Fernández-Rouco i in., 2019; Austin i in., 2020b; Carvalho i in., 2024), bycie singlem (Boza i Nicholson Perry, 2014; Yang, Wang i in., 2015; Gamarel i in., 2019; Lloyd i in., 2019; McDowell i in., 2019), śmierć współmałżonka, rozwód (Chang i in., 2019), odrzucenie motywowane uprzedzeniami wobec osób z mniejszości płciowych (Scandurra i in., 2020), małe wsparcie ze strony otoczenia doświadczanej płci (Rotondi, Bauer, Travers i in., 2011; Rotondi, Bauer, Scanlon i in., 2011; Greene i Britton, 2015), ograniczoną liczbę osób transpłciowych oraz krewnych w sieci społecznej (Lombardi, 1999; Bariola i in., 2015; Austin i in., 2020b; Kichler, 2022; Poliwoda i in., 2024) oraz niskie poczucie przynależności do społeczności, w tym społeczności osób z mniejszości płciowych (Fredriksen-Goldsen i in., 2013; Pflum i in., 2015; Barr i in., 2016; Austin i Goodman, 2017; Stanton i in., 2017; Budge i in., 2019; Sherman, Clark i in., 2020).

Z kolei wśród czynników chroniących przed doświadczaniem zaburzeń psychicznych w badaniach wymieniane są: wsparcie pozyskane od rodziny (Simons, 2012, 2013; Bariola i in., 2015; Klein i Golub, 2016; Bouris i Hill, 2017; Scandurra i in., 2017; Stanton i in., 2017; Watson i in., 2017; Hughto i Reisner, 2018; Kuper i in., 2018; Seibel i in., 2018; Watson, Veale i in., 2019; Weinhardt i in., 2019; Austin i in., 2020a; Hailey i in., 2020; Platt i in. 2020; Smart i in., 2020; Reyes i in., 2020; Curth i Mayeux, 2024) i zaangażowanie w życie środowiska osób transpłciowych i niebinarnych (Nemoto, Operario, Sevelius i in., 2004; Lev, 2007; Nuttbrock i in., 2015a; Stanton i in., 2017; Bowling i in., 2020; Poliwoda i in., 2024).

Strategie radzenia sobie, zasoby indywidualne

Jako czynniki ryzyka związane ze strategiami radzenia sobie i z zasobami indywidualnymi wymieniane są: strategia aktywno-rozpraszająca (*active-distractive coping*) (AshrafiKhan, 2019), strategia unikowa (*avoidance-focused coping*) (Budge i in., 2014; Hughto i in., 2017; Ashrafi Khan, 2019; Fernández-Rouco i in., 2019; Craig i in., 2020), sztywność psychologiczna (Lloyd i in., 2019), dezadaptacyjne metaprzekonania (Fernie i in., 2017), wrażliwość na odrzucenie (Feinstein, 2020; Meyer, 2020; Wells i in., 2020), ruminowanie (Sarno i in., 2020).

Wśród czynników ochronnych są wskazywane: rezyliencja (Grossman i in., 2011; Gonzalez i in., 2012; McFadden i in., 2013; Scandurra i in., 2017; Bry i in., 2018; Hatchel i Marx, 2018; McDowell i in., 2019; Cogan i in., 2020a;

Lelutiu-Weinberger i in., 2020; Szymanski i Gonzalez, 2020; Valente i in., 2020), stosowanie aktywno-praktycznej strategii radzenia sobie (*active-practical coping*) oraz strategii skoncentrowanej na religijności (*religious-focused coping*) (Ashraf i Khan, 2019), poczucie humoru (Craig i in., 2018), umiejętność rozwiązywania problemów (Jones i Hillier, 2013).

Inne czynniki związane z doświadczanym stresem mniejszościowym

Jako czynniki negatywnie wpływające na zdrowie psychiczne wymieniane są: historia wcześniej doświadczanej psychopatologii (Rotondi, Bauer, Scanlon i in., 2011; Guzman-Parra i in., 2016; Lehavot i in., 2016; Brennan i in., 2017; Kuper i in., 2018; Lloyd i in., 2019), szkodliwe używanie / uzależnienie od alkoholu (Wilson, 2013; Boza i Nicholson Perry, 2014; Lehavot i in., 2016; Chakrapani i in., 2018; Yi i in., 2019), zakażenie wirusem HIV (Chakrapani i in., 2015; Chang i in., 2019), przyjmowanie narkotyków (Wilson, 2013; Mburu i in., 2019), przyjmowanie nieprzepisanych przez lekarza leków (Benotsch i in., 2013, 2014), niska satysfakcja seksualna (Rotondi, Bauer, Scanlon i in., 2011; Ristori i in., 2019), samouszkadzanie się (Claes i in., 2015), doświadczanie myśli samobójczych, przebyte próby samobójcze (Grossman i D'Augelli, 2007; Nemoto i in., 2011; Boza i Nicholson Perry, 2014; Brennan i in., 2017; Austin i in., 2020a), lęk przed korzystaniem z usług służby zdrowia, brak aktywności fizycznej i otyłość (Fredriksen-Goldsen i in., 2013), ogólne problemy zdrowotne (Stanton i in., 2017), stres (Wilson, 2013; Mink i in., 2014; Hoy-Ellis i Fredriksen-Goldsen, 2017), choroby przewlekłe (Hughto i Reisner, 2018) oraz poddawanie się interwencjom konwersyjnym/reparatywnym (Turban i in., 2020).

Do czynników związanych z tożsamością jednostki, które wpływają na obniżenie psychicznego dobrostanu, są zaliczane: przypisanie po urodzeniu męskiej płci (Slabbekoorn i in., 2001; De Cuypere i in., 2005; Smith i in., 2005; Couch i in., 2007; Lobato i in., 2007; Gómez-Gil i in., 2008; Boza i Nicholson Perry, 2014; Heylens, Elaut i in., 2014; Mazaheri Meybodi i in., 2014a; Claes i in., 2015), dłuższy okres funkcjonowania w zgodzie z doświadczaną płcią (Shipherd i in., 2011; Yang, Wang i in., 2015; Katz-Wise, Budge i in., 2017), przynależność do mniejszości etnicznej (Nemoto i in., 2011; Ching i in., 2018; Hughto i Reisner, 2018; Hatchel i in., 2019), przynależność do mniejszości seksualnej (Bariola i in., 2015; Lehavot i in., 2016; Katz-Wise, Budge i in.,

2017; Katz-Wise, Mereish i Woulfe i in., 2017; Katz-Wise, Reisner i in., 2017; Katz-Wise, Reisner i in., 2017; Logie, Lacombe-Duncan, Poteat i in., 2017; Kuper i in., 2018), ograniczony passing (Rotondi, Bauer, Travers i in., 2011; Gamarel i in., 2014; Nuttbrock i in., 2014a; Begun i Kattari, 2016; Glynn i in., 2016; Katz-Wise, Budge i in., 2017; Keng i Liew, 2017; Watt i in., 2018; To i in., 2020), funkcjonowanie w roli płciowej przypisanej po urodzeniu (Rotondi, Bauer, Scanlon i in., 2011), ograniczone ujawnienie swojej niecisnormatywnej tożsamości (Strain i Shuff, 2011; Wilson, 2013; Kosciw i in., 2015; Peacock i in., 2015; Veldorale-Griffin i Darling, 2016; Russell i in., 2018; McKay i Watson, 2019), dłuższy okres świadomości doświadczania niezgodności płciowej (Katz-Wise, Budge i in., 2017), niebinarna tożsamość płciowa (Katz-Wise, Budge i in., 2017; Thorne i in., 2018; Chavanduka i in., 2020). Czynnikiem ochronnym w tym kontekście może być męska identyfikacja (Kuper i in., 2018). W kontekście tych dwóch ostatnich, tj. tożsamości niebinarnej oraz męskiej identyfikacji, badania przeprowadzone przez Poquiz i współpracowników (2020) wskazują na odwrotną zależność.

Wśród czynników socjoekonomicznych mających negatywny wpływ na zdrowie psychiczne zdaniem badaczy znajdują się: status osoby bezrobotnej (Boza i Nicholson Perry, 2014; Nuttbrock i in., 2014a; Guzmán-Parra i in., 2016), niestabilna sytuacja mieszkaniowa i doświadczenie bezdomności (Wolf i Dew, 2012; Boza i Nicholson Perry, 2014; Seelman, 2016; Simpson i Shipherd, 2016; Drescher i in., 2019), mieszkanie w małej miejscowości (Paceley Goffnett i Gandy-Guedes, 2017; Paceley, Okrey-Anderson i Heumann, 2017; Kaplan i in., 2019), brak lub niskie wykształcenie (Nemoto i in., 2011; Bazargan i Galvan, 2012; Wolf i Dew, 2012; Yadegarfard i in., 2013; Boza i Nicholson Perry, 2014; Katz-Wise, Budge i in., 2017; Chakrapani i in., 2018; Yi i in., 2018; McDowell i in., 2019), niskie zarobki (Nemoto i in., 2011; Fredriksen-Goldsen i in., 2013; Gamarel i in., 2014; Bariola i in., 2015; Katz-Wise, Budge i in., 2017; Chang i in., 2019), młody wiek (Nuttbrock i in., 2010; Pflum i in., 2015; Bouman, Davey i in., 2016; Katz-Wise, Budge i in., 2017; Hughto i Reisner, 2018; Yi i in., 2018), udział w potencjalnie traumatycznych wydarzeniach (Shipherd i in., 2011; Lindsay i in., 2016; Reisner, White Hughto i in., 2016; Reisner, Poteat i in., 2016), praca w sektorze usług seksualnych (Reback i in., 2012; Nuttbrock i in., 2014a; Scheim i in., 2016), podejmowanie się ryzykownych zachowań seksualnych (Garofalo i in., 2006; Singh, 2013) i pobyt w zakładzie karnym (Hughto i in., 2019).

3.9.2. Konsekwencje stresu mniejszościowego doświadczanego przez osoby transpłciowe i niebinarne dla zdrowia somatycznego

Częstsze występowanie trudności związanych ze zdrowiem somatycznym w populacji osób z mniejszości płciowych (Herbst i in., 2008; Hafeez i in., 2017; Maraka i in., 2017; Getahun i in., 2018; Quinn i in., 2017; Lagos, 2018; Rider i in., 2018; Goldstein i in., 2019; Goodman, Getahun i in., 2019; Nota i in., 2019) zdaje się uwarunkowane doświadczanym stresem mniejszościowym.

Istnieje wiele możliwych ścieżek wpływu stresu mniejszościowego na zdrowie somatyczne. Stosowane interwencje medyczne afirmujące doświadczaną płeć w celu redukcji dysforii płciowej mogą prowadzić do wystąpienia chorób somatycznych, takich jak: choroby dermatologiczne (Hembree i in., 2009, 2017; Tangpricha i Den Heijer, 2017; Sabra i in., 2018; Yeung i in., 2019, 2020; Min i Hopkins, 2021), choroby układu sercowo-naczyniowego (Wierckx i Giltay, 2014; Toorians i in., 2003, za: Hembree i in., 2017; Maraka i in., 2017; Getahun i in., 2018; Quinn i in., 2017; Goldstein i in., 2019; Goodman, Getahun i in., 2019; Nota i in., 2019; Trofimiku-Müldner, 2020; Min i Hopkins, 2021), osteopenia i osteoporoza (Reutrakul i in., 1998; Kesteren i in., 1998; Coleman i in., 2012, 2022; Wierckx i in., 2012; Weinand i Safer, 2015; Reisner, Biello i in., 2016; Safer i Tangpricha, 2019; Qian i Safer, 2020; Min i Hopkins, 2021), hipertrójglicerydemia i cukrzyca typu 2 (Hembree i in., 2017; Cheung i in., 2019; Hamidi i Davidge-Pitts, 2019), choroba pęcherzyka żółciowego (Cheung i in., 2019), kamica żółciowa (Hembree i in., 2017), a także niektóre choroby nowotworowe (Wierckx i in., 2013; Wolf-Gould i Wolf-Gould, 2016; Deebel i in., 2017; Sharif i in., 2017; Blok i in., 2018; Nota i in., 2018; Sabra i in., 2018; Blok i in., 2019; Yeung i in., 2019; Min i Hopkins, 2021).

Doświadczana dyskryminacja może warunkować dostęp do rzetelnej opieki medycznej, zwiększając trudności w profilaktyce i leczeniu chorób (McIntyre i in., 2012; Bradford i in., 2013; Cruz, 2014; Lim i in., 2014; Roberts i Fantz, 2014; Sanganjanavanich, 2014; Andrinopoulos i in., 2015; Best i in., 2015; Lacombe-Duncan, 2016; Safer i in., 2016; Winter i in., 2016; Romanelli i Hudson, 2017; Fisher, Fried i in., 2017; Seelman, Colon-Diaz i in., 2017; Ganju i Saggurti, 2017; Logie, Lacombe-Duncan, Brien i in., 2017; Barrington i in., 2018; Du Bois i in., 2018; Fisher i in., 2018; Murjan i T'Sjoen, 2018; Pucket i in., 2018; Salkas i in., 2018; Chang, 2019; Safer i Chan, 2019; Brookfield i in., 2020; Cicero i in., 2020; Delozier i in.,

2020; Goldenberg, Kahle i Stephenson, 2020; Goldenberg, Reisner, i in., 2020; Boonyapisomparn i in., 2023). Według badań (Caceres i in., 2019 Abramovich i in., 2020) przekładać się to może na częstsze występowanie takich chorób, jak astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, cukrzyca, choroby układu sercowo-naczyniowego czy zakażenie wirusem HIV (a sama ta tendencja ma być szczególnie wyraźna w populacji osób niebinarnych [Downing i Przedworski, 2018]).

Dostęp do opieki medycznej może być również ograniczony przez różnego rodzaju czynniki socjoekonomiczne (np. niskie wykształcenie, bezrobocie, niskie zarobki) (Mizock i Hopwood, 2018; Frost i in., 2019; Abramovich i in., 2020; Bhattacharya i Ghosh, 2020), wpływające np. na wysokość środków możliwych do spożytkowania na usługi medyczne. Dodatkowo już sam dostęp do tych usług i ich jakość mogą być uwarunkowane piętnem przynależności do mniejszości płciowych.

Kolejną barierę może stanowić lęk przed dyskryminacją motywowaną uprzedzeniami wobec osób z mniejszości płciowych i w konsekwencji unikanie kontaktu ze służbą zdrowia (Hughto, Clark i in., 2018; Hughto, Pachankis, Reisner i in., 2018; Goldenberg i in., 2019; Goldenberg, Reisner i in., 2020; Kcomt, Gorey i in., 2020; Kim i in., 2024; Thomas i in., 2024).

Trudności mogą również wynikać z niedostosowania systemu opieki zdrowotnej do potrzeb osób transpłciowych i niebinarnych, które objawia się w braku odpowiednich wobec nich procedur postępowania. Wynika on zarówno z niewiedzy specjalistów na temat funkcjonowania osób z mniejszości płciowych (Glick i in., 2018; Shires i in., 2018a, 2018b; Vijay i in., 2018), jak i z uprzedzeń wobec tej grupy (Kinsler i in., 2007; Lutwak i in., 2014; Socías i in., 2014; Bauer i in., 2015; Mehta, 2015; Clark i in., 2017; ErcanSahin i in., 2020; Kano i in., 2020).

Na zdrowie somatyczne mogą też wpływać ryzykowne zachowania uwarunkowane zinternalizowanym piętnem oraz doświadczaną dyskryminacją lub przemocą motywowanymi uprzedzeniami wobec osób transpłciowych i niebinarnych (Ramirez-Valles i in., 2008; Willie i in., 2017; Rood i in., 2018). Doświadczanie transfobii oraz jej zinternalizowana postać zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia ryzykownych zachowań seksualnych, jak również rezygnacji z zachowań prozdrowodnych (Hwahng i Nuttbrock, 2007; Ramirez-Valles i in., 2008; De Santis, 2009; Wilson i Pant, 2010; Kosenko, 2011; Wilson i in., 2011; Hotton i in., 2013; Mutch i in., 2013; Fletcher i in., 2014; Nuttbrock i in., 2015b; Arayasirikul i in., 2017; Budhwani, Hearld, Hasbun i in., 2017; Logie, Lacombe-Duncan, Kenny i in., 2017, 2018b, 2018c; Perez-Brumer, Reisner i in., 2017;

Poteat i in., 2017; Willie i in., 2017; Huerta, 2017; Magno i in., 2018; Reback i in., 2018; Rood i in., 2018; Magno i in., 2019; Herrick i in., 2020), co może prowadzić między innymi do zakażenia się wirusem HIV lub innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową (Nemoto, Operario, Keatley i in., 2004; Operario i Nemoto, 2010; Nuttbrock, 2013; Poteat i in., 2014, 2016; Reback i Fletcher, 2014; Logie i in., 2016; Logie, Lacombe-Duncan i in., 2017; Logie, Wang i in., 2018; Weissman i in., 2016; Jin i in., 2019). Doświadczanie transfobii zwiększa również tendencję do nadużywania alkoholu, narkotyków i leków (Ramirez-Valles i in., 2008; Nuttbrock i in., 2014b; Operario i in., 2014; Reisner, Potetat i in., 2016; Budhwani, Hearld, Milner i in., 2017) czy też samowolnego podejmowania hormonalnych interwencji afirmujących doświadczaną płeć, co z kolei może przełożyć się na zwiększenie ryzyka wystąpienia wcześniej wskazanych omówionych chorób somatycznych (Clark i in., 2018). Interesujące zależności pomiędzy doświadczanym stresem mniejszościowym a zdrowiem somatycznym opisali Du Bois i współpracownicy (2017, 2024) oraz McQuillan i współpracownicy (2020). Pierwszy z zespołów wskazał, że stres ten może mieć związek z podwyższonym dobowym poziomem kortyzolu (Du Bois i in., 2017, 2024), zaobserwowali związek pomiędzy stresem mniejszościowym a poziomem stanów zapalnych.

3.9.3. Społeczno-ekonomiczne konsekwencje stresu mniejszościowego doświadczanego przez osoby z mniejszości płciowych

Konsekwencje uprzedzeń wobec osób transpłciowych i niebinarnych mogą objawiać się na kilku poziomach – interpersonalnym, organizacyjnym, instytucjonalnym i strukturalnym.

Uprzedzenia te mogą mieć znaczny wpływ już na poziome kontaktu z najbliższymi (Kryszk i Kłonkowska, 2012). Mogą przejawiać się w dyskryminacji, odizolowaniu bądź różnego rodzaju przemocy, jakich transpłciowy/niebinarny członek rodziny doświadcza ze strony krewnych (oraz innych bliskich), jak i również w szeroko rozumianym braku wsparcia z ich strony (Galupo i in., 2014; Lefevor i in., 2019b). Poczynając od nieafirmacji tożsamości płciowej i różnych form transfobicznej mikroagresji po wyrzucenie z domu, przyczyniające się do rosnącego problemu doświadczania kryzysu bezdomności (Kattari, Whitfield i in., 2016; Glick i in., 2019) i trudności z dostępem do usług medycznych

(wynikające również z trudności z uzyskaniem pracy lub z zatrudnienia z niskimi zarobkami) (Frost i in. 2019; Milner i in., 2019; Mimiaga i in., 2019). Uprzedzenia mogą mieć negatywny wpływ także na stworzenie satysfakcjonującego związku oraz planowanie potomstwa (Gamarel i in., 2014, 2019; Malmquist i in., 2019; Messinger i Guadalupe-Diaz, 2020).

Konsekwencje uprzedzeń wobec osób transpłciowych i niebinarnych na poziomie organizacyjnym i strukturalnym uwidaczniają się zwłaszcza w praktykach organizacyjnych oraz regulacjach prawnych, które w ograniczony sposób chronią osoby z mniejszości płciowych przed dyskryminacją, a także utrudniają ich funkcjonowanie w zgodzie ze sobą. Widoczne jest to szczególnie w placówkach oświatowych, zakładach pracy czy placówkach ochrony zdrowia. W wypadku tych pierwszych skutkiem mogą być trudności w zdobywaniu wykształcenia (i w rezultacie jego niższym poziom) (Grant i in., 2011; Formby, 2015; Peter i in., 2017; Wilkinson i in., 2018; Goldberg, Kuvalanka i Black, 2019; Kammer-Kerwick i in., 2019); w wypadku zakładów pracy może to przekładać się na niższą satysfakcję z pracy i zwiększone ryzykojej utraty (i bezrobocia) lub konieczność szukania zatrudnienia w gorzej płatnych miejscach (Grant i in., 2011; Mizock i Mueser, 2014; Martinez i in., 2017; Mizock i Hopwood, 2018); w ostatnim wypadku może wpływać na pogorszenie się stanu zdrowia somatycznego (Mimiaga i in., 2019).

Ograniczone wsparcie społeczne lub jego brak, niejednokrotnie trudna sytuacja materialna mogą skłaniać część osób transpłciowych i niebinarnych do podejmowania pracy w sektorze usług seksualnych. Taka sytuacja wiąże się z przypisaniem osobie piętna pracownika/pracownicy seksualnej, większym ryzykiem doświadczania przemocy, podejmowania się ryzykownych zachowań seksualnych, zakażenia się chorobami przenoszonymi drogą płciową czy wirusem HIV (i doświadczania piętna związanego z tym zakażeniem). Ponadto osoby te mogą być narażone na kryminalizację – w krajach, gdzie praca seksualna jest penalizowana (Wilson i in., 2009; Winter i King, 2011; Nadal, Davidoff, Fujii-Doe, 2014; Liu i in., 2017; Logie, Wang i in., 2017; Logie, Abramovich i in., 2018; Logie, Wang i in., 2018; Logie, Perez-Brumer i in., 2018; Hughto i in., 2019).

Na poziomie kulturowym uprzedzenia wobec osób transpłciowych i niebinarnych mogą przejawiać się w niewystarczającej reprezentacji w różnego rodzaju tekstach kultury, w tym w mediach, narracji osób z mniejszości płciowych. Wyklucza to mniejszości z szerszego kontekstu społeczno-kulturowego, nasilając ich poczucie wyalienowania i nieadekwatności.

Rozdział 4

Problematyka badań własnych

4.1. Cel i problemy badawcze

Temat wpływu dyskryminacji oraz przemocy ze względu na niecisnormatywną tożsamość płciową na zdrowie psychiczne i fizyczne czy dobrostan osób transpłciowych i niebinarnych jest jedną z kwestii najczęściej uwzględnianych w badaniach dotyczących tej populacji (Nemoto, Operario, Sevelius i in., 2004; Bockting i in., 2005; Clements-Nolle i in., 2006; Sugano i in., 2006; Pitts i in., 2009; Nuttbrock i in., 2010; Reisner i in., 2010; Nemoto i in., 2011; Shipherd i in., 2011; Bazargan i Galvan, 2012; Bockting i in., 2013; Jefferson i in., 2013; Nuttbrock i in., 2013; Boza i Nicholson Perry, 2014; Budge i in., 2014; Gamarel i in., 2014; Nuttbrock i in. 2014a, 2014b; Operario, Yang, Manning i in., i in., 2014; Operario, Yang, Reisner i in., 2014; Claes i in., 2015; Yang, Manning i in., 2015; Yang, Wang i in., 2015; Blosnich i in., 2016; Bockting i in., 2016; Gleason i in., 2016; Reisner, Biello i in., 2016; Reisner, Hughto i in., 2016; Owen-Smith i in., 2017; Rimes i in., 2017; Rood i in., 2017; Scandurra i in., 2017; Truilljo i in., 2017; Veale i in., 2017; Hughto i in., 2017; Williams i in., 2017; Chakrapani i in., 2018; Hughto i Reisner, 2018; Yi i in., 2018; Lee, Operario i in., 2020).

Kwestia wpływu dyskryminacji i przemocy ze względu na tożsamość płciową na poziom zinternalizowania negatywnych przekonań dotyczących transpłciowości wśród osób z mniejszości płciowych (jak i wiedza na temat samej zinternalizowanej transfobii) (Reisner i in., 2010; Hendricks i Testa, 2012; Fredriksen-Goldsen i in., 2013; Testa i in., 2015; Hoy-Ellis i Fredriksen-Goldsen, 2017; Rood, Maroney i in. 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Staples i in., 2018; Ashraf i Khan, 2019; Lee, Operario i in., 2020) nie została jednak jeszcze przebadana. Istnieje luka w wiedzy dotycząca doświadczania transfobii, szczególnie w kontekście mechanizmów, które pośredniczą w tym procesie. Głównym celem niniejszej pracy jest ich zbadanie, a biorąc pod uwagę stan aktualnej wiedzy, badania mają charakter eksploracyjny.

W pracy zostały sformułowane trzy cele. Pierwszym celem jest zbadanie zależności między dwiema postaciami transfobii (spostrzeganą i zinternalizowaną) a indywidualnymi właściwościami osoby transpłciowej – intensywnością dysforii płciowej, poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, spostrzeganym wsparciem społecznym, zmiennymi osobowościowymi, stylami ustosunkowań interpersonalnych, samooceną i umiejętnościami interpersonalnymi, strategiami radzenia sobie z transfobią, okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje, oraz poziomem ujawnienia swojej transpłciowości.

Drugim celem jest zbadanie potencjalnego udziału: intensywności dysforii płciowej, poczucia psychicznej kobiecości i męskości, spostrzeganego wsparcia społecznego, zmiennych osobowościowych, stylów ustosunkowań interpersonalnych, samooceny i umiejętności interpersonalnych, strategii radzenia sobie z transfobią, okresu funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje, oraz poziomu ujawnienia swojej transpłciowości – w relacji między spostrzeganą a zinternalizowaną transfobią.

Trzecim celem jest zbadanie potencjalnych różnic międzygrupowych pod względem spostrzeganej i zinternalizowanej transfobii oraz częstotliwości stosowania poszczególnych strategii radzenia sobie z transfobią między osobami transpłciowymi o męskiej i żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu, między osobami o binarnej tożsamości płciowej i osobami niebinarnymi oraz między osobami, które podjęły się różnych interwencji afirmujących płeć doświadczaną.

4.2. Hipotezy badawcze

Na podstawie wskazanych celów badawczych i uwzględniając aktualny stan wiedzy na temat problematyki doświadczania transfobii przez osoby z mniejszości płciowych, sformułowano hipotezy badawcze, zaprezentowane w kolejnych podrozdziałach.

4.2.1. Hipoteza badawcza 1

Istnieją zależności między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią, dysforią płciową, psychicznym poczuciem kobiecości i męskości,

spostrzeganym wsparciem społecznym, zmiennymi osobowościowymi, stylami ustosunkowań interpersonalnych, samooceną, umiejętnościami interpersonalnymi, strategiami radzenia sobie z transfobią, okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje, i ujawnieniem swojej transpłciowości.

1. Istnieje zależność między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Istnieje pozytywny związek między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

2. Istnieje zależność między spostrzeganą transfobią a dysforią płciową. Istnieje pozytywny związek między spostrzeganą transfobią a dysforią płciową.

3. Istnieje zależność między spostrzeganą transfobią a psychicznym poczuciem kobiecości i męskości. Istnieje negatywny związek między spostrzeganą transfobią a psychicznym poczuciem męskości. Istnieje pozytywny związek między psychicznym poczuciem kobiecości a spostrzeganą transfobią.

4. Istnieje zależność między spostrzeganą transfobią a spostrzeganym wsparciem społecznym (instrumentalnym, emocjonalnym oraz ogólnym spostrzeganym wsparciem społecznym). Istnieje negatywny związek między spostrzeganą transfobią a spostrzeganym wsparciem społecznym (instrumentalnym, emocjonalnym oraz ogólnym).

5. Istnieje zależność między spostrzeganą transfobią a ekstrawersją, ugodowością, sumiennością, stabilnością emocjonalną i otwartością na doświadczenia. Istnieje negatywny związek między spostrzeganą transfobią a ekstrawersją, ugodowością, sumiennością, stabilnością emocjonalną i otwartością na doświadczenia.

Istnieje zależność między spostrzeganą transfobią a stylem: kierowniczo-autorytatywnym, podtrzymująco-przesadnie opiekuńczym, współpracująco-przyjacielskim, uległo-zależnym, wycofująco-masochistycznym, buntowniczo-podejrzliwym, agresywno-sadystycznym i współzawodnicząco-narcystycznym. Istnieje pozytywny związek między spostrzeganą transfobią a stylem: kierowniczo-autorytatywnym, podtrzymująco-przesadnie opiekuńczym, współpracująco-przyjacielskim, uległo-zależnym, wycofująco-masochistycznym, buntowniczo-podejrzliwym i agresywno-sadystycznym. Istnieje negatywny związek między spostrzeganą transfobią a stylem współzawodnicząco-narcystycznym.

6. Istnieje zależność między spostrzeganą transfobią a samooceną. Istnieje negatywny związek między spostrzeganą transfobią a samooceną.

7. Istnieje zależność między spostrzeganą transfobią a umiejętnością nawiązywania kontaktu, wyrażania negatywnych emocji, ujawniania siebie, zarządzania konfliktem i okazywania wsparcia emocjonalnego. Istnieje pozytywny związek między spostrzeganą transfobią a umiejętnością nawiązywania kontaktu, wyrażania negatywnych emocji, ujawniania siebie. Istnieje negatywny związek między spostrzeganą transfobią a umiejętnością zarządzania konfliktem i okazywania wsparcia emocjonalnego.

8. Istnienie zależność między spostrzeganą transfobią a strategią: radzenia sobie z transfobią: płciowo-normatywną, autoafirmującą, regulującą emocje, poznawczo-restrukturyzującą, społeczno-relacyjną, prewencyjno-przygotowawczą, odcinania się, korzystania z zasobów, duchowo-religijną i polityczno-upodmiotawiającą. Istnieje pozytywny związek między spostrzeganą transfobią a strategią: płciowo-normatywną, społeczno-relacyjną, prewencyjno-przygotowawczą, korzystania z zasobów i polityczno-upodmiotawiającą. Istnieje negatywny związek między spostrzeganą transfobią a strategią: autoafirmującą, regulującą emocje, poznawczo-restrukturyzującą, odcinania się i duchowo-religijną.

9. Istnieje zależność między spostrzeganą transfobią a poziomem ujawnienia swojej transpłciowości: wśród członków rodziny, w pracy / miejscu edukacji, wśród znajomych i poziomem ogólnym ujawnienia. Istnieje negatywny związek między spostrzeganą transfobią a poziomem ujawnienia swojej transpłciowości wśród członków rodziny, w pracy / miejscu edukacji, wśród znajomych oraz ogólnym poziomem jej ujawnienia.

10. Istnieje zależność między spostrzeganą transfobią a okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje. Istnieje negatywny związek między spostrzeganą transfobią a okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje.

4.2.2. Hipoteza badawcza 2

Istnieją zależności między zinternalizowaną transfobią a dysforią płciową, poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, spostrzeganym wsparciem społecznym, zmiennymi osobowościowymi, stylami ustosunkowań interpersonalnych, samooceną, umiejętnościami interpersonalnymi, strategiami radzenia sobie z transfobią, okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje, i poziomem ujawnienia swojej transpłciowości.

1. Istnieje zależność między zinternalizowaną transfobią a dysforią płciową. Istnieje pozytywna zależność między dysforią płciową a zinternalizowaną transfobią.

2. Istnieje zależność między zinternalizowaną transfobią a poczuciem psychicznej kobiecości i męskości. Istnieje pozytywna zależność między poczuciem psychicznej kobiecości a zinternalizowaną transfobią, oraz negatywna zależność między poczuciem psychicznej męskości a zinternalizowaną transfobią.

3. Istnieje zależność między zinternalizowaną transfobią a spostrzeganym wsparciem społecznym: instrumentalnym, emocjonalnym i ogólnym poziomem spostrzeganego wsparcia. Istnieje negatywna zależność między spostrzeganym wsparciem społecznym (instrumentalnym, emocjonalnym i jego ogólnym poziomem) a zinternalizowaną transfobią.

4. Istnieje zależność między zinternalizowaną transfobią a ekstrawersją, ugodowością, sumiennością, stabilnością emocjonalną i otwartością na doświadczenia. Istnieje negatywny związek między ekstrawersją, ugodowością, sumiennością, stabilnością emocjonalną i otwartością na doświadczenia a zinternalizowaną transfobią.

5. Istnieje zależność między zinternalizowaną transfobią a stylem: kierowniczo-autorytatywnym, podtrzymująco-przesadnie opiekuńczym, współpracująco-przyjacielskim, uległo-zależnym, wycofująco-masochistycznym, buntowniczo-podejrzliwym, agresywno-sadystycznym, współzawodniczącо-narcystycznym. Istnieje pozytywny związek między stylem: uległo-zależnym, wycofująco-masochistycznym, buntowniczo-podejrzliwym i agresywno-sadystycznym a zinternalizowaną transfobią. Z kolei między stylem: kierowniczo-autorytatywnym, podtrzymująco-przesadnie opiekuńczym, współpracująco-przyjacielskim i współzawodniczącо-narcystycznym a zinternalizowaną transfobią istnieje negatywny związek.

6. Istnieje zależność między zinternalizowaną transfobią a samooceną. Istnieje negatywny związek między samooceną a zinternalizowaną transfobią.

7. Istnieje zależność między zinternalizowaną transfobią a umiejętnością nawiązywania kontaktu, wyrażania negatywnych emocji, ujawniania siebie, zarządzania konfliktem, okazywania wsparcia emocjonalnego. Istnieje negatywny związek między umiejętnością nawiązywania kontaktu, wyrażania negatywnych emocji, ujawniania siebie, zarządzania konfliktem i okazywania wsparcia emocjonalnego a zinternalizowaną transfobią.

8. Istnienie zależność między zinternalizowaną transfobią a strategią radzenia sobie z transfobią: płciowo-normatywną, auto-afirmującą, regulującą emocje, poznawczo-restrukturyzującą, społeczno-relacyjną, prewencyjno-przygotowawczą, odcinania się, korzystania z zasobów, duchowo-religijną i polityczno-upodmiotawiającą. Istnieje pozytywny związek między strategią płciowo-normatywną, poznawczo-restrukturyzującą, prewencyjno-przygotowawczą, odcinania się i duchowo-religijną a zinternalizowaną transfobią. Z kolei między strategią: auto-afirmującą, regulującą emocje, społeczno-relacyjną, korzystania z zasobów i polityczno-upodmiotawiającą a zinternalizowaną transfobią istnieje negatywny związek.

9. Istnieje zależność między zinternalizowaną transfobią a poziomem ujawnienia swojej transpłciowości wśród członków rodziny, w pracy / miejscu edukacji, wśród znajomych i poziomem ogólnym ujawnienia. Istnieje negatywny związek między poziomem ujawnienia swojej transpłciowości wśród członków rodziny, w pracy / miejscu edukacji, wśród znajomych i poziomem ogólnym ujawnienia a zinternalizowaną transfobią.

10. Istnieje zależność między zinternalizowaną transfobią a okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje. Istnieje negatywna zależność między okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje, a zinternalizowaną transfobią.

4.2.3. Hipoteza badawcza 3

Istnieją zależności między dysforią płciową, zmiennymi osobowościowymi, samooceną, poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, stylami ustosunkowań interpersonalnych, umiejętnościami interpersonalnymi, strategiami radzenia sobie z transfobią, spostrzeganym wsparciem społecznym, poziomem ujawnienia swojej transpłciowości, okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje.

1. Istnieją zależności między dysforią płciową a zmiennymi osobowościowymi, samooceną, poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, stylami ustosunkowań interpersonalnych, umiejętnościami interpersonalnymi, strategiami radzenia sobie z transfobią, spostrzeganym wsparciem społecznym, poziomem ujawnienia swojej transpłciowości, okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje.

2. Istnieją zależności między okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje, a poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, spostrzeganym wsparciem społecznym, zmiennymi osobowościowymi, stylami ustosunkowań interpersonalnych, samooceną, umiejętnościami interpersonalnymi, strategiami radzenia sobie z transfobią.

3. Istnieją zależności między poziomem ujawnienia swojej transpłciowości a dysforią płciową, poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, spostrzeganym wsparciem społecznym, zmiennymi osobowościowymi, stylami ustosunkowań interpersonalnych, samooceną, umiejętnościami interpersonalnymi, strategiami radzenia sobie z transfobią, okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje.

4. Istnieją zależności między strategiami radzenia sobie z transfobią a poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, spostrzeganym wsparciem społecznym, zmiennymi osobowościowymi, stylami ustosunkowań interpersonalnych, samooceną, umiejętnościami interpersonalnymi.

4.2.4. Hipoteza badawcza 4

Relację między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią mediują:

1) strategie radzenia sobie z transfobią: płciowo-normatywna, autoafirmująca, regulująca emocje, poznawczo-restrukturyzująca, społeczno-relacyjna, prewencyjno-przygotowawcza, odcinania się, korzystania z zasobów, duchowo-religijna i polityczno-upodmiotawiająca;

2) zmienne osobowościowe: ekstrawersja, ugodowość, sumienność, stabilność emocjonalna, otwartość na doświadczenia;

3) dysforia płciowa;

4) poczucie psychicznej kobiecości i męskości;

5) spostrzegane wsparcie społeczne (instrumentalne, emocjonalne i jego ogólny poziom);

6) samoocena;

7) umiejętności nawiązywania kontaktu, wyrażania negatywnych emocji, ujawniania siebie, zarządzania konfliktem i okazywania wsparcia emocjonalnego;

8) style interpersonalne: kierowniczo-autorytatywny, podtrzymująco-przesadnie opiekuńczy, współpracująco-przyjacielski, uległo-zależny, wycofująco-masochistyczny, buntowniczo-podejrzliwy, agresywno-sadystyczny, współzawodniczący-narcystyczny;

9) poziom ujawnienia swojej transpłciowości (wśród członków rodziny, w pracy / miejscu edukacji, wśród znajomych i poziom ogólny ujawnienia);

10) okres funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje.

4.2.5. Hipoteza badawcza 5

Relację zmiennych osobowościowych (ekstrawersji, ugodowości, sumienności, stabilności emocjonalnej i otwartości na doświadczenia), dysforii płciowej, poczucia psychicznej kobiecości i męskości, samooceny, umiejętności interpersonalnych (nawiązywania kontaktu, wyrażania negatywnych emocji, ujawniania siebie, zarządzania konfliktem i okazywania wsparcia emocjonalnego), stylów ustosunkowań interpersonalnych (kierowniczo-autorytatywnego, podtrzymująco-przesadnie opiekuńczego, współpracująco-przyjacielskiego, uległo-zależnego, wycofująco-masochistycznego, buntowniczo-podejrzliwego, agresywno-sadystycznego, współzawodniczącego-narcystycznego), strategii radzenia sobie z transfobią (płciowo-normatywnej, autoafirmującej, regulującej emocje, poznawczo-restrukturyzującej, społeczno-relacyjnej, prewencyjno-przygotowawczej, odcinania się, korzystania z zasobów, duchowo-religijnej, polityczno-upodmiotawiającej), poziomów ujawnienia swojej transpłciowości (wśród członków rodziny, w pracy / miejscu edukacji, wśród znajomych, ogólnego poziomu ujawnienia się), okresu funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje, i zinternalizowanej transfobii mediuje spostrzegane wsparcie społeczne (poziom ogólny).

4.2.6. Hipoteza badawcza 6

Występują różnice w strategiach radzenia sobie z transfobią, w spostrzeganej transfobii i w zinternalizowanej transfobii pomiędzy:

1) osobami, którym przypisano męską płeć po urodzeniu, a tymi, którym przypisano płeć żeńską; osoby o męskiej płci przypisanej po urodzeniu cechuje wyższy poziom spostrzeganej i zinternalizowanej transfobii niż osoby, którym przypisano żeńską płeć po urodzeniu;

2) osobami o binarnej tożsamości płciowej a osobami o niebinarnej tożsamości płciowej; osoby o niebinarnej tożsamości płciowej deklarują niższy poziom spostrzeganej i zinternalizowanej transfobii niż osoby o binarnej tożsamości płciowej;

3) osobami, które posiadają diagnozę transseksualizmu / dysforii płciowej, a tymi, które jej nie posiadają; osoby posiadające diagnozę transseksualizmu / dysforii płciowej deklarują wyższy poziom spostrzeganej i zinternalizowanej transfobii niż osoby jej nie posiadające;

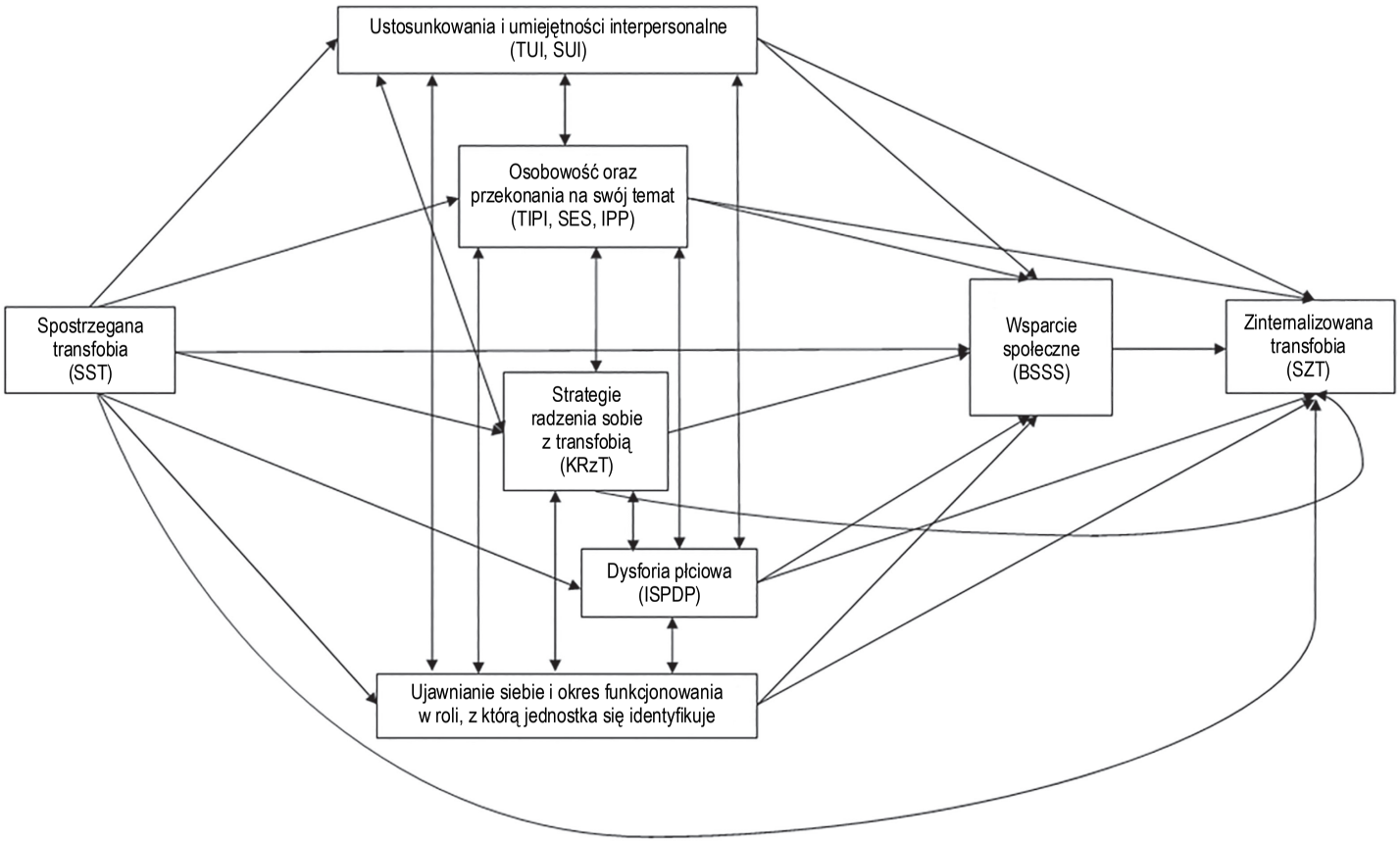
4) osobami, które podjęły się prawnej korekty oznaczenia płci, a tymi, które jej nie podjęły się; osoby, które podjęły się prawnej korekty oznaczenia płci, deklarują niższy poziom spostrzeganej transfobii niż osoby, które jej nie podjęły się; osoby, które podjęły się prawnej korekty oznaczenia płci, deklarują wyższy poziom zinternalizowanej transfobii niż osoby, które jej nie podjęły się;

5) osobami, które podjęły się hormonalnej terapii zastępczej, a tymi, które jej nie podjęły się; osoby, które podjęły się hormonalnej terapii zastępczej, deklarują niższy poziom spostrzeganej transfobii niż osoby, które jej nie podjęły się; osoby, które podjęły się hormonalnej terapii zastępczej, deklarują wyższy poziom zinternalizowanej transfobii niż osoby, które jej nie podjęły się;

6) osobami, które podjęły się operacyjnej korekty płci, a tymi, które tych zabiegów nie podjęły się; osoby, które podjęły się operacyjnej korekty płci, deklarują niższy poziom spostrzeganej transfobii niż osoby, które jej nie podjęły się; osoby, które podjęły się operacyjnej korekty płci, deklarują wyższy poziom zinternalizowanej transfobii niż osoby, które jej nie podjęły się.

4.3. Model badawczy

Hipotezy badawcze, sformułowane na podstawie celów badawczych, przedstawiono w formie graficznej, jako model badawczy (rysunek 3).



RYSUNEK 3. Model badawczy
Źródło: Opracowanie własne.

4.4. Zmienne oraz ich operacjonalizacja

Tabela 1. Wykaz zmiennych oraz ich operacjonalizacja

lp.	zmienna	typ zmiennej	wskaźnik zmiennej	narzędzie pomiarowe
1	wiek	ilościowa	odpowiedź pozyskana z metryczki	metryczka (metoda własna)
2	płeć przypisana po urodzeniu	jakościowa	odpowiedź pozyskana z metryczki	metryczka (metoda własna)
3	tożsamość płciowa	jakościowa	odpowiedź pozyskana z metryczki	metryczka (metoda własna)
4	binarność tożsamości płciowej	jakościowa	określona na podstawie deklarowanej tożsamości płciowej	metryczka (metoda własna)
5	orientacja seksualna	jakościowa	odpowiedź pozyskana z metryczki	metryczka (metoda własna)
6	status związku	jakościowa	odpowiedź pozyskana z metryczki	metryczka (metoda własna)
7	staż związku	ilościowa	odpowiedź pozyskana z metryczki	metryczka (metoda własna)
8	wykształcenie	jakościowa	odpowiedź pozyskana z metryczki	metryczka (metoda własna)
9	diagnoza trans-seksualizmu / dysforii płciowej	jakościowa	odpowiedź pozyskana z metryczki	metryczka (metoda własna)
10	hormonalna terapia zastępcza	jakościowa	odpowiedź pozyskana z metryczki	metryczka (metoda własna)
11	prawna korekta oznaczenia płci	jakościowa	odpowiedź pozyskana z metryczki	metryczka (metoda własna)
12	operacyjna korekta płci	jakościowa	odpowiedź pozyskana z metryczki	metryczka (metoda własna)
13	poziom ujawnienia swojej transpłciowości	ilościowa	odpowiedź pozyskana z metryczki, odnośnie do poziomu ujawnienia swojej transpłciowości wśród rodziny, miejscu edukacji/pracy, wśród znajomych oraz ogólnego poziomu jej ujawnienia	metryczka (metoda własna)
14	okres funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje	ilościowa	odpowiedź pozyskana z metryczki	metryczka (metoda własna)

(cd. tab. 1)

lp.	zmienna	typ zmiennej	wskaźnik zmiennej	narzędzie pomiarowe
15	liczba osób transpłciowych, które jednostka zna	ilościowa	odpowiedź pozyskana z metryczki	metryczka (metoda własna)
16	spostrzegana transfobia	ilościowa	wynik ogólny	*Skala spostrzeganej transfobii* (metoda własna)
17	zinternalizowana transfobia	ilościowa	wynik ogólny	*Skala zinternalizowanej transfobii* (metoda własna)
18	dysforia płciowa	ilościowa	wynik ogólny	*Inwentarz spostrzeganego poziomu doświadczanej dysforii płciowej* (metoda własna)
19	psychiczne poczucie kobiecości, psychiczne poczucie męskości	ilościowa	wyniki w podskalach: – kobiecości – męskości	*Inwentarz płci psychologicznej* (Bem, 1974, w adaptacji Kuczyńskiej, 1992)
20	ekstrawersja, ugodowość, sumienność, neurotyzm i otwartość na doświadczenia	ilościowa	wyniki w podskalach: – ekstrawersji – ugodowości – sumienności – stabilności emocjonalnej – otwartości na doświadczenia	*Ten Item Personality Inventory* – wersja polska (Gosling i in., 2003, w adaptacji Sorokowskiej i in., 2014)
21	samoocena	ilościowa	wynik ogólny	*Skala samooceny Rosenberga* (Rosenberg, 1965, w adaptacji Łaguny i in., 2007)
22	strategie radzenia sobie z transfobią	ilościowa	wyniki w podskalach: – strategii płciowo-normatywnej – strategii autoafirmującej – strategii regulującej emocje – strategii poznawczo-restrukturyzującej – strategii społeczno-relacyjnej	*Kwestionariusz radzenia sobie z transfobią* (metoda własna)

(cd. tab. 1)

lp.	zmienna	typ zmiennej	wskaźnik zmiennej	narzędzie pomiarowe
			– strategii prewencyjno -przygotowawczej – strategii odcinania się, – strategii korzystania z zasobów – strategii duchowo--religijnej – strategii polityczno--upodmiotawiającej	
23	style ustosunkowań interpersonalnych	ilościowa	wyniki w podskalach: – stylu kierowniczo--auto-rytatywnego – stylu podtrzymująco--przesadnie opiekuńczego – stylu współpracująco--przyjacielskiego – stylu uległo-zależnego, – stylu wycofująco--masochistycznego – stylu buntowniczo--podejrzliwego – stylu agresywno--sadystycznego – stylu współzawodniczącо--narcystycznego	*Skala ustosunkowań interpersonalnych* (Stanik, 1994)
24	umiejętności interpersonalne	ilościowa	wyniki w podskalach: – umiejętności nawiązywania kontaktu – umiejętności wyrażania negatywnych emocji – umiejętności ujawniania siebie – umiejętności zarządzania konfliktem – umiejętności okazywania wsparcia emocjonalnego	*Test umiejętności interpersonalnych* (Buhrmester i in., 1988, w tłumaczeniu Jandy, 2001)
25	spostrzegane wsparcie społeczne	ilościowa	wynik ogólny oraz wyniki w podskalach: – spostrzeganego wsparcia emocjonalnego – spostrzeganego wsparcia instrumentalnego	*Berlińskie skale wsparcia społecznego* (Schwarzer i Schultz, 2003, w adaptacji Łuszczyńskiej i in., 2006)

Źródło: Opracowanie własne.

4.5. Charakterystyka narzędzi badawczych

4.5.1. Metryczka (metoda własna)

Narzędzie konstrukcji własnej składa się z 16 pytań dotyczących danych socjodemograficznych: wieku, płci przypisanej po urodzeniu, tożsamości płciowej, orientacji seksualnej, wykształcenia, statusu związku, stażu związku (tabela 1).

W drugiej części metryczki zawarto pytania dotyczące statusu wynikającego z przynależności do mniejszości płciowej oraz interwencji związanych z korektą płci osób badanych. W kontekście statusu mniejszościowego osoby badane były poproszone o udzielenie odpowiedzi na temat ujawnienia informacji o swojej transpłciowości – wśród rodziny, znajomych oraz w miejscu edukacji/pracy. Stopień ujawnienia osoby uczestniczące w badaniu oceniały w 5-stopniowej skali (1 – „nie wie nikt"; 5 – „wiedzą wszyscy") oraz poziomu ogólnego ujawnienia (będącego sumą dwóch poprzednich). Ponadto wskazywały okresu funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje, oraz liczbę osób transpłciowych, które znają. W kontekście korekty płci osoby badane poproszone zostały o udzielenie informacji na temat – posiadania lub nie diagnozy transseksualizmu / dysforii płciowej, stosowania lub nie hormonalnej terapii zastępczej, poddania się zabiegom operacyjnej korekty płci.

4.5.2. *Skala spostrzeganej transfobii* (SST) (metoda własna)

Narzędzie składa się z 4 itemów opisujących sytuacje oraz sposoby, w jakich osoby badane mogą doświadczać transfobii. Zadaniem badanego jest ustosunkowanie się do itemów w skali: 1 – „nigdy"; 2 – „prawie nigdy"; 3 – „rzadko"; 4 – „czasami"; 5 – „często"; 6- „prawie zawsze"; 7 – „zawsze".

Przykładowe itemy: „Jestem poniżana/-y z powodu mojej transpłciowości"; „Doświadczam przemocy fizycznej spowodowanej moją transpłciowością".

Im wyższy wynik osoba badana uzyska w kwestionariuszu, tym więcej spostrzega działań transfobicznych skierowanych przeciwko sobie.

Rzetelność narzędzia w badaniu mierzona współczynnikiem α-Cronbacha wyniosła $\alpha = 0{,}89$.

4.5.3. *Skala zinternalizowanej transfobii* (SZT) (metoda własna)

Kwestionariusz składa się 9 stwierdzeń opisujących transfobiczne przekonania, jakie może posiadać osoba transpłciowa. Zadaniem osoby badanej jest ustosunkowanie się do nich w skali: 1 – „zdecydowanie nie zgadzam się"; 2 – „raczej nie zgadzam się"; 3 – „nie mam zdania"; 4 – „raczej zgadzam się"; 5 – „zdecydowanie zgadzam się".

Przykłady itemów: „Uważam, że osoby transpłciowe są gorsze od osób nietranspłciowych"; „Uważam, że nikt mnie nie pokocha z powodu, że jestem osobą transpłciową".

Im wyższy wynik osoba badana uzyska w kwestionariuszu, tym bardziej negatywne przekonania na temat transpłciowości oraz siebie jako osoby transpłciowej posiada.

Rzetelność narzędzia w badaniu mierzona współczynnikiem α-Cronbacha wyniosła α = 0,82.

4.5.4. *Inwentarz płci psychologicznej* (IPP) (Bem, 1974)

Bem Sex Inventory, w polskiej adaptacji Kuczyńskiej (1992), składa się z 35 itemów opisujących cechy stereotypowo przypisywane kobietom i mężczyznom. Kwestionariusz składa się z 2 podskal o rzetelności mierzonej współczynnikiem Kudera-Richardsona – kobiecość (0,79) i męskość (0,78).

Zadaniem osoby badanej jest ustosunkowanie się do itemów w skali: 1 – „zupełnie taki/taka nie jestem"; 2 – „raczej taki/taka nie jestem"; 3 – „jestem taki/taka w przeciętnym stopniu"; 4 – „raczej jestem taki/taka"; 5 – „taki/taka właśnie jestem" (Kuczyńska, 1992).

Przykłady cech zawartych w itemach: „wrażliwy/-a", „kokieteryjny/-a" (skala kobiecości); „dominujący/-a", „rywalizujący/-a" (skala męskości).

Im wyższy wynik osoba badana uzyska w skali kobiecości/męskości, tym poziom deklarowanych cech stereotypowo przypisywanych kobietom/mężczyznom jest wyższy.

4.5.5. *Inwentarz spostrzeganego poziomu dysforii płciowej* (ISPDP) (metoda własna)

Narzędzie składa się z 7 bitemów opartych na kryteriach diagnostycznych F64.0 (WHO, 2010) oraz 302.85 (APA, 2013). Celem jest pomiar poziomu intensywności doświadczanej dysforii płciowej.

Zadaniem osoby badanej jest ustosunkowanie się do przedstawionych stwierdzeń w skali: 1 – „zdecydowanie nie zgadzam się"; 2 – „raczej nie zgadzam się"; 3 – „nie mam zdania"; 4 – „raczej zgadzam się"; 5 – „zdecydowanie zgadzam się".

Przykładowe itemy – „Pragnę, aby traktowano mnie jak osobę płci, z którą się identyfikuję, a nie którą mi przypisano po urodzeniu"; „Zabiegi operacyjne związane z korektą płci ułatwią mi funkcjonowanie w zgodzie z płcią, z którą się identyfikuję".

Im wyższy wynik osoba badana uzyska w danej skali, tym intensywniej doświadcza dysforii płciowej.

Rzetelność narzędzia w badaniu mierzona współczynnikiem α-Cronbacha wyniosła α = 0,86.

4.5.6. *Ten Item Personality Inventory* – wersja polska (TIPI-PL) (Gosling i in., 2003)

Kwestionariusz jest polską adaptacją (Sorokowska i in., 2014) *Ten item personality inventory* (Gosling i in., 2003). Obejmuje 10 itemów. Celem jest zmierzenie tzw. Wielkiej Piątki (Costa i McCrae, 1992). Składa się z 5 podskal: stabilność emocjonalna (α-Cronbacha = 0,65–0,83), ekstrawersja (α-Cronbacha = 0,68–0,74), sumienność (α-Cronbacha = 0,75–0,80), otwartość na doświadczenie (α-Cronbacha = 0,44–0,47) oraz ugodowość (α-Cronbacha = 0,50–0,58) (Sorokowska i in., 2014).

Zadaniem osoby badanej jest ustosunkowanie się do itemów w skali: 1 – „zdecydowanie się nie zgadzam"; 2 – „raczej się nie zgadzam"; 3 – „w niewielkim stopniu się nie zgadzam"; 4 – „ani się zgadzam, ani nie zgadzam"; 5 – „w niewielkim stopniu się zgadzam"; 6 – „raczej się zgadzam"; 7 – „zdecydowanie się zgadzam".

Przykłady cech zawartych w itemach: „niemartwiąca się, stabilna emocjonalnie" (skala stabilności emocjonalnej); „lubiąca towarzystwo innych, aktywna i optymistyczna" (skala ekstrawersji); „sumienna, zdyscyplinowana" (skala sumienności); „otwarta na nowe doznania, w złożony sposób postrzegająca świat" (skala otwartości na doświadczenia); „zgodna, życzliwa" (skala ugodowości).

Im wyższy wynik osoba badana uzyska w danej skali, tym wyższy poziom deklarowanej cechy posiada.

4.5.7. *Skala samooceny Rosenberga* (SES) (Rosenberg, 1965)

Skala autorstwa Rosenberga (1965) w polskiej adaptacji Łaguny i współpracowników (2007) składa się z 10 itemów.

Zadaniem osoby badanej jest ustosunkowanie się do itemów w skali: 1 – „zupełnie zgadzam się"; 2 – „zgadzam się"; 3 – „nie zgadzam się"; 4 – „zupełnie się nie zgadzam". Rzetelność narzędzia mieści się w przedziale α = 0,81–0,83 (Łaguna i in., 2007). Przykłady itemów: „Lubię siebie", „Ogólnie rzecz biorąc, jestem z siebie zadowolona/-y". Im wyższy wynik osoba badana uzyska w kwestionariuszu, tym wyższy jest poziom jej samooceny.

4.5.8. *Test umiejętności interpersonalnych* (TUI) (Buhrmester i in., 1988)

Narzędzie autorstwa Buhrmester i współpracowników (1988) w polskim przekładzie Jandy (2001) składa się z 40 itemów podzielonych między 5 podskal: wyrażanie negatywnych emocji, ujawnianie siebie, zarządzanie konfliktem, okazywanie wsparcia emocjonalnego i nawiązywanie kontaktu. Rzetelność mierzona współczynnikiem α-Cronbacha mieści się w przedziale α = 0,74–0,85 (Moroń, 2014).

Zadaniem osoby badanej jest ustosunkowanie się do podanych twierdzeń w skali: od 1 – „Jestem w tym słaby/słaba. Czuł(a) bym się tak źle i do tego stopnia bezradny(-a) w tej sytuacji, że starał(a)bym się jej uniknąć, gdyby tylko było to możliwe" do 5 – „Jestem w tym świetny/świetna. Czuł(a)bym się bardzo komfortowo i umiał(a)bym dobrze poradzić sobie w tej sytuacji".

Przykłady itemów: „Odmawiasz spełnienia nierozsądnego żądania bliskiej osoby" (skala umiejętności wyrażania negatywnych emocji); „Opowiadasz

komuś bliskiemu o tym, czego się w sobie wstydzisz" (skala umiejętności ujawniania siebie). Im wyższy wynik osoba badana uzyska w danej skali, tym wyższy poziom deklarowanej umiejętności posiada.

4.5.9. *Skala ustosunkowań interpersonalnych* (SUI) (Stanik, 1994)

Narzędzie autorstwa Stanika (1994) składa się z 70 stwierdzeń i 12 podskal: styl kierowniczo-autorytatywny (α = 0,78), styl podtrzymująco-przesadnie opiekuńczy (α = 0,82), styl współpracująco-przyjacielski (rtt = 0,85). Styl uległo-zależny (α = 0,69), styl wycofująco-masochistyczny (rtt = 0,73), styl buntowniczo-podejrzliwy (rtt = 0,87), styl agresywno-sadystyczny (rtt = 0,88), styl współzawodniczącо-narcystyczny (rtt = 0,72), samozadowolenie/samoakceptacja (rtt = 0,73), skala kłamstwa (rtt = 0,89), zaradność/realizm/względna autonomia (rtt = 0,87) i pesymizm / bezradność / "wołanie o pomoc" (rtt = 0,71). Zadaniem osoby badanej jest ustosunkowanie się do stwierdzeń poprzez zaznaczenie „tak", „?" lub „nie". Wyniki surowe przeliczane są na oktyle.

Przykłady itemów: „Jestem skłonny/-a uważać się za człowieka o silnym charakterze" (skala stylu kierowniczo-autorytatywnego); „Jeżeli ktoś zwraca się do mnie o pomoc, przejmuję się jego sprawą więcej niż swoją" (skala stylu podtrzymująco-przesadnie opiekuńczego). Im wyższy wynik osoba badana uzyska w danej skali, tym intensywniej stosuje dany styl interpersonalny.

W badaniu wykorzystano skale: stylu kierowniczo-autorytatywnego, stylu podtrzymująco-przesadnie opiekuńczego, stylu współpracująco-przyjacielskiego, stylu uległo-zależnego, stylu wycofująco-masochistycznego, stylu buntowniczo-podejrzliwego, stylu agresywno-sadystycznego oraz stylu współzawodniczącо-narcystycznego.

4.5.10. *Berlińskie skale wsparcia społecznego* (BSSS) (Schwarzer i Schulz, 2003)

Narzędzie autorstwa Schwarzer i Schulz (2003) w polskiej adaptacji Łuszczyńskiej i współpracowników (2006). Narzędzie składa się z 38 itemów podzielonych między 5 skal: spostrzegane dostępne wsparcie (podskale: wsparcie

emocjonalne i instrumentalne), zapotrzebowanie na wsparcie, poszukiwanie wsparcia, aktualnie otrzymywane wsparcie, wsparcie buforująco-ochronne oraz aktualnie udzielane wsparcie. Współczynnik rzetelności skal mieści się w przedziale α-Cronbacha α = 0,71–0,90.

Zadaniem osoby badanej jest ustosunkowanie się do stwierdzeń w skali: 1 – „zdecydowanie nie"; 2 – „raczej nie"; 3 – „raczej tak"; 4 – „zdecydowanie tak". W badaniu wykorzystana była skala spostrzeganego dostępnego wsparcia wraz z jej podskalami.

Przykłady itemów: „Ilekroć źle się czuję, inni okazują mi, że czują do mnie sympatię" (wsparcie emocjonalne); „Kiedy przestaję dawać sobie ze wszystkim radę, wtedy są tacy, którzy mi pomogą" (wsparcie instrumentalne).

Im wyższy wynik osoba badana uzyska w danej skali, tym wyższy poziom wsparcia spostrzega.

4.5.11. *Kwestionariusz radzenia sobie z transfobią* (KRzT) (metoda własna)

Narzędzie składające się z 26 itemów podzielonych pomiędzy 10 podskal wyodrębnionych na podstawie badań Mizock i Mueser (2014): strategia płciowo-normatywna, strategia autoafirmująca, strategia regulująca emocje, strategia poznawczo-restrukturyzująca, strategia społeczno-relacyjna, strategia prewencyjno-przygotowawcza, strategia odcinania się, strategia korzystania z zasobów, strategia duchowo-religijna, strategia polityczno-upodmiotawiająca.

Zadaniem osoby badanej jest ustosunkowanie się do podanych stwierdzeń w skali: 1 – „nigdy"; 2 – „rzadko"; 3 – „czasami"; 4 – „często"; 5 – „bardzo często".

Przykłady itemów: „Gdy doświadczam transfobii, to staram się nie wyróżniać spośród przedstawicieli płci, z którą się utożsamiam" (skala strategii płciowo-normatywnej); „Gdy doświadczam transfobii, staram się myśleć o moich silnych stronach, o tym, co buduje moją pozytywną samoocenę" (skala strategii autoafirmującej). Im wyższy wynik osoba badana uzyska w danej skali, tym częściej stosuje dany rodzaj strategii radzenia sobie z transfobią.

Rzetelność w badaniu podskal narzędzia: strategii płciowo-normatywnej (α = 0,57), strategii autoafirmującej (α = 0,75), strategii regulującej emocje (α = 0,50), strategii poznawczo-restrukturyzującej (α = 0,66), strategii społeczno-relacyjnej (α = 0,63), strategii prewencyjno-przygotowawczej (α = 0,54),

strategii odcinania się (α = 0,60), strategii korzystania z zasobów (α = 0,72), strategii duchowo-religijnej (α = 0,93), strategii polityczno-upodmiotawiającej (α = 0,80). W związku z niższą rzetelnością części skal (α<0,7) interpretacje uzyskanych w nich wyników zostały sformułowane z dużą ostrożnością.

4.6. Charakterystyka grupy badanej i organizacja badania

Celem badania było poznanie mechanizmów doświadczania transfobii wśród osób transpłciowych. Ze względu na heterogeniczny charakter grupy określanej mianem osób transpłciowych, wymaga to doprecyzowania charakterystyki grupy. Badaniem objęto osoby, które identyfikują się z płcią inną niż ta przypisana po urodzeniu, czyli: osoby transseksualne, osoby identyfikujące się jako osoby transpłciowe, osoby identyfikujące się jako niebinarne płciowo i osoby transwestytyczne (w typie podwójnej roli).

Badania nie obejmowały osób identyfikujących się jako fetyszyści transwestytyczni ani osób poniżej 18. roku życia. Dobór uczestników był nieprobabilistyczny i opierał się na ich autoidentyfikacji jako osób transpłciowych. Osoby badane rekrutowano z wykorzystaniem metody *chain-referral.* Badania były prowadzone w dwojaki sposób: w kontakcie bezpośrednim, z wykorzystaniem metody „papier-ołówek", oraz zdalnie.

W wypadku kontaktu bezpośredniego badania miały charakter indywidualny, wykorzystywane w nich kwestionariusze były dostarczane osobiście potencjalnym osobom badanym, podczas spotkań grup wsparcia oraz wydarzeń skierowanych do osób z mniejszości płciowych. Osoby uczestniczące w tych wydarzeniach były również proszone o przekazanie informacji o badaniu innym potencjalnym uczestnikom/uczestniczkom. Ze względu na bardzo ograniczony dostęp do grupy badanej, relatywnie mało liczną populację (Rosser i in., 2007; WHO, 2010; Miner i in., 2012) oraz czynniki związane ze stygmatyzacją z powodu niecisnormatywnej tożsamości płciowej (Bockting, 2013) badania były prowadzone również w postaci zdalnej, z wykorzystaniem ankiety online. Informacja o prowadzonym badaniu online była zamieszczona na stronach organizacji działających na rzecz osób transpłciowych (Fundacja Trans-Fuzja, Stowarzyszenie Tęczówka, Stowarzyszenie Tolerado) i grup dla osób z mniejszości płciowych w mediach społecznościowych. Przewidywany czas potrzebny na udzielenie odpowiedzi na wszystkie kwestionariusze wynosił około 30 minut.

Projekt uzyskał pozytywną opinię (NR 4/2018) Komisji Etyki Badań Naukowych Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego, z dnia 23 stycznia 2018 roku.

4.7. Kierunki statystycznej analizy danych

Po zakończeniu badań oraz obliczeniu wyników przeprowadzono analizę właściwości psychometrycznych autorskich metod, następnie analizę statystyk opisowych oraz normalności rozkładu badanych zmiennych, analizę korelacji, analizę mediacji i analizę różnic międzygrupowych. Do analizy statystycznej został wykorzystany pakiet oprogramowania TIBCO Software Inc. (2017), Statistica (data analysis software system), version 13, http://statistica.io., PS IMAGO PRO 6.0 IBM SPSS Statistics 26, oraz Microsoft Excel.

Rozdział 5
Wyniki badań własnych

5.1. Charakterystyka grupy badanej oraz statystyki opisowe badanych zmiennych

Podczas badania zebrano kwestionariusze od 361 osób, z czego 338 (93,6%) zestawów kwestionariuszy zostało uwzględnionych w badaniu, 23 (6,4%) nie zostały uwzględnione z powodu braków w kwestionariuszach. W badaniu internetowym wzięło udział 59,8% (n = 202) osób badanych, natomiast tradycyjnie zostało wypełnione 40,2% (n = 136) baterii kwestionariuszy. Wśród osób badanych 43,5% (n = 147) to osoby, którym przypisano przy urodzeniu płeć męską, a 56,5% (n = 191) to osoby, którym przypisano płeć żeńską po urodzeniu. W badanej grupie respondentów 20,4% (n = 69) wskazało niebinarną tożsamość płciową, natomiast 79,6% (n = 269) – binarną tożsamość płciową. Najwięcej osób identyfikowało się jako transmężczyzna (40,6%) oraz jako transkobieta (33,7%) (tabela 2).

Tabela 2. Wykaz tożsamości płciowych deklarowanych przez osoby badane

tożsamość płciowa	n	[%]
transmężczyzna	144	42,6
transkobieta	114	33,7
osoba bezpłciowa	1	0,3
mężczyzna z przeszłością transseksualną	1	0,3
transfeminine genderfluid	1	0,3
osoba bigender	15	4,4
kobieta	2	0,6
osoba genderfluid	14	4,1
mężczyzna	1	0,3

(cd. tab. 2)

tożsamość płciowa	n	[%]
transgender	1	0,3
osoba niebinarna	14	4,1
agender	4	1,2
niebinarna transkobieta	1	0,3
osoba niebinarna, w połowie mężczyzna, w połowie osoba agender	1	0,3
bardziej cross-dresser, ale w moim ciele funkcjonują dwie osobowości	1	0,3
genderqueer	5	1,5
cross-dresser	1	0,3
kobieta po tranzycji	1	0,3
transfeminine genderqueer, gender questioning	1	0,3
niebinarna osoba transkobieca	1	0,3
osoba aandrogyniczna	2	0,6
demiflux	1	0,3
questioning/nonbinary	1	0,3
mężczyzna	2	0,6
transmęska osoba niebinarna	2	0,6
osoba neutralna	1	0,3
transseksualna kobieta	1	0,3
nonbinary transmaculine	1	0,3
pangender	1	0,3
osoba niebinarna transpłciowa	1	0,3
transwestyta	1	0,3

Źródło: Badania i obliczenia własne.

W badanej grupie respondentów 28,4% (n = 96) zdeklarowało orientację heteroseksualną, natomiast 71,6% (n = 242) – nieheteroseksualną. Spośród nieheteroseksualnych orientacji osoby badane najczęściej deklarowały biseksualność (tabela 3).

Tabela 3. Wykaz orientacji seksualnych deklarowanych przez osoby badane

orientacja seksualna	n	[%]
heteroseksualna	93	27,5
biseksualna	135	39,9
homoseksualna	43	12,7
aseksualna	13	2,7
homoseksualna biromantyczna	1	0,3
panseksualna	35	10,4
demiseksualna	5	1,5
preferuję kobiety	1	0,3
heteroflexible	1	0,3
pociągają mnie kobiety	1	0,3
nie wiem	4	1,2
interesują mnie tylko osoby niebinarne (psychologicznie, biologia osoby nieistotna, z lekką przewagą na osoby o bardziej męskiej budowie lub pośredniej)	1	0,3
płynna, pomiędzy aseksualną i biseksualną	1	0,3
demibiseksualna	1	0,3
podobają mi się kobiety	1	0,3
queer	2	0,6

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Tabela 4. Wiek osób badanych

				statystyka		błąd standardowy
średnia				28,17		0,560
odchylenie standardowe				10,30		
minimum				18		
maksimum				62		
skośność				1,096		0,133
kurtoza				0,283		0,265
	Kołmogorowa-Smirnowa			Shapiro-Wilka		
	statystyka	stopnie swobody	p*	statystyka	stopnie swobody	p
wiek	0,183	338	<0,001	0,855	338	<0,001

* z poprawką istotności Lillieforsa.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Osoby, które uczestniczyły w badaniu, były w wieku od 18 do 62 lat. Średni wiek respondentów to 28,17 lat (SD = 10,30 lat) (tabela 4). Połowa respondentów miało co najwyżej 24 lat. Rozkład wieku jest prawostronnie asymetryczny, co oznacza, że w badanej grupie przeważają osoby w wieku niższym niż średnia. Leprokurtoza jest nieznaczna. Oba testy normalności wskazują, że rozkład wieku jest inny niż rozkład normalny.

W badanej grupie największy odsetek stanowią osoby z wykształceniem średnim – 58,0% (n = 196). Osoby z wykształceniem wyższym stanowią 37,3% (n = 126) badanych, natomiast z podstawowym – 4,7% (n = 16).

Wśród osób badanych 38,2% (n = 129) deklaruje, że jest w bliskim związku, natomiast 61,8% (n = 209) – że jest singlem/singielką. Staż związku wśród badanych zawiera się w przedziale od 0 do 34 lat. Średni staż związku to 2,81 lat (SD = 6,33 lat) (tabela 5). Rozkład stażu związku jest prawostronnie asymetryczny co oznacza, że w badanej grupie przeważają osoby o stażu związku niższym niż średnia. Leprokurtoza jest duża. Oba testy normalności wskazują, że rozkład stażu związku jest inny niż rozkład normalny.

Tabela 5. Staż związku wśród osób badanych

				statystyka	błąd standardowy
średnia				2,81	0,34425
odchylenie standardowe				6,33	
minimum				0,00	
maksimum				34,00	
skośność				2,908	0,133
kurtoza				8,243	0,265
	Kołmogorowa-Smirnowa			Shapiro-Wilka		
	statystyka	stopnie swobody	p*	statystyka	stopnie swobody	p
staż związku	0,329	338	<0,001	0,511	338	<0,001

* z poprawką istotności Lillieforsa.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Okres funkcjonowania w roli, z którą osoba badana się identyfikuje, zawiera się w przedziale od 0 do 30 lat (tabela 6). Średni okres to 3,78 lat (SD = 3,75 lat). Rozkład okresu jest prawostronnie asymetryczny, co oznacza, że w badanej grupie przeważają osoby, w przypadku których okres funkcjonowania w roli,

z którą się identyfikują, jest niższy niż średnia. Leprokurtoza jest duża. Oba testy normalności wskazują, że rozkład okresu jest inny niż rozkład normalny.

Tabela 6. Okres funkcjonowania w roli płciowej, z którą identyfikuje się osoba badana (w latach)

				statystyka	błąd standardowy	
średnia				3,78	0,2039	
odchylenie standardowe				3,75		
minimum				0,0		
maksimum				30,0		
skośność				2,971	0,133	
kurtoza				12,990	0,265	
	Kołmogorowa-Smirnowa			Shapiro-Wilka		
	statystyka	stopnie swobody	p*	statystyka	stopnie swobody	p
okres funkcjonowania w roli płciowej, z którą się identyfikuje osoba badana	0,213	338	<0,001	0,726	338	<0,001

* z poprawką istotności Lillieforsa.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

W badanej grupie: 77,8% ankietowanych (n = 263) ma zdiagnozowany transseksualizm / dysforię płciową, a 22,2% (n = 75) nie ma takiej diagnozy; 47,3% (n = 160) poddało się hormonalnej terapii zastępczej, a 52,7% (n = 178) nie poddało się jej; 21,9% (n = 74) podjęło się prawnej korekty oznaczenia płci, a 78,1% (n = 264) nie podjęło się jej; 10,9% (n = 37) dokonało operacyjnej korekty płci, a 89,1% (n = 301) nie podjęło się żadnej chirurgicznej interwencji afirmującej płeć.

Poziom ujawnienia swojej transpłciowości wśród członków rodziny zawiera się w przedziale od 1 do 5 (tabela 7). Średni poziom ujawnienia to 3,01 (SD = 1,44). Połowa respondentów wskazuje poziom ujawnienia na co najwyżej 3. Rozkład poziomu ujawnienia swojej transpłciowości wśród członków rodziny jest zbliżony do symetrycznego. Platykurtoza jest niska. Oba testy normalności wskazują, że rozkład poziomu ujawnienia wśród członków rodziny jest inny niż rozkład normalny.

TABELA 7. Poziom ujawnienia swojej transpłciowości przez osoby badane wśród członków rodziny

				statystyka		błąd standardowy
średnia				3,01		0,078
odchylenie standardowe				1,437		
minimum				1		
maksimum				5		
skośność				0,100		0,133
kurtoza				-1,348		0,265
	Kołmogorowa-Smirnowa			Shapiro-Wilka		
	statystyka	stopnie swobody	p*	statystyka	stopnie swobody	p
poziom ujawnienia wśród członków rodziny	0,191	338	<0,001	0,877	338	<0,001

* z poprawką istotności Lillieforsa.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Tabela 8. Poziom ujawnienia swojej transpłciowości przez osoby badane wśród znajomych

				statystyka		błąd standardowy
średnia				3,76		0,069
odchylenie standardowe				1,266		
minimum				1		
maksimum				5		
skośność				-0,656		0,133
kurtoza				-0,803		0,265
	Kołmogorowa-Smirnowa			Shapiro-Wilka		
	statystyka	stopnie swobody	p*	statystyka	stopnie swobody	p
poziom ujawnienia wśród znajomych	0,221	338	<0,001	0,837	338	<0,001

* z poprawką istotności Lillieforsa.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Poziom ujawnienia swojej transpłciowości wśród znajomych zawiera się w przedziale od 1 do 5 (tabela 8). Średni poziom ujawnienia to 3,76 (SD = 1,27). Połowa respondentów wskazuje poziom ujawnienia swojej transpłciowości wśród znajomych na co najwyżej 4. Rozkład poziomu ujawnienia jest lewostronnie asymetryczny, co oznacza, że większość osób deklaruje poziom ujawnienia powyżej średniej. Platykurtoza jest niska. Oba testy normalności wskazują, że rozkład poziomu ujawnienia swojej transpłciowości wśród znajomych wśród znajomych jest inny niż rozkład normalny.

Tabela 9. Poziom ujawnienia swojej transpłciowości przez osoby badane w miejscu pracy/edukacji

				statystyka		błąd standardowy
średnia				2,70		0,080
odchylenie standardowe				1,471		
minimum				1		
maksimum				5		
skośność				0,358		0,133
kurtoza				-1,287		0,265
	Kołmogorowa-Smirnowa			Shapiro-Wilka		
	statystyka	stopnie swobody	p*	statystyka	stopnie swobody	p
poziom ujawnienia w miejscu pracy/ edukacji	0,219	338	<0,001	0,857	338	<0,001

* z poprawką istotności Lillieforsa.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Poziom ujawnienia transpłciowości w miejscu pracy/edukacji zawiera się w przedziale od 1 do 5 (tabela 9). Średni poziom ujawnienia to 2,70 (SD = 1,47). Połowa respondentów wskazuje poziom ujawnienia na co najwyżej 2. Rozkład poziomu ujawnienia jest prawostronnie asymetryczny, co oznacza, że większość osób ocenia poziom ujawnienia poniżej średniej. Platykurtoza jest niska. Oba testy normalności wskazują, że rozkład poziomu ujawnienia w miejscu edukacji/pracy jest inny niż rozkład normalny.

Tabela 10. Ogólny poziom ujawnienia swojej transpłciowości przez osoby badane

	satystyka	błąd standardowy
średnia	9,47	0,17906
odchylenie standardowe	3,29	
minimum	3,00	
maksimum	15,00	
skośność	0,000	0,133
kurtoza	-0,936	0,265

	Kołmogorowa-Smirnowa			Shapiro-Wilka		
	statystyka	stopnie swobody	p*	statystyka	stopnie swobody	p
ogólny poziom ujawnienia	0,082	338	<0,001	0,962	338	<0,001

* z poprawką istotności Lillieforsa.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Tabela 11. Liczba osób transpłciowych, które zna osoba badana

	statystyka	błąd standardowy
średnia	9,39	1,139
odchylenie standardowe	20,945	
minimum	0	
maksimum	300	
skośność	8,976	,133
kurtoza	112,677	,265

	Kołmogorowa-Smirnowa			Shapiro-Wilka		
	statystyka	stopnie swobody	p*	statystyka	stopnie swobody	p
liczba osób transpłciowych, które zna osoba badana	0,327	338	<0,001	0,370	338	<0,001

* z poprawką istotności Lillieforsa.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Ogólny poziom ujawnienia swojej transpłciowości zawiera się w przedziale od 3 do 15 (tabela 10). Średni poziom ujawnienia to 9,47 (SD = 3,29). Połowa respondentów wskazuje poziom ujawnienia swojej transpłciowości na co najwyżej 10. Rozkład poziomu ujawnienia jest symetryczny. Platykurtoza jest niska. Oba testy normalności wskazują, że rozkład ogólnego poziomu ujawnienia swojej transpłciowości jest inny niż rozkład normalny.

Liczba osób transpłciowych, które zna osoba badana, zawiera się w przedziale od 0 do 300. Średnia liczba znanych osób to 9,39 (SD = 20,95). Połowa respondentów wskazuje, że zna najwyżej 4 takie osoby (tabela 11). Rozkład liczby osób transpłciowych, które zna osoba badana, jest prawostronnie asymetryczny, co oznacza, że więcej jest respondentów, którzy znają mniej osób transpłciowych, niż wskazuje średnia. Kurtoza jest bardzo wysoka. Oba testy normalności wskazują, że rozkład liczby osób transpłciowych, które zna osoba badana, jest inny niż rozkład normalny.

W tabeli 12 zostały przedstawione statystyki opisowe dla poszczególnych skal wykorzystywanych w badaniu narzędzi.

Tabela 12. Statystyki opisowe skal narzędzi wykorzystanych w badaniu

	M	SD	s	s_{se}	k	k_{se}	k_s	p_{ks}
spostrzegana transfobia	9,101	4,926	1,234	0,133	1,276	0,265	0,156	<0,001**
zinternalizowana transfobia	18,160	6,917	0,728	0,133	-0,021	0,265	0,099	<0,001**
dysforia płciowa	30,601	5,586	-1,825	0,133	3,161	0,265	0,215	<0,001**
strategia płciowo-normatywna	5,914	2,274	-0,280	0,133	-0,856	0,265	0,139	<0,001**
strategia autoafirmująca	6,598	2,415	-0,264	0,133	-0,883	0,265	0,131	<0,001**
strategia regulująca emocje	8,713	2,915	-0,037	0,133	-0,399	0,265	0,103	<0,001**
strategia poznawczo-restrukturyzująca	9,592	3,118	0,004	0,133	-0,621	0,265	0,103	<0,001**
strategia społeczno-relacyjna	9,541	3,159	-0,252	0,133	-0,638	0,265	0,098	<0,001**
strategia prewencyjno-przygotowawcza	8,024	2,162	-1,026	0,133	0,316	0,265	0,198	<0,001**
strategia odcinania się	6,494	2,077	-0,128	0,133	-0,656	0,265	0,111	<0,001**

(cd. tab. 12)

	M	SD	s	s_{se}	k	k_{se}	k_s	p_{ks}
strategia korzystania z zasobów	5,698	2,951	1,208	0,133	1,112	0,265	0,194	<0,001**
strategia duchowo--religijna	4,547	3,203	2,106	0,133	3,245	0,265	0,419	<0,001**
strategia polityczno--upoważniająca	10,973	3,192	-0,615	0,133	-0,174	0,265	0,113	<0,001**
stabilność emocjonalna	6,814	3,342	0,346	0,133	-0,935	0,265	0,123	<0,001**
ekstrawersja	8,320	3,150	-0,007	0,133	-0,968	0,265	0,101	<0,001**
sumienność	8,867	2,934	-0,348	0,133	-0,415	0,265	0,112	<0,001**
otwartość na doświadczenia	10,544	2,117	-0,127	0,133	-0,735	0,265	0,116	<0,001**
ugodowość	10,266	2,430	-0,463	0,133	-0,151	0,265	0,133	<0,001**
umiejętność nawiązywania kontaktu	23,243	7,265	0,063	0,133	-0,629	0,265	0,054	0,018*
umiejętność wyrażania negatywnych emocji	26,967	6,280	0,130	0,133	-0,484	0,265	0,079	<0,001**
umiejętność ujawniania siebie	25,760	6,563	-0,257	0,133	0,007	0,265	0,062	0,003**
umiejętność zarządzania konfliktem	29,296	4,953	-0,346	0,133	0,026	0,265	0,097	<0,001**
umiejętność okazywania wsparcia emocjonalnego	31,950	5,517	-1,024	0,133	1,659	0,265	0,122	<0,001**
styl kierowniczo--autorytatywny	4,556	2,897	0,223	0,133	-0,774	0,265	0,098	<0,001**
styl podtrzymująco--przesadnie opiekuńczy	7,589	2,146	-0,013	0,133	-0,156	0,265	0,123	<0,001**
styl współpracująco--przyjacielski	7,080	2,110	-0,180	0,133	0,512	0,265	0,125	<0,001**
style uległo-zależny	6,346	2,400	-0,347	0,133	-0,433	0,265	0,116	<0,001**
styl wycofująco-masochistyczny	5,308	2,941	0,256	0,133	-0,700	0,265	0,104	<0,001**

(cd. tab. 12)

	M	SD	s	s_{se}	k	k_{se}	k_s	p_{ks}
style ustosunkowań interpersonalnych – buntowniczo--podejrzliwy	3,059	2,510	0,791	0,133	-0,032	0,265	0,166	<0,001**
styl agresywno-sadystyczny	2,500	2,351	1,039	0,133	0,674	0,265	0,170	<0,001**
styl współzawodniczą co--narcystyczny	4,059	2,684	0,545	0,133	-0,452	0,265	0,145	<0,001**
samoocena	26,115	6,336	-0,029	0,133	-0,625	0,265	0,069	<0,001**
wsparcie społeczne – emocjonalne	12,033	2,680	-0,454	0,133	-0,242	0,265	0,122	<0,001**
wsparcie społeczne – instrumentalne	12,373	3,114	-0,637	0,133	-0,155	0,265	0,129	<0,001**
wsparcie społeczne – poziom ogólny	24,405	5,484	-0,576	0,133	-0,127	0,265	0,094	<0,001**
poczucie psychicznej kobiecości	52,402	8,948	-0,320	0,133	-0,261	0,265	0,065	0,002**
poczucie psychicznej męskości	46,346	9,704	0,215	0,133	-0,061	0,265	0,064	0,002**

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

5.2. Hipoteza badawcza 1

Istnieją zależności między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią, dysforią płciową, psychicznym poczuciem kobiecości i męskości, spostrzeganym wsparciem społecznym, zmiennymi osobowościowymi, stylami ustosunkowań interpersonalnych, samooceną, umiejętnościami interpersonalnymi, strategiami radzenia sobie z transfobią, okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje, i ujawnieniem swojej transpłciowości.

Tabela 13. Współczynniki korelacji pomiędzy spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią, dysforią płciową, poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, spostrzeganym wsparciem społecznym, czynnikami osobowościowymi, stylami ustosunkowań interpersonalnych, samooceną i umiejętnościami interpersonalnymi, strategiami radzenia sobie z transfobią, okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje, poziomem ujawnienia swojej transpłciowości

	współczynnik	
	Pearsona	Spearmana
zinternalizowana transfobia	0,148*	0,140*
dysforia płciowa	0,141*	0,140*
kobiecość	0,067	0,032
męskość	-0,225*	-0,218*
wsparcie społeczne – instrumentalne	-0,078	-0,076
wsparcie społeczne – emocjonalne	-0,122*	-0,124*
wsparcie społeczne – poziom ogólny	-0,104	-0,111*
ekstrawersja	-0,119*	-0,121*
ugodowość	-0,082	-0,067
sumienność	-0,068	-0,096
stabilność emocjonalna	-0,178*	-0,181*
otwartość na doświadczenia	-0,095	-0,088
styl kierowniczo-autorytatywny	0,041	0,051
styl podtrzymująco-przesadnie opiekuńczy	0,009	0,012
styl współpracująco-przyjacielski	0,040	0,042
styl uległo-zależny	0,176*	0,237*
styl wycofująco-masochistyczny	0,316*	0,281*
styl buntowniczo-podejrzliwy	0,126*	0,155*
styl agresywno-sadystyczny	0,159*	0,176*
styl współzawodniczącо-narcystyczny	-0,006	-0,005
samoocena	-0,262*	-0,231*
umiejętność nawiązywania kontaktu	0,048	0,053
umiejętność wyrażania negatywnych emocji	0,062	0,054
umiejętność ujawniania siebie	0,148*	0,123*
umiejętność zarządzania konfliktem	-0,085	-0,120*
umiejętność okazywania wsparcia emocjonalnego	-0,063	-0,101
strategia płciowo-normatywna	0,211*	0,231*
strategia autoafirmująca	-0,107*	-0,094

(cd. tab. 13)

	współczynnik	
	Pearsona	Spearmana
strategia regulująca emocje	-0,097	-0,068
strategia poznawczo-restrukturyzująca	-0,081	-0,066
strategia społeczno-relacyjna	0,037	0,002
strategia prewencyjno-przygotowawcza	0,175*	0,081
strategia odcinania się	-0,007	-0,001
strategia korzystania z zasobów	0,035	0,048
strategia duchowo-religijna	-0,019	-0,018
strategia polityczno-upodmiotawiająca	0,035	0,033
poziom ujawnienia swojej transpłciowości wśród członków rodziny	-0,166*	-0,038
poziom ujawnienia swojej transpłciowości w miejscu pracy/ edukacji	-0,098	-0,009
poziom ujawnienia swojej transpłciowości wśród znajomych	0,038	0,077
ogólny poziom ujawnienia swojej transpłciowości	-0,102	0,005
okres funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje	-0,073	-0,052

* statystyczna istotność na poziomie 0,05.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

1. Istnieje zależność między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Istnieje pozytywny związek między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią występuje słaba, dodatnia, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem spostrzeganej transfobii zwiększa się zinternalizowana transfobia. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

2. Istnieje zależność między spostrzeganą transfobią a dysforią płciową. Istnieje pozytywny związek między spostrzeganą transfobią a dysforią płciową.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a dysforią płciową występuje słaba, dodatnia, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem spostrzeganej transfobii zwiększa się dysforia płciowa. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

3. Istnieje zależność między spostrzeganą transfobią a psychicznym poczuciem kobiecości i męskości.

A. Istnieje pozytywny związek między psychicznym poczuciem kobiecości a spostrzeganą transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 3 odnotowano brak związku między spostrzeganą transfobią a poczuciem psychicznej kobiecości. HIPOTEZA ODRZUCONA.

B. Istnieje negatywny związek między spostrzeganą transfobią a psychicznym poczuciem męskości.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a poczuciem psychicznej męskości występuje słaba, ujemna, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem spostrzeganej transfobii zmniejsza się poczucie psychicznej męskości. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

4. Istnieje zależność między spostrzeganą transfobią a spostrzeganym wsparciem społecznym (instrumentalnym, emocjonalnym oraz ogólnym spostrzeganym wsparciem społecznym).

A. Istnieje negatywny związek między spostrzeganą transfobią a spostrzeganym instrumentalnym wsparciem społecznym.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 odnotowano brak związku między spostrzeganą transfobią a spostrzeganym instrumentalnym wsparciem społecznym. HIPOTEZA ODRZUCONA.

B. Istnieje negatywny związek między spostrzeganą transfobią a spostrzeganym emocjonalnym wsparciem społecznym.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a spostrzeganym emocjonalnym wsparciem społecznym występuje słaba, ujemna, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem spostrzeganej transfobii zmniejsza się spostrzegane emocjonalne wsparcie społeczne. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

C. Istnieje negatywny związek między spostrzeganą transfobią a ogólnym spostrzeganym wsparciem społecznym.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a ogólnym spostrzeganym wsparciem społecznym

występuje słaba, ujemna, statystycznie nieistotna zależność. Wraz ze wzrostem spostrzeganej transfobii zmniejsza się ogólne spostrzegane wsparcie społeczne. Nie można, jednak tego wniosku odnieść do całej populacji badanych, ze względu na brak statystycznie istotnej zależności. Pomimo to zaobserwowano, że analizowana zależność jest statystycznie istotna przy wykorzystaniu nieparametrycznych współczynników korelacji (Spearmana, Kendalla, Gamma). HIPOTEZA ODRZUCONA.

5. Istnieje zależność między spostrzeganą transfobią a ekstrawersją, ugodowością, sumiennością, stabilnością emocjonalną i otwartością na doświadczenia.

A. Istnieje negatywny związek między spostrzeganą transfobią a ekstrawersją.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a ekstrawersją występuje słaba, ujemna, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem spostrzeganej transfobii zmniejsza się ekstrawersja. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

B. Istnieje negatywny związek między spostrzeganą transfobią a ugodowością.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 odnotowano brak związku między spostrzeganą transfobią a ugodowością. HIPOTEZA ODRZUCONA.

C. Istnieje negatywny związek między spostrzeganą transfobią a sumiennością.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a sumiennością występuje słaba, ujemna, lecz statystycznie nieistotna zależność. HIPOTEZA ODRZUCONA.

D. Istnieje negatywny związek między spostrzeganą transfobią a stabilnością emocjonalną.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a stabilnością emocjonalną występuje słaba, ujemna, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem spostrzeganej transfobii zmniejsza się stabilność emocjonalna. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

E. Istnieje negatywny związek między spostrzeganą transfobią a otwartością na doświadczenia.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a otwartością na doświadczenia występuje słaba, ujemna, statystycznie nieistotna zależność. HIPOTEZA ODRZUCONA.

6. Istnieje zależność między spostrzeganą transfobią a stylem: kierowniczo-autorytatywnym, podtrzymująco-przesadnie opiekuńczym, współpracująco-przyjacielskim, uległo-zależnym, wycofująco-masochistycznym, buntowniczo-podejrzliwym, agresywno-sadystycznym i współzawodniczącо-narcystycznym.

A. Istnieje pozytywny związek między spostrzeganą transfobią a stylem kierowniczo-autorytatywnym.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a stylem kierowniczo-autorytatywnym występuje słaba, dodatnia, statystycznie nieistotna zależność. HIPOTEZA ODRZUCONA.

B. Istnieje pozytywny związek między spostrzeganą transfobią a stylem podtrzymująco-przesadnie opiekuńczym.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a stylem podtrzymująco-przesadnie opiekuńczym występuje słaba, dodatnia, statystycznie nieistotna zależność. HIPOTEZA ODRZUCONA.

C. Istnieje pozytywny związek między spostrzeganą transfobią a stylem współpracująco-przyjacielskim.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a stylem współczująco-przyjacielskim występuje słaba, dodatnia, statystycznie nieistotna zależność. HIPOTEZA ODRZUCONA.

D. Istnieje pozytywny związek między spostrzeganą transfobią a stylem uległo-zależnym.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a stylem uległo-zależnego występuje słaba, dodatnia, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem spostrzeganej transfobii zwiększa się styl uległo-zależny. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

E. Istnieje pozytywny związek między spostrzeganą transfobią a stylem wycofująco-masochistycznym.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a stylem wycofująco-masochistycznym występuje słaba, dodatnia, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem spostrzeganej transfobii zwiększa się styl wycofująco-masochistyczny. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

F. Istnieje pozytywny związek między spostrzeganą transfobią a stylem buntowniczo-podejrzliwym.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a stylem buntowniczo-podejrzliwym występuje słaba,

dodatnia, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem spostrzeganej transfobii zwiększa się styl buntowniczo-podejrzliwy. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

G. Istnieje pozytywny związek między spostrzeganą transfobią a stylem agresywno-sadystycznym.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a stylem agresywno-sadystycznym występuje słaba, dodatnia, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem spostrzeganej transfobii zwiększa się styl agresywno-sadystyczny. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

H. Istnieje negatywny związek między spostrzeganą transfobią a stylem współzawodnicząco-narcystycznym.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a stylem współzawodnicząco-narcystycznym występuje słaba, ujemna, statystycznie nieistotna zależność. HIPOTEZA ODRZUCONA.

7. Istnieje zależność między spostrzeganą transfobią a samooceną. Istnieje negatywny związek między spostrzeganą transfobią a samooceną.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a samooceną występuje słaba, ujemna, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem spostrzeganej transfobii zmniejsza się samoocena. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

8. Istnieje zależność między spostrzeganą transfobią a umiejętnością nawiązywania kontaktu, wyrażania negatywnych emocji, ujawniania siebie, zarządzania konfliktem i okazywania wsparcia emocjonalnego.

A. Istnieje pozytywny związek między spostrzeganą transfobią a umiejętnością nawiązywania kontaktu.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a umiejętnością nawiązywania kontaktów występuje słaba, dodatnia, statystycznie nieistotna zależność. HIPOTEZA ODRZUCONA.

B. Istnieje pozytywny związek między spostrzeganą transfobią a umiejętnością wyrażania negatywnych emocji.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a umiejętnością wyrażania negatywnych emocji występuje słaba, dodatnia, statystycznie nieistotna zależność. HIPOTEZA ODRZUCONA.

C. Istnieje pozytywny związek między spostrzeganą transfobią a umiejętnością ujawniania siebie.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a umiejętnością ujawniania siebie występuje słaba, dodatnia, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem spostrzeganej transfobii zwiększa się umiejętność ujawniania siebie. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

D. Istnieje negatywny związek między spostrzeganą transfobią a umiejętnością zarządzania konfliktem.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a umiejętnością zarządzania konfliktem występuje słaba, ujemna, statystycznie nieistotna zależność. Wraz ze wzrostem spostrzeganej transfobii zmniejsza się umiejętność zarządzania konfliktem. Nie można jednak tego wniosku odnieść do całej populacji badanych, ze względu na brak statystycznie istotnej zależności. Pomimo to zaobserwowano, że analizowana zależność jest statystycznie istotna przy wykorzystaniu nieparametrycznych współczynników korelacji (Spearmana, Kendalla, Gamma). HIPOTEZA ODRZUCONA.

E. Istnieje negatywny związek między spostrzeganą transfobią a umiejętnością okazywania wsparcia emocjonalnego.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a umiejętnością okazywania wsparcia emocjonalnego występuje słaba, ujemna, statystycznie nieistotna zależność. Wraz ze wzrostem spostrzeganej transfobii zmniejsza się umiejętność okazywania wsparcia emocjonalnego. Nie można jednak tego wniosku odnieść do całej populacji badanych, ze względu na brak statystycznie istotnej zależności. Pomimo to zaobserwowano, że analizowana zależność jest statystycznie istotna przy wykorzystaniu nieparametrycznych współczynników korelacji (Kendalla, Gamma). HIPOTEZA ODRZUCONA.

9. Istnieje zależność między spostrzeganą transfobią a strategią radzenia sobie z transfobią: płciowo-normatywną, autoafirmującą, regulującą emocje, poznawczo-restrukturyzującą, społeczno-relacyjną, prewencyjno-przygotowawczą, odcinania się, korzystania z zasobów, duchowo-religijną i polityczno-upodmiotawiającą.

A. Istnieje pozytywny związek między spostrzeganą transfobią a strategią płciowo-normatywną.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a strategią płciowo-normatywną występuje słaba, dodatnia, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem spostrzeganej transfobii zwiększa się strategia płciowo-normatywna. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

B. Istnieje negatywny związek między spostrzeganą transfobią a strategią autoafirmującą.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a strategią autoafirmującą występuje słaba, ujemna, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem spostrzeganej transfobii zmniejsza się strategia autoafirmująca. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

C. Istnieje negatywny związek między spostrzeganą transfobią a strategią regulującą emocje.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a strategią regulującą emocje występuje słaba, ujemna, statystycznie nieistotna zależność. HIPOTEZA ODRZUCONA.

D. Istnieje negatywny związek między spostrzeganą transfobią a strategią poznawczo-restrukturyzującą.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a strategią poznawczo-restrukturyzującą występuje słaba, ujemna, statystycznie nieistotna zależność. HIPOTEZA ODRZUCONA.

E. Istnieje pozytywny związek między spostrzeganą transfobią a strategią społeczno-relacyjną.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a strategią społeczno-relacyjną występuje słaba, dodatnia, statystycznie nieistotna zależność. HIPOTEZA ODRZUCONA.

F. Istnieje pozytywny związek między spostrzeganą transfobią a strategią prewencyjno-przygotowawczą.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a strategią prewencyjno-przygotowawczą występuje słaba, dodatnia, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem spostrzeganej transfobii zwiększa się strategia prewencyjno-przygotowawcza. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

G. Istnieje negatywny związek między spostrzeganą transfobią a strategią odcinania się.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a strategią odcinania się występuje słaba, ujemna, statystycznie nieistotna zależność. HIPOTEZA ODRZUCONA.

H. Istnieje pozytywny związek między spostrzeganą transfobią a strategią korzystania z zasobów.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a strategią korzystania z zasobów występuje słaba, dodatnia, statystycznie nieistotna zależność. HIPOTEZA ODRZUCONA.

I. Istnieje negatywny związek między spostrzeganą transfobią a strategią duchowo-religijną.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a strategią duchowo-religijną występuje słaba, ujemna, statystycznie nieistotna zależność. HIPOTEZA ODRZUCONA.

J. Istnieje pozytywny związek między spostrzeganą transfobią a strategią polityczno-upodmiotawiającą.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a strategią polityczno-upodmiotawiającą występuje słaba, dodatnia, statystycznie nieistotna zależność. HIPOTEZA ODRZUCONA.

10. Istnieje zależność między spostrzeganą transfobią a poziomem ujawnienia swojej transpłciowości: wśród członków rodziny, w pracy / miejscu edukacji, wśród znajomych i poziomem ogólnym ujawnienia. Istnieje negatywny związek między spostrzeganą transfobią a poziomem ujawnienia swojej transpłciowości wśród członków rodziny, w pracy / miejscu edukacji, wśród znajomych oraz ogólnym poziomem ujawnienia się.

A. Istnieje negatywny związek między spostrzeganą transfobią a poziomem ujawnienia swojej transpłciowości wśród członków rodziny.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a poziomem ujawnienia swojej transpłciowości wśród członków rodziny występuje słaba, ujemna, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem spostrzeganej transfobii zmniejsza się poziom ujawnienia swojej transpłciowości wśród członków rodziny. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

B. Istnieje negatywny związek między spostrzeganą transfobią a poziomem ujawnienia swojej transpłciowości w pracy / miejscu edukacji.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a poziomem ujawnienia swojej transpłciowości w miejscu pracy/edukacji występuje słaba, ujemna, statystycznie nieistotna zależność. HIPOTEZA ODRZUCONA.

C. Istnieje negatywny związek między spostrzeganą transfobią a poziomem ujawnienia swojej transpłciowości wśród znajomych.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a poziomem ujawnienia swojej transpłciowości wśród znajomych występuje słaba, dodatnia, statystycznie nieistotna zależność. HIPOTEZA ODRZUCONA.

D. Istnieje negatywny związek między spostrzeganą transfobią a ogólnym poziomem ujawnienia swojej transpłciowości.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a ogólnym poziomem ujawnienia swojej transpłciowości istnieje słaba, dodatnia, statystycznie nieistotna zależność. HIPOTEZA ODRZUCONA.

11. Istnieje zależność między spostrzeganą transfobią a okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje. Istnieje negatywny związek między spostrzeganą transfobią a okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 13 wywnioskowano, że między spostrzeganą transfobią a okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje, występuje słaba, ujemna, statystycznie nieistotna zależność. HIPOTEZA ODRZUCONA.

5.3. Hipoteza badawcza 2

Istnieją zależności między zinternalizowaną transfobią a dysforią płciową, poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, spostrzeganym wsparciem społecznym, zmiennymi osobowościowymi, stylami ustosunkowań interpersonalnych, samooceną, umiejętnościami interpersonalnymi, strategiami radzenia sobie z transfobią, okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje, i poziomem ujawnienia swojej transpłciowości.

Tabela 14. Współczynniki korelacji pomiędzy zinternalizowaną transfobią a dysforią płciową, poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, spostrzeganym wsparciem społecznym, czynnikami osobowościowymi, stylami ustosunkowań interpersonalnych, samooceną, umiejętnościami interpersonalnymi, strategiami radzenia sobie z transfobią, okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje, oraz poziomem ujawnienia swojej transpłciowości

	współczynnik	
	Pearsona	Spearmana
dysforia płciowa	0,167*	0,180*
kobiecość	0,000	0,000
męskość	-0,286*	-0,300*
wsparcie społeczne – instrumentalne	-0,368*	-0,359*
wsparcie społeczne – emocjonalne	-0,451*	-0,448*
wsparcie społeczne – poziom ogólny	-0,429*	-0,423*
ekstrawersja	-0,344*	-0,371*
ugodowość	-0,086	-0,131*
sumienność	-0,233*	-0,196*
stabilność emocjonalna	-0,392*	-0,392*
otwartość na doświadczenia	-0,184*	-0,179*
styl kierowniczo-autorytatywny	-0,212*	-0,190*
styl podtrzymująco-przesadnie opiekuńczy	-0,034	-0,028
styl współpracująco-przyjacielski	-0,003	0,015
styl uległo-zależny	0,076	0,058
styl wycofująco-masochistyczny	0,419*	0,453*
styl buntowniczo-podejrzliwy	0,309*	0,291*
styl agresywno-sadystyczny	0,083	0,080
styl współzawodniczącо-narcystyczny	-0,043	-0,051
samoocena	-0,595*	-0,601*
umiejętność nawiązywania kontaktu	-0,186*	-0,170*
umiejętność wyrażania negatywnych emocji	-0,227*	-0,217*
umiejętność ujawniania siebie	-0,268*	-0,253*
umiejętność zarządzania konfliktem	-0,059	-0,094
umiejętność okazywania wsparcia emocjonalnego	-0,037	-0,034
strategia płciowo-normatywna	0,196*	0,228*
strategia autoafirmująca	-0,283*	-0,345*
strategia regulująca emocje	-0,230*	-0,261*
strategia poznawczo-restrukturyzująca	0,059	0,074

(cd. tab. 14)

	współczynnik	
	Pearsona	Spearmana
strategia społeczno-relacyjna	-0,193*	-0,186*
strategia prewencyjno-przygotowawcza	0,204*	0,190*
strategia odcinania się	0,030	0,037
strategia korzystania z zasobów	0,008	-0,040
strategia duchowo-religijna	0,053	0,023
strategia polityczno-upodmiotawiająca	-0,404*	-0,367*
poziom ujawnienia swojej transpłciowości wśród członków rodziny	-0,161*	-0,170*
poziom ujawnienia swojej transpłciowości w miejscu pracy/edukacji	-0,272*	-0,260*
poziom ujawnienia swojej transpłciowości wśród znajomych	-0,349*	-0,335*
ogólny poziom ujawnienia swojej transpłciowości	-0,326*	-0,317*
okres funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje	-0,075	-0,073

* statystyczna istotność na poziomie 0,05.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

1. Istnieje pozytywna zależność między dysforią płciową a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a dysforią płciową występuje słaba, dodatnia, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem zinternalizowanej transfobii zwiększa się dysforia płciowa. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

2. Istnieje związek między zinternalizowaną transfobią a poczuciem psychicznej kobiecości i męskości oraz negatywna zależność między poczuciem psychicznej męskości a zinternalizowaną transfobią.

A. Istnieje pozytywny związek między poczuciem psychicznej kobiecości a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a poczuciem psychicznej kobiecości nie występuje statystycznie istotna zależność. HIPOTEZA ODRZUCONA.

B. Istnieje negatywny związek między poczuciem psychicznej męskości a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a poczuciem psychicznej męskości występuje słaba, dodatnia, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem zinternalizowanej transfobii zwiększa się poczucie psychicznej męskości. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

3. Istnieje związek między zinternalizowaną transfobią a spostrzeganym wsparciem społecznym instrumentalnym, emocjonalnym i ogólnym poziomem spostrzeganego wsparcia.

A. Istnieje negatywny związek między spostrzeganym instrumentalnym wsparciem społecznym a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a spostrzeganym instrumentalnym wsparciem społecznym występuje umiarkowanie silna, ujemna, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem zinternalizowanej transfobii zmniejsza się spostrzegane instrumentalne wsparcie społeczne. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

B. Istnieje negatywny związek między spostrzeganym emocjonalnym wsparciem społecznym a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a spostrzeganym emocjonalnym wsparciem społecznym występuje umiarkowanie silna, ujemna, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem zinternalizowanej transfobii zmniejsza się spostrzegane emocjonalne wsparcie społeczne. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

C. Istnieje negatywna związek między spostrzeganym ogólnym wsparciem społecznym a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a ogólnym spostrzeganym wsparciem społecznym występuje umiarkowanie silna, ujemna, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem zinternalizowanej transfobii zmniejsza się ogólne spostrzegane wsparcie społeczne. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

4. Istnieje związek między zinternalizowaną transfobią a ekstrawersją, ugodowością, sumiennością, stabilnością emocjonalną i otwartością na doświadczenia.

A. Istnieje negatywny związek między ekstrawersją a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a ekstrawersją występuje umiarkowanie silna, ujemna, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem zinternalizowanej transfobii zmniejsza się ekstrawersja. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

B. Istnieje negatywny związek między ugodowością, a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a ugodowością występuje słaba, ujemna, statystycznie nieistotna zależność. Wraz ze wzrostem zinternalizowanej transfobii zmniejsza się ugodowość. Nie można jednak tego wniosku odnieść do całej populacji badanych, ze względu na brak statystycznie istotnej zależności. Pomimo to zaobserwowano, że analizowana zależność jest statystycznie istotna przy wykorzystaniu nieparametrycznego współczynnika korelacji (Spearmana). HIPOTEZA ODRZUCONA.

C. Istnieje negatywny związek między sumiennością a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a sumiennością występuje słaba, ujemna, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem zinternalizowanej transfobii zmniejsza się sumienność. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

D. Istnieje negatywny związek między stabilnością emocjonalną a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a stabilnością emocjonalną występuje umiarkowanie silna, ujemna, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem zinternalizowanej transfobii zmniejsza się stabilność emocjonalna. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

E. Istnieje negatywny związek między otwartością na doświadczenia a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a otwartością na doświadczenia występuje słaba, ujemna, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem zinternalizowanej transfobii zmniejsza się otwartość na doświadczenia. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

5. Istnieje zależność między zinternalizowaną transfobią a stylem kierowniczo-autorytatywnym, podtrzymująco-przesadnie opiekuńczym, współpracująco-przyjacielskim, uległo-zależnym, wycofująco-masochistycznym, buntowniczo-podejrzliwym, agresywno-sadystycznym, współzawodniczącо-narcystycznym.

A. Istnieje negatywny związek między stylem kierowniczo-autorytatywnym a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a stylem kierowniczo-autorytatywnym występuje słaba, ujemna, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem zinternalizowanej transfobii zmniejsza się styl kierowniczo-autorytatywny. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

B. Istnieje negatywny związek między stylem podtrzymująco-przesadnie opiekuńczym a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a stylem podtrzymująco-przesadnie opiekuńczym występuje słaba, ujemna, statystycznie nieistotna zależność. HIPOTEZA ODRZUCONA.

C. Istnieje negatywny związek między stylem współpracująco-przyjacielskim a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a stylem współpracująco-przyjacielskim nie występuje statystycznie istotna zależność. HIPOTEZA ODRZUCONA.

D. Istnieje pozytywny związek między stylem uległo-zależnym a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a stylem uległo-zależnym występuje słaba, dodatnia, statystycznie nieistotna zależność. HIPOTEZA ODRZUCONA.

E. Istnieje pozytywny związek między stylem wycofująco-masochistycznym a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a stylem wycofująco-masochistycznym występuje umiarkowanie silna, dodatnia, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem zinternalizowanej transfobii zwiększa się styl wycofująco-masochistyczny. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

F. Istnieje pozytywny związek między stylem buntowniczo-podejrzliwym a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a stylem buntowniczo-podejrzliwym występuje słaba, dodatnia, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem zinternalizowanej transfobii zwiększa się styl buntowniczo-podejrzliwy. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

G. Istnieje pozytywny związek między stylem agresywno-sadystycznym a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między poziomem zinternalizowanej transfobii a stylem agresywno-sadystycznym występuje słaba, dodatnia, statystycznie nieistotna zależność. HIPOTEZA ODRZUCONA.

H. Istnieje negatywny związek między stylem współzawodnicząco-narcystycznym a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między poziomem zinternalizowanej transfobii a stylem współzawodnicząco-narcystycznym występuje słaba, ujemna, statystycznie nieistotna zależność. HIPOTEZA ODRZUCONA.

6. Istnieje zależność między zinternalizowaną transfobią a samooceną. Istnieje negatywny związek między samooceną a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a samooceną występuje umiarkowanie silna, ujemna, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem zinternalizowanej transfobii zmniejsza się samoocena. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

7. Istnieje zależność między zinternalizowaną transfobią a umiejętnością nawiązywania kontaktu, wyrażania negatywnych emocji, ujawniania siebie, zarządzania konfliktem, okazywania wsparcia emocjonalnego.

A. Istnieje negatywny związek między umiejętnością nawiązywania kontaktu a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a umiejętnością nawiązywania kontaktu występuje słaba, ujemna, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem zinternalizowanej transfobii zmniejsza się umiejętność nawiązywania kontaktu. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

B. Istnieje negatywny związek między umiejętnością wyrażania negatywnych emocji a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a umiejętnością wyrażania negatywnych emocji występuje słaba, ujemna, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem zinternalizowanej transfobii zmniejsza się umiejętność wyrażania negatywnych emocji. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

C. Istnieje negatywny związek między umiejętnością ujawniania siebie a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a umiejętnością ujawniania siebie występuje słaba, ujemna, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem zinternalizowanej transfobii zmniejsza się umiejętność ujawniania siebie. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

D. Istnieje negatywny związek między umiejętnością zarządzania konfliktem a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a umiejętnością zarządzania konfliktem występuje słaba, ujemna, statystycznie nieistotna zależność. HIPOTEZA ODRZUCONA.

E. Istnieje negatywny związek między umiejętnością okazywania wsparcia emocjonalnego a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a umiejętnością okazywania wsparcia emocjonalnego występuje słaba, ujemna, statystycznie nieistotna zależność. HIPOTEZA ODRZUCONA.

8. Istnieje zależność między zinternalizowaną transfobią a strategią radzenia sobie z transfobią: płciowo-normatywną, autoafirmującą, regulującą emocje, poznawczo-restrukturyzującą, społeczno-relacyjną, prewencyjno-przygotowawczą, odcinania się, korzystania z zasobów, duchowo-religijną i polityczno-upodmiotawiającą.

A. Istnieje pozytywny związek między strategią płciowo-normatywną a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a strategią płciowo-normatywną występuje słaba, dodatnia, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem zinternalizowanej transfobii zwiększa się strategia płciowo-normatywna. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

B. Istnieje negatywny związek między strategią autoafirmującą a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a strategią autoafirmującą występuje słaba, ujemna, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem zinternalizowanej transfobii zmniejsza się strategia autoafirmująca. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

C. Istnieje negatywny związek między strategią: regulującą emocje, społeczno-relacyjną, korzystania z zasobów i polityczno-upodmiotawiającą a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a strategią regulującą emocje występuje słaba, ujemna, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem zinternalizowanej transfobii zmniejsza się strategia regulująca emocje. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

D. Istnieje pozytywny związek między strategią poznawczo-restrukturyzującą a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a strategią poznawczo-restrukturyzującą występuje słaba, dodatnia, statystycznie nieistotna zależność. HIPOTEZA ODRZUCONA.

E. Istnieje negatywny związek między strategią społeczno-relacyjną a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a strategią społeczno-relacyjną występuje słaba, ujemna, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem zinternalizowanej transfobii zmniejsza się strategia społeczno-relacyjna. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

F. Istnieje pozytywny związek między strategią prewencyjno-przygotowawczą a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a strategią prewencyjno-przygotowawczą występuje słaba, dodatnia, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem zinternalizowanej transfobii zwiększa się strategia prewencyjno-przygotowawcza. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

G. Istnieje pozytywny związek między strategią odcinania się a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a strategią odcinania się występuje słaba, dodatnia, statystycznie nieistotna zależność. HIPOTEZA ODRZUCONA.

H. Istnieje negatywny związek między strategią korzystania z zasobów a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a strategią korzystania z zasobów nie występuje statystycznie istotna zależność. HIPOTEZA ODRZUCONA.

I. Istnieje pozytywny związek między strategią duchowo-religijną a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a strategią duchowo-religijną występuje słaba, dodatnia, statystycznie nieistotna zależność. HIPOTEZA ODRZUCONA.

J. Istnieje negatywny związek między strategią polityczno-upodmiotawiającą a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a strategią polityczno-upodmiotawiającą występuje umiarkowanie silna, ujemna, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem zinternalizowanej transfobii zmniejsza się strategia polityczno-upodmiotawiająca. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

9. Istnieje zależność między zinternalizowaną transfobią a poziomem ujawnienia swojej transpłciowości wśród członków rodziny, w pracy / miejscu edukacji, wśród znajomych i poziomem ogólnym ujawnienia.

A. Istnieje negatywny związek między poziomem ujawnienia swojej transpłciowości wśród członków rodziny a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a poziomem ujawnienia swojej transpłciowości wśród członków rodziny występuje słaba, ujemna, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem zinternalizowanej transfobii zmniejsza się poziom ujawnienia swojej transpłciowości wśród członków rodziny. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

B. Istnieje negatywny związek między poziomem ujawnienia swojej transpłciowości w pracy / miejscu edukacji a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a poziomem ujawnienia swojej transpłciowości w pracy / miejscu edukacji występuje słaba, ujemna, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem zinternalizowanej transfobii zmniejsza się poziom ujawnienia swojej transpłciowości w pracy / miejscu edukacji. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

C. Istnieje negatywny związek między poziomem ujawnienia swojej transpłciowości wśród znajomych a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a poziomem ujawnienia swojej transpłciowości wśród znajomych występuje umiarkowanie silna, ujemna, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem zinternalizowanej transfobii zmniejsza się poziom ujawnienia swojej transpłciowości wśród znajomych. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

D. Istnieje negatywny związek między ogólnym poziomem ujawnienia swojej transpłciowości a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a ogólnym poziomem ujawnienia swojej transpłciowości występuje umiarkowanie silna, ujemna, statystycznie istotna zależność. Wraz ze wzrostem zinternalizowanej transfobii zmniejsza się ogólny poziom ujawnienia swojej transpłciowości. HIPOTEZA POTWIERDZONA.

10. Istnieje zależność między zinternalizowaną transfobią a okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje. Istnieje negatywna zależność między okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje, a zinternalizowaną transfobią.

Na podstawie informacji zawartej w tabeli 14 wywnioskowano, że między zinternalizowaną transfobią a okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje, występuje słaba, ujemna, statystycznie nieistotna zależność. HIPOTEZA ODRZUCONA.

5.4. Hipoteza badawcza 3

Istnieją zależności między dysforią płciową, zmiennymi osobowościowymi, samooceną, poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, stylami ustosunkowań interpersonalnych, umiejętnościami interpersonalnymi, strategiami radzenia sobie z transfobią, spostrzeganym wsparciem społecznym, poziomem ujawnienia swojej transpłciowości, okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje.

1. Istnieją zależności między dysforią płciową a zmiennymi osobowościowymi, samooceną, poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, stylami ustosunkowań interpersonalnych, umiejętnościami interpersonalnymi, strategiami

radzenia sobie z transfobią, spostrzeganym wsparciem społecznym, poziomem ujawnienia swojej transpłciowości, okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje.

Tabela 15. Współczynniki korelacji dla związków zachodzących między dysforią płciową a zmiennymi osobowościowymi, samooceną, poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, stylami ustosunkowań interpersonalnych, umiejętnościami interpersonalnymi, strategiami radzenia sobie z transfobią, spostrzeganym wsparciem społecznym, poziomem ujawnienia swojej transpłciowości, okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje

	współczynnik	
	Pearsona	Spearmana
poziom ujawnienia swojej transpłciowości wśród członków rodziny	0,072	0,054
poziom ujawnienia swojej transpłciowości w miejscu pracy/edukacji	0,174*	0,160*
poziom ujawnienia swojej transpłciowości wśród znajomych	0,123*	0,175*
ogólny poziom ujawnienia swojej transpłciowości	0,156*	0,159*
okres funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje	-0,251*	-0,273*
strategia płciowo-normatywna	0,279*	0,285*
strategia autoafirmująca	0,048	-0,025
strategia regulująca emocje	-0,014	-0,023
strategia poznawczo-restrukturyzująca	0,074	0,102
strategia społeczno-relacyjna	0,186*	0,162*
strategia prewencyjno-przygotowawcza	0,074	0,102
strategia odcinania się	0,016	0,049
strategia korzystania z zasobów	0,097	0,018
strategia duchowo-religijna	-0,147*	-0,190*
strategia polityczno-upodmiotawiająca	0,019	0,032
stabilność emocjonalna	-0,117*	-0,082
ekstrawersja	0,023	0,013
sumienność	-0,012	-0,060
otwartość na doświadczenia	-0,007	-0,015
ugodowość	0,118*	0,062
umiejętność nawiązywania kontaktu	0,112*	0,095

(cd. tab. 15)

	współczynnik	
	Pearsona	Spearmana
umiejętność wyrażania negatywnych emocji	-0,037	0,001
umiejętność ujawniania siebie	0,014	-0,039
umiejętność zarządzania konfliktem	0,059	0,044
umiejętność okazywania wsparcia emocjonalnego	0,016	0,075
styl kierowniczo-autorytatywny	0,045	0,068
styl podtrzymująco-przesadnie opiekuńczy	0,121*	0,094
styl współpracująco-przyjacielski	0,111*	0,063
styl uległo-zależny	0,247*	0,252*
styl wycofująco-masochistyczny	0,182*	0,222*
styl buntowniczo-podejrzliwy	-0,010	0,041
styl agresywno-sadystyczny	0,000	-0,019
styl współzawodnicząco-narcystyczny	0,029	0,042
samoocena	-0,155*	-0,184*
wsparcie społeczne – emocjonalne	-0,027	-0,084
wsparcie społeczne – instrumentalne	-0,023	-0,059
wsparcie społeczne – poziom ogólny	-0,026	-0,081
poczucie psychicznej kobiecości	0,091	0,050
poczucie psychicznej męskości	0,080	0,076

* statystyczna istotność na poziomie 0,05.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Z informacji zawartych w tabeli 15 wynika, że korelacja między dysforią płciową a analizowanymi zmiennymi jest różnokierunkowa i słaba. Najsilniejszą, statystycznie istotną korelację ujemną zaobserwowano dla następujących zmiennych: okresu funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje, samooceny, strategii duchowo-religijnej i stabilności emocjonalnej. Z kolei najsilniejszą, statystycznie istotną korelację dodatnią zaobserwowano dla następujących zmiennych: stylu współpracująco-przyjacielskiego, umiejętności nawiązywania kontaktu, ugodowości, stylu podtrzymująco-przesadnie opiekuńczego, poziomu ujawnienia swojej transpłciowości wśród znajomych, poziomu ujawnienia swojej transpłciowości w miejscu pracy/edukacji, ogólnego poziomu ujawnienia swojej transpłciowości,

stylu wycofująco-masochistycznego, stylu uległo-zależnego, strategii społeczno-relacyjnej i strategii płciowo-normatywnej.

2. Istnieją zależności między okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje, a poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, spostrzeganym wsparciem społecznym, zmiennymi osobowościowymi, stylami ustosunkowań interpersonalnych, samooceną, umiejętnościami interpersonalnymi, strategiami radzenia sobie z transfobią.

TABELA 16. Współczynniki korelacji dla związków zachodzących między okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje, a poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, spostrzeganym wsparciem społecznym, zmiennymi osobowościowymi, stylami ustosunkowań interpersonalnych, samooceną, umiejętnościami interpersonalnymi i strategiami radzenia sobie z transfobią

	współczynnik	
	Pearsona	Spearmana
strategia płciowo-normatywna	-0,075	-0,056
strategia autoafirmująca	0,113*	0,100
strategia regulująca emocje	0,047	0,129*
strategia poznawczo-restrukturyzująca	-0,022	0,085
strategia społeczno-relacyjna	-0,060	-0,021
strategia prewencyjno-przygotowawcza	-0,119*	-0,107*
strategia odcinania się	0,047	-0,024
strategia korzystania z zasobów	0,018	0,084
strategia duchowo-religijna	0,166*	0,127*
strategia polityczno-upodmiotawiająca	-0,002	0,004
stabilność emocjonalna	0,126*	0,147*
ekstrawersja	0,095	0,043
sumienność	0,171*	0,189*
otwartość na doświadczenia	-0,021	-0,011
ugodowość	0,024	-0,036
umiejętność nawiązywania kontaktu	0,106	0,095
umiejętność wyrażania negatywnych emocji	-0,099	-0,074
umiejętność ujawniania siebie	0,098	0,084
umiejętność zarządzania konfliktem	0,077	0,039

(cd. tab. 16)

	współczynnik	
	Pearsona	Spearmana
umiejętność okazywania wsparcia emocjonalnego	0,038	0,005
styl kierowniczo-autorytatywny	0,102	0,107*
styl podtrzymująco-przesadnie opiekuńczy	-0,014	0,011
styl współpracująco-przyjacielski	0,042	0,014
styl uległo-zależny	-0,095	-0,090
styl wycofująco-masochistyczny	-0,110*	-0,160*
style buntowniczo-podejrzliwy	-0,044	-0,105
style agresywno-sadystyczny	-0,010	0,010
style współzawodnicząco-narcystyczny	0,033	0,000
samoocena	0,156*	0,194*
wsparcie społeczne emocjonalne	0,054	0,071
wsparcie społeczne instrumentalne	0,103	0,064
poczucie psychicznej kobiecości	0,091	0,001
poczucie psychicznej męskości	0,092	0,144*
wsparcie społeczne – poziom ogólny	0,085	0,067

* statystyczna istotność na poziomie 0,05.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Z informacji zawartych w tabeli 16 wynika, że korelacja między długością okresu funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje, a analizowanymi zmiennymi jest różnokierunkowa i słaba. Najsilniejszą, statystycznie istotną korelację ujemną zaobserwowano dla następujących zmiennych: strategii prewencyjno-przygotowawczej i stylu wycofująco-masochistycznego. Z kolei najsilniejszą, statystycznie istotną korelację dodatnią zaobserwowano dla następujących zmiennych: strategii autoafirmującej, stabilności emocjonalnej, samooceny, strategii duchowo-religijnej i sumienności.

3. Istnieją zależności między poziomem ujawnienia swojej transpłciowości a dysforią płciową, poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, spostrzeganym wsparciem społecznym, zmiennymi osobowościowymi, stylami

ustosunkowań interpersonalnych, samooceną, umiejętnościami interpersonalnymi, strategiami radzenia sobie z transfobią, okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje.

Tabela 17. Współczynniki korelacji Pearsona dla związków zachodzących między poziomem ujawnienia swojej transpłciowości a poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, spostrzeganym wsparciem społecznym, zmiennymi osobowościowymi, stylami ustosunkowań interpersonalnych, samooceną, umiejętnościami interpersonalnymi, strategiami radzenia sobie z transfobią, okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje

	wśród członków rodziny	w miejscu pracy/ edukacji	wśród znajomych	ogólny poziom
okres funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje	0,378*	0,035	0,071	0,208*
intensywność doświadczanej dysforii płciowej	0,072	0,174*	0,123*	0,156*
strategia płciowo-normatywna	-0,008	-0,013	-0,019	-0,016
strategia autoafirmująca	0,215*	0,191*	0,128*	0,228*
strategia regulująca emocje	0,201*	0,174*	0,121*	0,212*
strategia poznawczo-restrukturyzująca	0,208*	0,109*	0,078	0,169*
strategia społeczno-relacyjna	0,108*	0,149*	0,228*	0,201*
strategia prewencyjno-przygotowawcza	-0,275*	-0,381*	-0,258*	-0,390*
strategia odcinania się	-0,018	-0,035	-0,077	-0,053
strategia korzystania z zasobów	0,102	0,084	0,052	0,102
strategia duchowo-religijna	0,013	-0,120*	-0,147*	-0,104
strategia polityczno-upodmiotawiająca	0,058	0,222*	0,373*	0,268*
stabilność emocjonalna	0,149*	0,135*	0,134*	0,177*
ekstrawersja	0,154*	0,277*	0,296*	0,305*
sumienność	0,195*	-0,057	-0,006	0,058
otwartość na doświadczenia	0,221*	0,176*	0,192*	0,249*
ugodowość	0,074	0,059	0,121*	0,105
umiejętność nawiązywania kontaktu	0,147*	0,244*	0,316*	0,295*
umiejętność wyrażania negatywnych emocji	0,010	0,154*	0,250*	0,170*
umiejętność ujawniania siebie	0,218*	0,201*	0,290*	0,297*
umiejętność zarządzania konfliktem	0,045	0,038	0,146*	0,093

(cd. tab. 17)

	wśród członków rodziny	w miejscu pracy/ edukacji	wśród znajomych	ogólny poziom
umiejętność okazywania wsparcia emocjonalnego	0,036	0,039	0,133*	0,085
styl kierowniczo-autorytatywny	0,085	0,100	0,158*	0,143*
styl podtrzymująco-przesadnie opiekuńczy	0,005	0,157*	0,230*	0,161*
styl współpracująco-przyjacielski	0,043	-0,014	0,047	0,030
styl uległo-zależny	0,060	0,158*	0,280*	0,204*
styl wycofująco-masochistyczny	-0,286*	-0,211*	-0,143*	-0,274*
styl buntowniczo-podejrzliwy	-0,199*	-0,186*	-0,285*	-0,280*
styl agresywno-sadystyczny	-0,100	0,067	-0,025	-0,023
styl współzawodniczącо-narcystyczny	0,076	0,051	0,026	0,066
samoocena	0,286*	0,203*	0,209*	0,296*
wsparcie społeczne – emocjonalne	0,177*	0,190*	0,329*	0,289*
wsparcie społeczne – instrumentalne	0,186*	0,216*	0,302*	0,294*
wsparcie społeczne – poziom ogólny	0,192*	0,216*	0,332*	0,308*
poczucie psychicznej kobiecości	0,021	0,141*	0,116*	0,117*
poczucie psychicznej męskości	0,170*	0,238*	0,194*	0,255*

* statystyczna istotność na poziomie 0,05.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Przeprowadzone analizy statystyczne wykazały istotne zależności (tabele 17, 18) między poziomem ujawnienia swojej transpłciowości a poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, spostrzeganym wsparciem społecznym, zmiennymi osobowościowymi, stylami ustosunkowań interpersonalnych, samooceną, umiejętnościami interpersonalnymi, strategią radzenia sobie z transfobią i długością okresu funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje.

Z informacji zawartych w tabeli 17 wynika, że korelacja między poziomem ujawnienia swojej transpłciowości wśród członków rodziny a badanymi zmiennymi jest różnokierunkowa i słaba. Najsilniejszą, statystycznie istotną korelację ujemną zaobserwowano dla następujących zmiennych: stylu wycofująco-masochistycznego, strategii prewencyjno-przygotowawczej i stylu buntowniczo-podejrzliwego. Z kolei najsilniejszą, statystycznie istotną korelację dodatnią

zaobserwowano dla następujących zmiennych: strategii społeczno-relacyjnej, umiejętności nawiązywania kontaktu, stabilności emocjonalnej, ekstrawersji, poczucia psychicznej męskości, wsparcia społecznego (emocjonalnego, instrumentalnego oraz ogólnego spostrzeganego wsparcia społecznego), sumienności, strategii regulującej emocje, strategii poznawczo-restrukturyzującej, strategii autoafirmującej, otwartości na doświadczenia, samooceny i okresu funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje.

Z informacji zawartych w tabeli 17 wynika, że korelacja między poziomem ujawnienia swojej transpłciowości w miejscu pracy/edukacji a badanymi zmiennymi jest różnokierunkowa i słaba. Najsilniejszą, statystycznie istotną korelację ujemną zaobserwowano dla następujących zmiennych: strategii prewencyjno-przygotowawczej, stylu wycofująco-masochistycznego, stylu buntowniczo-podejrzliwego i strategii duchowo-religijnej. Z kolei najsilniejszą, statystycznie istotną korelację dodatnią zaobserwowano dla następujących zmiennych: strategii poznawczo-restrukturyzującej, stabilności emocjonalnej, poczucia psychicznej kobiecości, strategii społeczno-relacyjnej, umiejętności wyrażania negatywnych emocji, stylu podtrzymująco-przesadnie opiekuńczego, stylu uległo-zależnego, dysforii płciowej, strategii regulującej emocje, otwartości na doświadczenia, spostrzeganego emocjonalnego wsparcia społecznego, strategii autoafirmującej, umiejętności ujawniania siebie, samooceny, ogólnego poziomu spostrzeganego wsparcia społecznego, spostrzeganego instrumentalnego wsparcia społecznego, strategii polityczno-upodmiotawiającej, poczucia psychicznej męskości, umiejętności nawiązywania kontaktu i ekstrawersji.

Z informacji zawartych w tabeli 17 wynika, że korelacja między poziomem ujawnienia swojej transpłciowości wśród znajomych a badanymi zmiennymi jest różnokierunkowa i słaba. Najsilniejszą, statystycznie istotną korelację ujemną zaobserwowano dla następujących zmiennych: stylu buntowniczo-podejrzliwego, strategii prewencyjno-przygotowawczej, strategii duchowo-religijnej i stylu wycofująco-masochistycznego. Z kolei najsilniejszą, statystycznie istotną korelację dodatnią zaobserwowano dla następujących zmiennych: poczucia psychicznej kobiecości, strategii regulującej emocje, ugodowości, dysforii płciowej, strategii autoafirmującej, umiejętności okazywania wsparcia emocjonalnego, stabilności emocjonalnej, umiejętności zarządzania konfliktem, stylu kierowniczo-autorytatywnego, otwartości na doświadczenia, poczucia psychicznej męskości, samooceny, strategii społeczno-relacyjnej, stylu podtrzymująco-przesadnie opiekuńczego, umiejętności wyrażania negatywnych emocji, stylu

uległo-zależnego, umiejętności ujawniania siebie, ekstrawersji, spostrzeganego instrumentalnego wsparcia społecznego, umiejętności nawiązywania kontaktu, spostrzeganego emocjonalnego wsparcia społecznego, ogólnego poziomu spostrzeganego wsparcia społecznego i strategii polityczno-upodmiotawiającej.

Z informacji zawartych w tabeli 17 wynika, że korelacja między ogólnym poziomem ujawnienia swojej transpłciowości a badanymi zmiennymi jest różnokierunkowa i słaba. Najsilniejszą, statystycznie istotną korelację ujemną zaobserwowano dla następujących zmiennych: strategii prewencyjno-przygotowawczej, stylu buntowniczo-podejrzliwego i stylu wycofująco-masochistycznego. Z kolei najsilniejszą, statystycznie istotną korelację dodatnią zaobserwowano dla następujących zmiennych: poczucia psychicznej kobiecości, stylu kierowniczo-autorytatywnego, dysforii płciowej, stylu podtrzymująco-przesadnie opiekuńczego, strategii poznawczo-restrukturyzującej, umiejętności wyrażania negatywnych emocji, stabilności emocjonalnej, strategii społeczno-relacyjnej, stylu uległo-zależnego, okresu funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje, strategii regulującej emocje, strategii autoafirmującej, otwartości na doświadczenia, poczucia psychicznej męskości, strategii polityczno-upodmiotawiającej, spostrzeganego emocjonalnego wsparcia społecznego, spostrzeganego instrumentalnego wsparcia społecznego, umiejętności nawiązywania kontaktu, samooceny, umiejętności ujawniania siebie, ekstrawersji i ogólnego spostrzeganego wsparcia społecznego.

Tabela 18. Współczynniki korelacji Spearmana dla związków zachodzących między poziomem ujawnienia swojej transpłciowości a dysforią płciową, poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, spostrzeganym wsparciem społecznym, zmiennymi osobowościowymi, stylami ustosunkowań interpersonalnych, samooceną, umiejętnościami interpersonalnymi, strategiami radzenia sobie z transfobią, okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje

	wśród członków rodziny	w miejscu pracy/ edukacji	wśród znajomych	ogólny poziom
okres funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje	0,427*	-0,006	0,014	0,186*
dysforia płciowa	0,054	0,160*	0,175*	0,159*
strategia płciowo-normatywna	0,004	0,002	-0,002	-0,004
strategia autoafirmująca	0,215*	0,194*	0,148*	0,235*

(cd. tab. 18)

	wśród członków rodziny	w miejscu pracy/ edukacji	wśród znajomych	ogólny poziom
strategia regulująca emocje	0,204*	0,154*	0,143*	0,208*
strategia poznawczo--restrukturyzująca	0,241*	0,112*	0,100	0,189*
strategia społeczno-relacyjna	0,103	0,140*	0,196*	0,195*
strategia prewencyjno-przygotowawcza	-0,270*	-0,383*	-0,253*	-0,373*
strategia odcinania się	-0,014	-0,038	-0,045	-0,051
strategia korzystania z zasobów	0,121*	0,116*	0,123*	0,153*
strategia duchowo-religijna	0,046	-0,176*	-0,129*	-0,107*
strategia polityczno-upodmiotawiająca	0,083	0,239*	0,365*	0,294*
stabilność emocjonalna	0,161*	0,138*	0,129*	0,179*
ekstrawersja	0,155*	0,269*	0,290*	0,299*
sumienność	0,203*	-0,079	-0,014	0,046
otwartość na doświadczenia	0,222*	0,195*	0,211*	0,266*
ugodowość	0,074	0,077	0,109*	0,115*
umiejętność nawiązywania kontaktu	0,144*	0,246*	0,328*	0,293*
umiejętność wyrażania negatywnych emocji	0,033	0,146*	0,310*	0,181*
umiejętność ujawniania siebie	0,208*	0,213*	0,281*	0,300*
umiejętność zarządzania konfliktem	0,051	0,084	0,148*	0,114*
umiejętność okazywania wsparcia emocjonalnego	0,035	0,101	0,129*	0,109*
styl kierowniczo-autorytatywny	0,102	0,101	0,193*	0,149*
styl podtrzymująco-przesadnie opiekuńczy	0,014	0,161*	0,211*	0,164*
styl współpracująco-przyjacielski	0,036	0,009	0,046	0,049
styl uległo-zależny	0,075	0,170*	0,287*	0,222*
styl wycofująco-masochistyczny	-0,284*	-0,222*	-0,162*	-0,277*
styl buntowniczo-podejrzliwy	-0,201*	-0,167*	-0,207*	-0,258*
styl agresywno-sadystyczny	-0,113*	0,025	-0,063	-0,066
styl współzawodniczącо-narcystyczny	0,085	0,039	0,053	0,066
samoocena	0,285*	0,202*	0,219*	0,293*
wsparcie społeczne – emocjonalne	0,186*	0,162*	0,252*	0,266*
wsparcie społeczne – instrumentalne	0,172*	0,200*	0,254*	0,273*

(cd. tab. 18)

	wśród członków rodziny	w miejscu pracy/ edukacji	wśród znajomych	ogólny poziom
wsparcie społeczne – poziom ogólny	0,180*	0,187*	0,269*	0,279*
poczucie psychicznej kobiecości	-0,001	0,099	0,092	0,094
poczucie psychicznej męskości	0,193*	0,213*	0,198*	0,244*

* statystyczna istotność na poziomie 0,05.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

4. Istnieją zależności między strategiami radzenia sobie z transfobią a poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, spostrzeganym wsparciem społecznym, zmiennymi osobowościowymi stylami ustosunkowań interpersonalnych, samooceną, umiejętnościami interpersonalnymi.

TABELA 19. Współczynniki korelacji Pearsona dla związków zachodzących między strategiami radzenia sobie z transfobią a poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, spostrzeganym wsparciem społecznym, zmiennymi osobowościowymi, stylami ustosunkowań interpersonalnych, samooceną i umiejętnościami interpersonalnymi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
stabilność emocjonalna	-0,140*	0,430*	0,215*	0,090	-0,073	-0,185*	0,058	0,057	-0,137*	0,071
ekstrawersja	-0,048	0,417*	0,215*	0,107	0,300*	-0,213*	-0,114*	0,205*	-0,039	0,343*
sumienność	0,124*	0,304*	0,139*	0,075	0,076	-0,103	-0,042	0,231*	0,067	0,051
otwartość na doświadczenia	-0,260*	0,097	0,182*	0,097	0,059	-0,089	-0,142*	-0,027	0,003	0,151*
ugodowość	0,110*	0,124*	-0,008	0,014	0,133*	0,008	-0,073	0,132*	-0,037	0,170*
umiejętność nawiązywania kontaktu	0,051	0,399*	0,251*	0,186*	0,383*	-0,133*	-0,062	0,339*	0,001	0,317*
umiejętność wyrażania negatywnych emocji	-0,062	0,068	0,130*	-0,051	0,146*	-0,192*	-0,026	0,116*	-0,038	0,131*
umiejętność ujawniania siebie	0,023	0,255*	0,256*	0,043	0,455*	-0,160*	-0,151*	0,217*	0,100	0,386*

(cd. tab. 19)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
umiejętność zarządzania konfliktem	-0,033	0,155*	0,037	0,164*	0,159*	-0,063	0,049	-0,054	-0,053	0,072
umiejętność okazywania wsparcia emocjonalnego	0,099	0,037	0,052	0,093	0,193*	0,017	-0,038	0,033	0,027	0,184*
styl kierowniczo--autorytatywny	0,010	0,240*	0,225*	0,033	0,023	-0,090	-0,018	0,261*	-0,027	0,110*
styl podtrzymująco--przesadnie opiekuńczy	0,149*	0,092	0,077	0,213*	0,235*	0,044	-0,002	0,091	-0,020	0,120*
styl współpracująco--przyjacielski	0,105	-0,014	-0,049	0,061	0,179*	0,114*	-0,024	0,055	-0,011	0,089
styl uległo--zależny	0,275*	0,073	0,085	0,275*	0,412*	0,061	0,033	0,110*	0,007	0,153*
styl wycofująco--masochistyczny	0,122*	-0,250*	-0,202*	-0,068	-0,021	0,251*	0,083	-0,007	0,105	-0,092
styl buntowniczo--podejrzliwy	0,059	-0,022	0,038	-0,115*	-0,138*	0,148*	0,102	0,105	0,139*	-0,082
styl agresywno--sadystyczny	0,002	0,051	0,122*	-0,035	-0,086	-0,016	0,105	0,096	0,106	0,022
styl współza-wodnicząco--narcystyczny	0,019	0,138*	0,137*	-0,013	-0,011	-0,065	0,072	0,114*	0,192*	0,032
samoocena	-0,205*	0,443*	0,281*	0,157*	0,010	-0,288*	-0,063	0,100	-0,047	0,172*
wsparcie społeczne – emocjonalne	-0,071	0,181*	0,181*	0,094	0,419*	-0,145*	-0,072	0,160*	-0,007	0,414*
wsparcie społeczne – instrumentalne	-0,002	0,133*	0,204*	0,067	0,344*	-0,182*	-0,030	0,125*	0,030	0,308*
wsparcie społeczne – poziom ogólny	-0,036	0,164*	0,204*	0,084	0,400*	-0,174*	-0,052	0,149*	0,014	0,377*

(cd. tab. 19)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
poczucie psychicznej kobiecości	0,167*	0,171*	0,157*	0,150*	0,377*	0,104	0,004	0,293*	0,142*	0,293*
poczucie psychicznej męskości	-0,016	0,376*	0,351*	0,102	0,125*	-0,205*	0,033	0,233*	-0,023	0,194*

1 – strategia płciowo-normatywna; 2 – strategia autoafirmująca; 3 – strategia regulująca emocje; 4 – strategia poznawczo-restrukturyzująca; 5 – strategia społeczno-relacyjna; 6 – strategia prewencyjno-przygotowawcza; 7 – strategia odcinania się; 8 – strategia korzystania z zasobów; 9 – strategia duchowo-religijna; 10 – strategia polityczno-upodmiotawiająca.

* statystyczna istotność na poziomie 0,05.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Przeprowadzone analizy statystyczne wykazały istotne zależności (tabele 19, 20) między strategiami radzenia sobie z transfobią a poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, spostrzeganym wsparciem społecznym, zmiennymi osobowościowymi, stylami ustosunkowań interpersonalnych, samooceną i umiejętnościami interpersonalnymi.

Z informacji zawartych w tabeli 19 wynika, że strategia płciowo-normatywna jest najsilniej istotnie skorelowana ujemnie z otwartością na doświadczenia, samooceną i stabilnością emocjonalną. Strategia ta jest najsilniej istotnie skorelowana dodatnio z sumiennością, stylem buntowniczo-podejrzliwym, stylem wycofująco-masochistycznym, ugodowością, stylem współpracująco-przyjacielskim, poczuciem psychicznej kobiecości, stylem podtrzymująco-przesadnie opiekuńczym i uległo-zależnym.

Strategia autoafirmująca (tabela 19) jest najsilniej istotnie skorelowana ujemnie ze stylem wycofująco-masochistycznym. Strategia ta jest najsilniej istotnie skorelowana dodatnio z ugodowością, otwartością na doświadczenia, stylem podtrzymująco-przesadnie opiekuńczym, umiejętnością wyrażania negatywnych emocji, zarządzania konfliktem, stylem współzawodniczącо-narcystycznym, poczuciem psychicznej kobiecości, stylem kierowniczo-autorytatywnym, spostrzeganym emocjonalnym wsparciem społecznym, umiejętnością ujawniania siebie, sumiennością, poczuciem psychicznej męskości, umiejętnością nawiązywania kontaktu, stabilnością emocjonalną, ekstrawersją i samooceną.

Według informacji zawartych w tabeli 19 strategia regulująca emocje jest najsilniej istotnie skorelowana ujemnie ze stylem wycofująco-masochistycznym. Strategia ta jest najsilniej dodatnio skorelowana z umiejętnością okazywania wsparcia emocjonalnego, stylem agresywno-sadystycznym, sumiennością, poczuciem psychicznej kobiecości, poziomem umiejętności wyrażania negatywnych emocji, poziomem ujawnienia swojej transpłciowości wśród znajomych i w miejscu pracy/edukacji, stylem współzawodniczącо-narcystycznym, otwartością na doświadczenia, ogólnym poziomem spostrzeganego wsparcia społecznego, spostrzeganym emocjonalnym wsparciem społecznym, ekstrawersją, spostrzeganym instrumentalnym wsparciem społecznym, stylem kierowniczo-autorytatywnym, stabilnością emocjonalną, umiejętnością ujawniania siebie, umiejętnością nawiązywania kontaktu, samooceną i poczuciem psychicznej męskości.

Przeprowadzone analizy korelacji (tabela 19) wykazały, że strategia poznawczo-restrukturyzująca jest najsilniej istotnie skorelowana ujemnie z stylem buntowniczo-podejrzliwym. Strategia ta jest najsilniej dodatnio skorelowana z poczuciem psychicznej męskości i kobiecości, spostrzeganym emocjonalnym wsparciem społecznym, ekstrawersją, umiejętnością okazywania wsparcia emocjonalnego, stabilnością emocjonalną, umiejętnością zarządzania konfliktem, samooceną, umiejętnością nawiązywania kontaktu, stylem podtrzymująco-przesadnie opiekuńczym i stylem uległo-zależnym.

W przypadku strategii społeczno-relacyjnej (tabela 19) analizy wykazały jej najsilniejszy negatywny związek ze stylem buntowniczo-podejrzliwym oraz najsilniejszy pozytywny związek z poczuciem psychicznej męskości, umiejętnością wyrażania negatywnych emocji, ugodowością, umiejętnością zarządzania konfliktem, stylem współpracująco-przyjacielskim, umiejętnością okazywania wsparcia emocjonalnego, stylem podtrzymująco-przesadnie opiekuńczym, ekstrawersją, spostrzeganym instrumentalnym wsparciem społecznym, poczuciem psychicznej kobiecości, umiejętnością nawiązywania kontaktu, ogólnym poziomem spostrzeganego wsparcia społecznego, spostrzeganym emocjonalnym wsparciem społecznym, stylem uległo-zależnym oraz umiejętnością ujawniania siebie.

Strategia prewencyjno-przygotowawcza (tabela 20) jest najsilniej istotnie skorelowana ujemnie z samooceną, ekstrawersją, stabilnością emocjonalną, spostrzeganym emocjonalnym wsparciem społecznym, spostrzeganym instrumentalnym wsparciem społecznym, ogólnym poziomem spostrzeganego

wsparcia społecznego, poczuciem psychicznej męskości, umiejętnością ujawniania siebie, umiejętnością wyrażania negatywnych emocji oraz otwartością na doświadczenia. Strategia ta jest najsilniej dodatnio skorelowana z poczuciem psychicznej kobiecości, stylem buntowniczo-podejrzliwym i stylem wycofująco-masochistycznym.

Przeprowadzone analizy korelacji (tabela 19) wykazały, że strategia odcinania się jest najsilniej istotnie skorelowana ujemnie z otwartością na doświadczenia, umiejętnością ujawniania siebie i ekstrawersją, a najsilniej dodatnio skorelowana ze stylem buntowniczo-podejrzliwym.

Strategia korzystania z zasobów (tabela 19) najsilniej istotnie dodatnio skorelowana jest ze spostrzeganym instrumentalnym wsparciem społecznym, umiejętnością wyrażania negatywnych emocji, samooceną, ugodowością, ogólnym poziomem spostrzeganego wsparcia społecznego, stylem współzawodniczącо-narcystycznym, spostrzeganym emocjonalnym wsparciem społecznym, umiejętnością ujawniania siebie, ekstrawersją, poczuciem psychicznej męskości, sumiennością, poczuciem psychicznej kobiecości, stylem kierowniczo-autorytatywnymi umiejętnością nawiązywania kontaktu.

W przypadku strategii duchowo-religijnej (tabela 19) analizy wykazały jej najsilniejszy negatywny związek ze stabilnością emocjonalną, a najsilniejszy pozytywny związek z umiejętnością ujawniania siebie, stylem współzawodniczącо-narcystycznym, sumiennością i poczuciem psychicznej kobiecości.

Przeprowadzone analizy korelacji (tabela 19) wykazały, że strategia polityczno-upodmiotawiająca jest najsilniej istotnie skorelowana dodatnio z umiejętnością zarządzania konfliktem, stylem podtrzymująco-przesadnie opiekuńczym, umiejętnością wyrażania negatywnych emocji, samooceną, otwartością na doświadczenia, stylem uległo-zależnym, ugodowością, poczuciem psychicznej męskości, umiejętnością okazywania wsparcia emocjonalnego, poczuciem psychicznej kobiecości, umiejętnością nawiązywania kontaktu, ekstrawersją, spostrzeganym instrumentalnym wsparciem społecznym, umiejętnością ujawniania siebie, ogólnym poziomem spostrzeganego wsparcia społecznego i spostrzeganym emocjonalnym wsparciem społecznym.

TABELA 20. Współczynniki korelacji Spearmana dla związków zachodzących między strategiami radzenia sobie z transfobią a poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, spostrzeganym wsparciem społecznym, zmiennymi osobowościowymi, stylami ustosunkowań interpersonalnych, samooceną i umiejętnościami interpersonalnymi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
stabilność emocjonalna	-0,149*	0,434*	0,232*	0,128*	-0,054	-0,171*	0,066	0,083	-0,114*	0,051
ekstrawersja	-0,055	0,422*	0,221*	0,118*	0,313*	-0,196*	-0,103	0,201*	-0,017	0,337*
sumienność	0,103	0,273*	0,135*	0,051	0,055	-0,030	-0,054	0,215*	0,109*	0,044
otwartość na doświadczenia	-0,259*	0,096	0,180*	0,090	0,063	-0,097	-0,122*	-0,027	0,042	0,151*
ugodowość	0,118*	0,099	-0,021	-0,008	0,161*	-0,014	-0,054	0,123*	0,024	0,190*
umiejętność nawiązywania kontaktu	0,058	0,414*	0,258*	0,192*	0,385*	-0,090	-0,055	0,330*	0,007	0,300*
umiejętność wyrażania negatywnych emocji	-0,050	0,121*	0,148*	-0,034	0,166*	-0,119*	0,020	0,118*	-0,045	0,140*
umiejętność ujawniania siebie	0,016	0,270*	0,258*	0,075	0,479*	-0,119*	-0,113*	0,197*	0,104	0,385*
umiejętność zarządzania konfliktem	-0,035	0,138*	0,017	0,155*	0,188*	-0,043	0,044	-0,073	-0,020	0,103
umiejętność okazywania wsparcia emocjonalnego	0,092	0,079	0,108*	0,132*	0,209*	0,010	-0,023	0,003	0,029	0,255*
styl kierowniczo--autorytatywny	0,001	0,238*	0,231*	0,024	0,019	-0,046	-0,045	0,261*	-0,022	0,099
styl podtrzymująco--przesadnie opiekuńczy	0,139*	0,101	0,071	0,188*	0,207*	0,081	0,004	0,027	-0,006	0,113*
styl współpracująco--przyjacielski	0,121*	-0,038	-0,071	0,037	0,172*	0,030	-0,067	0,086	0,028	0,075
styl uległo--zależny	0,277*	0,078	0,082	0,277*	0,430*	0,076	0,032	0,075	0,020	0,179*

(cd. tab. 20)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
styl wycofująco-masochistyczny	0,122*	-0,270*	-0,191*	-0,086	-0,014	0,222*	0,088	-0,017	0,030	-0,083
styl buntowniczo-podejrzliwy	0,107*	-0,032	0,049	-0,156*	-0,105	0,162*	0,095	0,076	0,064	-0,055
styl agresywno-sadystyczny	-0,006	0,026	0,110*	-0,060	-0,074	0,036	0,087	0,080	0,006	0,016
styl współzawodniczący-narcystyczny	0,014	0,151*	0,174*	-0,002	0,013	-0,047	0,061	0,135*	0,101	0,028
samoocena	-0,219*	0,463*	0,299*	0,178*	0,016	-0,245*	-0,027	0,126*	-0,024	0,158*
spostrzegane wsparcie społeczne – emocjonalne	-0,071	0,228*	0,207*	0,116*	0,417*	-0,144*	-0,059	0,146*	0,048	0,426*
spostrzegane wsparcie społeczne – instrumentalne	-0,022	0,177*	0,212*	0,098	0,328*	-0,163*	-0,015	0,096	0,053	0,330*
poczucie psychicznej kobiecości	0,164*	0,160*	0,157*	0,112*	0,373*	0,146*	-0,005	0,266*	0,165*	0,265*
poczucie psychicznej męskości	-0,028	0,369*	0,359*	0,102	0,142*	-0,148*	0,017	0,212*	-0,008	0,227*
ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego	-0,043	0,210*	0,213*	0,095	0,373*	-0,165*	-0,039	0,130*	0,036	0,385*

1 – strategia płciowo-normatywna; 2 – strategia autoafirmująca; 3 – strategia regulująca emocje; 4 – strategia poznawczo-restrukturyzująca; 5 – strategia społeczno-relacyjna; 6 – strategia prewencyjno-przygotowawcza; 7 – strategia odcinania się; 8 – strategia korzystania z zasobów; 9 – strategia duchowo-religijna; 10 – strategia polityczno-upodmiotawiająca;

* statystyczna istotność na poziomie 0,05.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

5.5. Hipoteza badawcza 4

Relację między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią mediują:

1) strategie radzenia sobie z transfobią: płciowo-normatywna, autoafirmująca, regulująca emocje, poznawczo-restrukturyzująca, społeczno-relacyjna, prewencyjno-przygotowawcza, odcinania się, korzystania z zasobów, duchowo-religijna i polityczno-upodmiotawiająca;

2) zmienne osobowościowe: ekstrawersja, ugodowość, sumienność, stabilność emocjonalna i otwartość na doświadczenia;

3) dysforia płciowa;

4) poczucie psychicznej kobiecości i męskości;

5) spostrzegane wsparcie społeczne (instrumentalne, emocjonalne i jego ogólny poziom);

6) samoocena;

7) umiejętności: nawiązywania kontaktu, wyrażania negatywnych emocji, ujawniania siebie, zarządzania konfliktem i okazywania wsparcia emocjonalnego;

8) style interpersonalne: kierowniczo-autorytatywny, podtrzymująco-przesadnie opiekuńczy, współpracująco-przyjacielski, uległo-zależny, wycofująco-masochistyczny, buntowniczo-podejrzliwy, agresywno-sadystyczny, współzawodniczącо-narcystyczny;

9) poziom ujawnienia swojej transpłciowości (wśród członków rodziny, w pracy / miejscu edukacji, wśród znajomych i poziom ogólny ujawnienia);

10) okres funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje.

1. Relację między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią mediują strategie radzenia sobie z transfobią.

A. Strategia płciowo-normatywna.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 21), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem strategii płciowo-normatywnej. Ponadto strategia płciowo-normatywna jest

statystycznie istotnym pozytywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Strategia płciowo-normatywna pośredniczy w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Strategia płciowo-normatywna jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

TABELA 21. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – strategia płciowo-normatywna

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynniki standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,097	0,025	0,211	3,949	<0,001***	0,049	0,146

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,155	0,076	0,111	2,033	0,043*	0,005	0,306
strategia płciowo-normatywna	0,536	0,166	0,176	3,238	0,001**	0,210	0,862

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	statystyki zmiany				
					zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,227	0,052	0,046	6,757	0,052	9,096	2	335	0,001***
RMSEA	0,034								

Anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	830,578	2	415,289	9,096	0,001***
reszta	15294,795	335	45,656		
ogółem	16125,373	337			

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01; *** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

B. Strategia autoafirmująca.

TABELA 22. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – strategia autoafirmująca

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynniki standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	-0,053	0,027	-0,107	-1,979	0,049*	-0,105	0,000

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,167	0,073	0,119	2,270	0,024*	0,022	0,311
strategia auto-afirmująca	-0,774	0,150	-0,270	-5,167	0,001***	-1,069	-0,479

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	statystyki zmiany				
					zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,307	0,094	0,089	6,604	0,094	17,386	2	335	0,001***
RMSEA	0,031								

Anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	1516,408	2	758,204	17,386	0,001***
reszta	14608,965	335	43,609		
ogółem	16125,373	337			

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01; *** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 22), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji, spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym pozytywnym predyktorem strategii autoafirmującej. Ponadto strategia autoafirmująca jest statystycznie istotnym negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Strategia autoafirmująca pośredniczy w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Strategia autoafirmująca jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

C. Strategia regulująca emocje.

TABELA 23. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – strategia regulująca emocje

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	-0,058	0,032	-0,097	-1,790	0,074	-0,121	0,006

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,178	0,074	0,127	2,389	0,017*	0,031	0,324
strategia regulująca emocje	-0,517	0,126	-0,218	-4,114	0,001***	-0,765	-0,270

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	statystyki zmiany				
					zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,262	0,069	0,063	6,695	0,069	12,392	2	335	0,001***
RMSEA	0,041								

Anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	1110,767	2	555,384	12,392	0,001***
reszta	15014,606	335	44,820		
ogółem	16125,373	337			

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01; *** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 23), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji, spostrzegana transfobia nie jest statystycznie istotnym predyktorem strategii regulującej emocje, zatem ta strategia nie może być częścią relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Strategia regulująca emocje jest statystycznie istotnym negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Strategia regulująca emocje nie jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

D. Strategia poznawczo-restrukturyzująca.

TABELA 24. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – strategia poznawczo-restrukturyzująca

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	-0,052	0,034	-0,081	-1,497	0,135	-0,119	0,016

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,216	0,076	0,154	2,840	0,005**	0,066	0,365
strategia poznawczo-restrukturyzująca	0,159	0,120	0,072	1,325	0,186	-0,077	0,395

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	statystyki zmiany				
					zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,164	0,027	0,021	6,844	0,027	4,636	2	335	0,010**
RMSEA	0,038								

Anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	434,301	2	217,150	4,636	0,010**
reszta	15691,072	335	46,839		
ogółem	16125,373	337			

** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 24), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia nie jest statystycznie istotnym predyktorem strategii poznawczo-restrukturyzującej, zatem ta strategia nie może być częścią relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Strategia poznawczo-restrukturyzująca nie jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

E. Strategia społeczno-relacyjna.

TABELA 25. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – strategia społeczno-relacyjna

współczynniki dla modelu bez mediacji							
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357
współczynniki dla mediatora							
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,024	0,035	0,037	0,674	0,501	-0,045	0,092
współczynniki dla modelu z mediacją							
	współczynniki niestandaryzowane		współczynniki standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,218	0,074	0,155	2,927	0,004**	0,071	0,364
strategia społeczno-relacyjna	-0,434	0,116	-0,198	-3,745	0,001***	-0,663	-0,206

model – podsumowanie dla modelu z mediacją									
	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	statystyki zmiany				
					zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,247[a]	0,061	0,056	6,723	0,061	10,907	2	335	0,001***
RMSEA	0,044								

Anova dla modelu z mediacją				
	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	985,847	2	492,923	10,907	0,001***
reszta	15139,526	335	45,193		
ogółem	16125,373	337			

** statystyczna istotność na poziomie 0,01; *** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 25), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia nie jest statystycznie istotnym predyktorem strategii społeczno-relacyjnej, zatem ta strategia nie może być częścią relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Strategia społeczno-relacyjna jest statystycznie istotnym negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Strategia społeczno-relacyjna nie jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

F. Strategia prewencyjno-przygotowawcza.

TABELA 26. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – strategia prewencyjno-przygotowawcza

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,077	0,024	0,175	3,264	0,001**	0,031	0,123

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,162	0,076	0,115	2,140	0,033*	0,013	0,311
strategia prewencyjno-przygotowawcza	0,589	0,173	0,184	3,411	0,001**	0,249	0,928

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	Statystyki zmiany				
					zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,234	0,055	0,049	6,746	0,055	9,684	2	335	0,001***
RMSEA	0,037								

Anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	881,360	2	440,680	9,684	0,001***
reszta	15244,013	335	45,505		
ogółem	16125,373	337			

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01; *** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji zaobserwowano (tabela 26), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym pozytywnym predyktorem strategii prewencyjno-przygotowawczej. Ponadto strategia prewencyjno-przygotowawcza jest statystycznie istotnym pozytywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Strategia prewencyjno-przygotowawcza pośredniczy w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Strategia prewencyjno-przygotowawcza jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

G. Strategia odcinania się.

TABELA 27. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – strategia odcinania się

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	-0,003	0,023	-0,007	0,121	0,904	-0,048	0,042

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,208	0,076	0,148	2,739	0,006**	0,059	0,357
strategia odcinania się	0,102	0,180	0,031	0,570	0,569	-0,251	0,456

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	statystyki zmiany				
					zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,151	0,023	0,017	6,859	0,023	3,904	2	335	0,021*
RMSEA	0,032								

Anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	367,298	2	183,649	3,904	0,021*
reszta	15758,075	335	47,039		
ogółem	16125,373	337			

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 27), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia nie jest statystycznie istotnym predyktorem strategii odcinania się, zatem ta strategia nie może być częścią relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Strategia odcinania się nie jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

H. Strategia korzystania z zasobów.

TABELA 28. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – strategia korzystania z zasobów

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,021	0,033	0,035	0,637	0,524	-0,043	0,085

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,731	0,007**	0,058	0,357
strategia korzystania z zasobów	0,007	0,127	0,003	0,059	0,953	-0,242	0,257

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	statystyki zmiany				
					zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,148	0,022	0,016	6,862	0,022	3,740	2	335	0,025*
RMSEA	0,033								

Anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	352,187	2	176,094	3,740	0,025*
reszta	15773,185	335	47,084		
ogółem	16125,373	337			

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 28), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia nie jest statystycznie istotnym predyktorem strategii korzystania z zasobów, zatem ta strategia nie może być częścią relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Strategia korzystania z zasobów nie jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

I. Strategia duchowo-religijna.

TABELA 29. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – strategia duchowo-religijna

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	-0,013	0,035	-0,019	0,354	0,724	-0,082	0,057

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,209	0,076	0,149	2,758	0,006**	0,060	0,358
strategia duchowo-religijna	0,120	0,117	0,056	1,032	0,303	-0,109	0,349

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	statystyki zmiany				
					zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,158	0,025	0,019	6,851	0,025	4,283	2	335	0,015*
RMSEA	0,042								

Anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	402,026	2	201,013	4,283	0,015*
reszta	15723,346	335	46,935		
ogółem	16125,373	337			

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 29), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia nie jest statystycznie istotnym predyktorem strategii duchowo-religijnej, zatem ta strategia nie może być częścią relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Strategia duchowo-religijna nie jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

J. Strategia polityczno-upodmiotawiająca.

TABELA 30. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – strategia polityczno-upodmiotawiająca

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,023	0,035	0,035	0,644	0,520	-0,047	0,092

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,228	0,069	0,162	3,295	0,001***	0,092	0,364
strategia polityczno-upodmiotawiająca	-0,889	0,107	-0,410	-8,333	0,001***	-1,099	-0,679

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	Statystyki zmiany				
					zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,436	0,190	0,185	6,245	0,190	39,233	2	335	0,001***
RMSEA	0,041								

Anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	3060,189	2	1530,094	39,233	0,001***
reszta	13065,184	335	39,001		
ogółem	16125,373	337			

** statystyczna istotność na poziomie 0,01; *** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 30), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia nie jest statystycznie istotnym predyktorem strategii polityczno-upodmiotawiającej, zatem ta strategia nie może być częścią relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Strategia polityczno-upodmiotawiająca jest statystycznie istotnym negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Strategia polityczno-upodmiotawiająca nie jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą a zinternalizowaną transfobią.

2. Relację między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią mediują zmienne osobowościowe.

A. Ekstrawersja.

Tabela 31. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – ekstrawersja

współczynniki dla modelu bez mediacji						
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica / górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058 / 0,357
współczynniki dla mediatora						
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica / górna granica
spostrzegana transfobia	-0,076	0,035	-0,119	2,189	0,029*	-0,144 / -0,008
współczynniki dla modelu z mediacją						
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica / górna granica
spostrzegana transfobia	0,152	0,072	0,109	2,114	0,035*	0,011 / 0,294
ekstrawersja	-0,727	0,113	-0,331	-6,447	0,001***	-0,948 / -0,505

model – podsumowanie dla modelu z mediacją									
	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	statystyki zmiany				
					zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,360	0,130	0,125	6,472	0,130	24,983	2	335	0,001***
RMSEA	0,041								

Anova dla modelu z mediacją					
	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
Regresja	2092,985	2	1046,493	24,983	0,001***
reszta	14032,387	335	41,888		
ogółem	16125,373	337			

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01; *** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 31), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem ekstrawersji. Ponadto ekstrawersja jest statystycznie istotnym negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ekstrawersja pośredniczy w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Ekstrawersja jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą a zinternalizowaną transfobią.

B. Ugodowość.

TABELA 32. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – ugodowość

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	-0,040	0,027	-0,082	-1,500	0,134	-0,093	0,013

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,199	0,076	0,142	2,621	0,009**	0,050	0,348
ugodowość	-0,212	0,154	-0,074	-1,378	0,169	-0,515	0,091

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	statystyki zmiany				
					zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,165	0,027	0,022	6,842	0,027	4,708	2	335	0,010**
RMSEA	0,039								

Anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	440,878	2	220,439	4,708	0,010**
reszta	15684,495	335	46,819		
ogółem	16125,373	337			

** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 32), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia nie jest statystycznie istotnym predyktorem ugodowości, zatem ugodowość nie może być częścią relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Ugodowość nie jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

C. Sumienność.

Tabela 33. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – sumienność

współczynniki dla modelu bez mediacji							
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357
współczynniki dla mediatora							
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	-0,041	0,032	-0,068	-1,258	0,209	-0,105	0,023
Współczynniki dla modelu z mediacją							
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,186	0,074	0,132	2,509	0,013*	0,040	0,332
sumienność	-0,529	0,124	-0,224	-4,251	0,001***	-0,773	-0,284

model – podsumowanie dla modelu z mediacją									
	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	statystyki zmiany				
					zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,268	0,072	0,066	6,684	0,072	12,973	2	335	0,001***
RMSEA	0,039								

Anova dla modelu z mediacją				
	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	1159,170	2	579,585	12,973	0,001***
reszta	14966,203	335	44,675		
ogółem	16125,373	337			

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01; *** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 33), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia nie jest statystycznie istotnym predyktorem sumienności, zatem sumienność nie może być częścią relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Sumienność jest statystycznie istotnym negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Sumienność nie jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

D. Stabilność emocjonalna.

TABELA 34. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – stabilność emocjonalna

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	-0,121	0,036	-0,178	-3,317	0,001**	-0,192	-0,049

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,113	0,071	0,081	1,582	0,115	-0,027	0,254
stabilność emocjonalna	-0,782	0,105	-0,378	-7,419	0,001***	-0,989	-0,574

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

				błąd standardowy	statystyki zmiany				
	R	R^2	skor. R^2	oszacowania	zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,400	0,160	0,155	6,359	0,160	31,873	2	335	0,001***
RMSEA	0,029								

Anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	2577,935	2	1288,967	31,873	0,001***
reszta	13547,438	335	40,440		
ogółem	16125,373	337			

** statystyczna istotność na poziomie 0,01; *** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 34), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem stabilności emocjonalnej, ale nie jest istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ponadto stabilność emocjonalna jest statystycznie istotnym negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Stabilność emocjonalna nie pośredniczy w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Stabilność emocjonalna nie jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

E. Otwartość na doświadczenia.

TABELA 35. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – otwartość na doświadczenia

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	-0,041	0,023	-0,095	-1,748	0,081	-0,087	0,005

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,185	0,075	0,131	2,459	0,014*	0,037	0,332
otwartość na doświadczenia	-0,562	0,175	-0,172	-3,214	0,001***	-0,905	-0,218

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	statystyki zmiany				
					zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,226	0,051	0,045	6,758	0,051	9,018	2	335	0,001***
RMSEA	0,033								

Anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	823,828	2	411,914	9,018	0,001***
reszta	15301,545	335	45,676		
ogółem	16125,373	337			

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01; *** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 35), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia nie jest statystycznie istotnym predyktorem otwartości na doświadczenia. Ponadto otwartość na doświadczenia (wraz ze spostrzeganą transfobią) jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Otwartość na doświadczenia nie pośredniczy w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Otwartość na doświadczenia nie jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

3. Relację między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią mediuje dysforia płciowa.

TABELA 36. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – doświadczana dysforia płciowa

Współczynniki dla modelu bez mediacji

	Współczynniki niestandaryzowane		Współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	Błąd standardowy	Beta	t	p	Dolna granica	Górna granica
Spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357

Współczynniki dla mediatora

	Współczynniki niestandaryzowane		Współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	Błąd standardowy	Beta	t	p	Dolna granica	Górna granica
Spostrzegana transfobia	0,160	0,061	0,141	2,611	0,009**	0,039	0,280

Współczynniki dla modelu z mediacją

	Współczynniki niestandaryzowane		Współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	Błąd standardowy	Beta	t	p	Dolna granica	Górna granica
Spostrzegana transfobia	0,178	0,076	0,127	2,348	0,019*	0,029	0,327
Dysforia płciowa	0,185	0,067	0,149	2,764	0,006**	0,053	0,316

Model – podsumowanie dla modelu z mediacją

				Błąd standardowy		Statystyki zmiany			
	R	R^2	skor. R^2	oszacowania	Zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	Istotność F zmiany
1	0,209	0,044	0,038	6,785	0,044	7,644	2	335	0,001***
RMSEA	0,037								

Anova dla modelu z mediacją

	Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
Regresja	703,808	2	351,904	7,644	0,001***
Reszta	15421,565	335	46,035		
Ogółem	16125,373	337			

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01; *** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 36), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym pozytywnym predyktorem doświadczanej dysforii płciowej. Ponadto doświadczana dysforia płciowa jest statystycznie istotnym pozytywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Doświadczana dysforia płciowa pośredniczy w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią i utrzymuje istotność tej relacji. Doświadczana dysforia płciowa jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

4. Relację między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią mediuje poczucie psychicznej kobiecości i męskości.

A. Poczucie psychicznej kobiecości.

TABELA 37. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – poczucie psychicznej kobiecości

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,121	0,099	0,067	1,225	0,222	-0,073	0,316

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,208	0,076	0,148	2,740	0,006**	0,059	0,358
poczucie psychicznej kobiecości	-0,007	0,042	-0,010	-0,177	0,860	-0,090	0,075

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	statystyki zmiany				
					zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,148[a]	0,022	0,016	6,862	0,022	3,754	2	335	0,024*
RMSEA	0,038								

Anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	353,500	2	176,750	3,754	0,024*
reszta	15771,873	335	47,080		
ogółem	16125,373	337			

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 37), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia nie jest statystycznie istotnym predyktorem poczucia psychicznej kobiecości, zatem poczucie to nie może być częścią relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Poczucie psychicznej kobiecości nie jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

B. Poczucie psychicznej męskości.

TABELA 38. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – poczucie psychicznej męskości

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	-0,444	0,105	-0,225	-4,241	<0,001***	-0,650	-0,238

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,123	0,075	0,088	1,640	0,102	-0,025	0,271
poczucie psychicznej męskości	-0,190	0,038	-0,266	-4,973	0,001***	-0,265	-0,115

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	statystyki zmiany				
					zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,298	0,089	0,084	6,622	0,089	16,379	2	335	0,001***
RMSEA	0,041								

Anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	1436,368	2	718,184	16,379	0,001***
reszta	14689,005	335	43,848		
ogółem	16125,373	337			

** statystyczna istotność na poziomie 0,01; *** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 38), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym negatywnym predyktorem poczucia psychicznej męskości. Ponadto poczucie psychicznej męskości jest statystycznie istotnym negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Poczucie psychicznej męskości nie pośredniczy w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Poczucie psychicznej męskości nie jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

5. Relację między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią mediuje spostrzegane wsparcie społeczne.

A. Spostrzegane instrumentalne wsparcie społeczne.

TABELA 39. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – spostrzegane instrumentalne wsparcie społeczne

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	Dolna granica	Górna granica
spostrzegana transfobia	-0,049	0,034	-0,078	-1,429	0,154	-0,117	0,019

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	Błąd standardowy	Beta	t	p	Dolna granica	Górna granica
spostrzegana transfobia	0,168	0,071	0,120	2,372	0,018*	0,029	0,308
spostrzegane instrumentalne wsparcie społeczne	-0,796	0,112	-0,358	-7,092	0,001***	-1,017	-0,575

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

					statystyki zmiany				
	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,387	0,150	0,144	6,398	0,150	29,447	2	335	0,001***
RMSEA	0,034								

anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	2411,055	2	1205,528	29,447	0,001***
reszta	13714,317	335	40,938		
ogółem	16125,373	337			

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01; *** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 39), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia nie jest statystycznie istotnym predyktorem spostrzeganego instrumentalnego wsparcia społecznego, zatem nie może być

ono częścią relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Spostrzegane instrumentalne wsparcie społeczne jest statystycznie istotnym negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Spostrzegane instrumentalne wsparcie społeczne nie jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

B. Spostrzegane emocjonalne wsparcie społeczne.

TABELA 40. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – spostrzegane emocjonalne wsparcie społeczne

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	Błąd standardowy	Beta	t	P	dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	-0,066	0,029	-0,122	-2,255	0,025*	-0,124	-0,008

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,132	0,069	0,094	1,925	0,055	-0,003	0,267
spostrzegane emocjonalne wsparcie społeczne	-1,135	0,126	-0,440	-9,004	0,001***	-1,383	-0,887

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

				błąd standardowy	statystyki zmiany				
	R	R^2	skor. R^2	oszacowania	Zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,461	0,212	0,208	6,157	0,212	45,174	2	335	0,001***
RMSEA	0,036								

anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	3425,207	2	1712,603	45,174	0,001***
reszta	12700,166	335	37,911		
ogółem	16125,373	337			

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01; *** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 40), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodat-

nia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym negatywnym predyktorem spostrzeganego emocjonalnego wsparcia społecznego. Ponadto spostrzegane emocjonalne wsparcie (wraz ze spostrzeganą transfobią) jest statystycznie istotnym negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ostatecznie spostrzegane emocjonalne wsparcie społeczne nie pośredniczy w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Spostrzegane emocjonalne wsparcie społeczne nie jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

C. Ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego.

TABELA 41. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
Spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	Błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	-0,116	0,060	-0,104	-1,913	0,057	-0,234	0,003

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,146	0,069	0,104	2,117	0,035*	0,010	0,283
ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego	-0,528	0,062	-0,419	-8,493	0,001***	-0,650	-0,406

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

						statystyki zmiany			
	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	Zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,442	0,195	0,190	6,224	0,195	40,610	2	335	0,001***
RMSEA	0,030								

anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	3146,661	2	1573,331	40,610	0,001***
reszta	12978,712	335	38,742		
ogółem	16125,373	337			

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01; *** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 41), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia nie jest statystycznie istotnym predyktorem ogólnego poziomu spostrzeganego wsparcia społecznego, zatem nie może być częścią relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego jest istotnym statystycznie negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego nie jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

6. Relację między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią mediuje samoocena.

Tabela 42. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – samoocena

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	-0,336	0,068	-0,262	-4,967	<0,001***	-0,470	-0,203

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	-0,012	0,064	-0,008	-0,184	0,854	-0,137	0,114
samoocena	-0,652	0,050	-0,597	-13,119	0,001***	-0,749	-0,554

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	statystyki zmiany				
					zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,595	0,354	0,350	5,577	0,354	91,709	2	335	0,001***
RMSEA	0,027								

Anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	5705,224	2	2852,612	91,709	0,001***
reszta	10420,149	335	31,105		
ogółem	16125,373	337			

** statystyczna istotność na poziomie 0,01; *** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 42), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem samooceny, ale nie jest istotnym statystycznie predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ponadto samoocena jest statystycznie istotnym negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Samoocena nie pośredniczy w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Samoocena nie jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

7. Relację między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią mediują umiejętności interpersonalne.

A. Umiejętność nawiązywania kontaktu.

Tabela 43. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – umiejętność nawiązywania kontaktu

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,071	0,080	0,048	0,888	0,375	-0,087	0,229

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,221	0,075	0,157	2,962	0,003**	0,074	0,367
umiejętność nawiązywania kontaktu	-0,185	0,051	-0,194	-3,656	0,001***	-0,284	-0,085

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	statystyki zmiany				
					zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,244	0,059	0,054	6,729	0,059	10,571	2	335	0,001***
RMSEA	0,034								

(cd. tab. 43)

Anova dla modelu z mediacją					
	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	957,294	2	478,647	10,571	0,001***
reszta	15168,079	335	45,278		
ogółem	16125,373	337			

** statystyczna istotność na poziomie 0,01; *** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 43), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia nie jest statystycznie istotnym predyktorem umiejętności nawiązywania kontaktu, zatem umiejętność ta nie może być częścią relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Umiejętność nawiązywania kontaktu jest statystycznie istotnym negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Umiejętność nawiązywania kontaktu nie jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

B. Umiejętność wyrażania negatywnych emocji.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 44), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia nie jest statystycznie istotnym predyktorem umiejętności wyrażania negatywnych emocji, zatem umiejętność ta nie może być częścią relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Umiejętność wyrażania negatywnych emocji jest istotnym statystycznie negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Umiejętność wyrażania negatywnych emocji nie jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

Tabela 44. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – umiejętność wyrażania negatywnych emocji

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,080	0,069	0,062	1,147	0,252	-0,057	0,216

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,228	0,074	0,163	3,092	0,002**	0,083	0,374
umiejętność wyrażania negatywnych emocji	-0,261	0,058	-0,237	-4,512	0,001***	-0,375	-0,147

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	statystyki zmiany				
					zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,279	0,078	0,072	6,662	0,078	14,146	2	335	0,001***
RMSEA	0,037								

Anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	1255,824	2	627,912	14,146	0,001***
reszta	14869,549	335	44,387		
ogółem	16125,373	337			

** statystyczna istotność na poziomie 0,01; *** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

C. Umiejętność ujawniania siebie.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 45), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym pozytywnym predyktorem umiejętności ujawniania siebie. Ponadto umiejętność ujawniania siebie (wraz ze spostrzeganą transfobią) jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Umiejętność ujawniania siebie pośredniczy w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Umiejętność ujawniania siebie jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

TABELA 45. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – umiejętność ujawniania siebie

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,197	0,072	0,148	2,739	0,006**	0,056	0,338

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,269	0,073	0,192	3,671	0,001***	0,125	0,413
umiejętność ujawniania siebie	-0,313	0,055	-0,296	-5,682	0,001***	-0,421	-0,204

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	statystyki zmiany				
					zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,328	0,108	0,102	6,553	0,108	20,243	2	335	0,001***
RMSEA	0,040								

Anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	1738,668	2	869,334	20,243	0,001***
reszta	14386,705	335	42,945		
ogółem	16125,373	337			

** statystyczna istotność na poziomie 0,01; *** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

D. Umiejętność zarządzania konfliktem.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 46), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia nie jest statystycznie istotnym predyktorem umiejętności zarządzania konfliktem, zatem umiejętność ta nie może być częścią relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Umiejętność zarządzania konfliktem nie jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

Tabela 46. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – umiejętność zarządzania konfliktem

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	-0,085	0,055	-0,085	-1,562	0,119	-0,193	0,022

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,202	0,076	0,144	2,655	0,008**	0,052	0,352
umiejętność zarządzania konfliktem	-0,065	0,076	-0,047	0-,859	0,391	-0,214	0,084

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	statystyki zmiany				
					zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,155	0,024	0,018	6,854	0,024	4,115	2	335	0,017*
RMSEA	0,044								

Anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	386,657	2	193,328	4,115	0,017*
reszta	15738,716	335	46,981		
ogółem	16125,373	337			

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

E. Umiejętność okazywania wsparcia emocjonalnego.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 47), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia nie jest statystycznie istotnym predyktorem umiejętności okazywania wsparcia emocjonalnego, zatem umiejętność ta nie może być częścią relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Umiejętność okazywania wsparcia emocjonalnego nie jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

TABELA 47. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – umiejętność okazywania wsparcia emocjonalnego

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	-0,071	0,061	-0,063	-1,164	0,245	-0,191	0,049

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,205	0,076	0,146	2,697	0,007**	0,055	0,355
umiejętność okazywania wsparcia emocjonalnego	-0,035	0,068	-0,028	-0,519	0,604	-0,169	0,098

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	statystyki zmiany				
					zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,150	0,023	0,017	6,859	0,023	3,876	2	335	0,022*
RMSEA	0,041								

Anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	364,702	2	182,351	3,876	0,022*
reszta	15760,671	335	47,047		
ogółem	16125,373	337			

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

8. Relację między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią mediują style interpersonalne.

A. Styl kierowniczo-autorytatywny.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 48), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji, spostrzegana transfobia nie jest statystycznie istotnym predyktorem stylu kierowniczo-autorytatywnego, zatem styl ten nie może być częścią relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Styl

kierowniczo-autorytatywny jest istotnym statystycznie negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Styl kierowniczo-autorytatywny nie jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

TABELA 48. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – styl kierowniczo-autorytatywny

współczynniki dla modelu bez mediacji							
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357
współczynniki dla mediatora							
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,024	0,032	0,041	0,760	0,448	-0,039	0,087
współczynniki dla modelu z mediacją							
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,220	0,074	0,157	2,973	0,003**	0,075	0,366
styl kierowniczo-autorytatywny	-0,522	0,126	-0,219	-4,147	0,001***	-0,770	-0,275

model – podsumowanie dla modelu z mediacją									
	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	statystyki zmiany				
					zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,264	0,070	0,064	6,692	0,070	12,528	2	335	0,001***
RMSEA	0,033								

Anova dla modelu z mediacją				
	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	1122,130	2	561,065	12,528	0,001***
reszta	15003,243	335	44,786		
ogółem	16125,373	337			

** statystyczna istotność na poziomie 0,01; *** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

B. Styl podtrzymująco-przesadnie opiekuńczy.

TABELA 49. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – styl podtrzymująco-przesadnie opiekuńczy

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,004	0,024	0,009	0,159	0,873	-0,043	0,051

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,208	0,076	0,148	2,742	0,006**	0,059	0,357
styl podtrzymująco--przesadnie opiekuńczy	-0,114	0,174	-0,035	-0,656	0,512	-0,457	0,228

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

					statystyki zmiany				
	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,152	0,023	0,017	6,857	0,023	3,958	2	335	0,020*
RMSEA	0,036								

Anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	372,263	2	186,132	3,958	0,020*
reszta	15753,110	335	47,024		
ogółem	16125,373	337			

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 49), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia nie jest statystycznie istotnym predyktorem stylu podtrzymująco-przesadnie opiekuńczego, zatem styl ten nie może być częścią relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Styl podtrzymująco-przesadnie opiekuńczy nie jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

C. Styl współpracująco-przyjacielski.

TABELA 50. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – styl współpracująco-przyjacielski

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,017	0,023	0,040	0,735	0,463	-0,029	0,063

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,208	0,076	0,148	2,739	0,006**	0,059	0,357
styl współpracująco-przyjacielski	-0,028	0,177	-0,009	-0,160	0,873	-0,377	0,320

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	statystyki zmiany				
					zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,148	0,022	0,016	6,862	0,022	3,751	2	335	0,024*
RMSEA	0,039								

Anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	353,224	2	176,612	3,751	0,024*
reszta	15772,149	335	47,081		
ogółem	16125,373	337			

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 50), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia nie jest statystycznie istotnym predyktorem stylu współczująco-przyjacielskiego, zatem styl ten nie może być częścią relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Styl współczująco-przyjacielski nie jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

D. Styl uległo-zależny.

TABELA 51. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – styl uległo-zależny

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,086	0,026	0,176	3,278	0,001**	0,034	0,137

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,195	0,077	0,139	2,530	0,012*	0,043	0,346
styl uległo-zależny	0,148	0,158	0,051	0,938	0,349	-0,163	0,459

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	statystyki zmiany				
					zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,156	0,024	0,019	6,853	0,024	4,188	2	335	0,016*
RMSEA	0,037								

Anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	393,363	2	196,681	4,188	0,016*
reszta	15732,010	335	46,961		
ogółem	16125,373	337			

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 51), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem stylu uległo-zależnego. Jednakże styl uległo-zależny nie jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii, zatem styl ten nie może być częścią relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Styl uległo-zależny nie jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

E. Styl wycofująco-masochistyczny.

Tabela 52. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – styl wycofująco-masochistyczny

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granic
spostrzegana transfobia	0,189	0,031	0,316	6,105	<0,001***	0,128	0,249

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,024	0,073	0,017	0,328	0,743	-0,120	0,169
styl wycofująco--masochistyczny	0,972	0,123	0,413	7,905	0,001***	0,730	1,214

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	statystyki zmiany				
					zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność zmiany
1	0,419	0,176	0,171	6,299	0,176	35,679	2	335	0,001***
RMSEA	0,028								

Anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	2831,684	2	1415,842	35,679	0,001***
reszta	13293,688	335	39,683		
ogółem	16125,373	337			

** statystyczna istotność na poziomie 0,01; *** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 52), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem stylu wycofująco-masochistycznego, ale nie jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ponadto styl ten jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Styl wycofująco-masochistyczny pośredniczy w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Styl wycofująco-masochistyczny nie jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

F. Styl buntowniczo-podejrzliwy.

TABELA 53. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – styl buntowniczo-podejrzliwy

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,064	0,028	0,126	2,337	0,020*	0,010	0,119

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,155	0,073	0,110	2,123	0,034*	0,011	0,299
styl buntowniczo-podejrzliwy	0,812	0,143	0,295	5,662	0,001***	0,530	1,094

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	statystyki zmiany				
					zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,328	0,107	0,102	6,555	0,107	20,127	2	335	0,001***
RMSEA	0,031								

Anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	1729,801	2	864,901	20,127	0,001***
reszta	14395,572	335	42,972		
ogółem	16125,373	337			

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01; *** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 53), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem stylu buntowniczo-podejrzliwego. Ponadto styl ten jest statystycznie istotnym pozytywnym predyktorem (wraz ze spostrzeganą transfobią) zinternalizowanej transfobii. Styl buntowniczo-podejrzliwy pośredniczy w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Styl buntowniczo-podejrzliwy jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

G. Styl agresywno-sadystyczny.

TABELA 54. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – styl agresywno-sadystyczny

współczynniki dla modelu bez mediacji						
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica / górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058 / 0,357
współczynniki dla mediatora						
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica / górna granica
spostrzegana transfobia	0,076	0,026	0,159	2,945	0,003**	0,025 / 0,126
współczynniki dla modelu z mediacją						
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica / górna granica
spostrzegana transfobia	0,194	0,077	0,138	2,527	0,012*	0,043 / 0,345
styl agresywno-sadystyczny	0,180	0,161	0,061	1,119	0,264	-0,136 / 0,496

Model – podsumowanie dla modelu z mediacją									
	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	statystyki zmiany				
					zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,160	0,025	0,020	6,849	0,025	4,378	2	335	0,013*
RMSEA	0,037								

Anova dla modelu z mediacją				
	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	410,759	2	205,379	4,378	0,013*
reszta	15714,614	335	46,909		
ogółem	16125,373	337			

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 54), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem stylu agresywno-sadystycznego. Jednakże styl ten nie jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Styl agresywno-sadystyczny nie pośredniczy w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Styl agresywno-sadystyczny nie jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

H. Styl współzawodnicząco-narcystyczny.

TABELA 55. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – styl współzawodnicząco-narcystyczny

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	-0,003	0,030	-0,006	-0,107	0,915	-0,062	0,055

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,732	0,007**	0,058	0,356
styl współzawodnicząco-narcystyczny	-0,108	0,139	-0,042	-0,775	0,439	-0,382	0,166

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	statystyki zmiany				
					zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,154	0,024	0,018	6,856	0,024	4,045	2	335	0,018*
RMSEA	0,037								

Anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	380,266	2	190,133	4,045	0,018*
reszta	15745,107	335	47,000		
ogółem	16125,373	337			

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 55), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia nie jest statystycznie istotnym predyktorem stylu współzawodnicząco-narcystycznego, zatem styl ten nie może być częścią relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Styl współzawodnicząco-narcystyczny nie jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

9. Relację między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią mediuje poziom ujawnienia swojej transpłciowości.

A. Poziom ujawnienia wśród członków rodziny.

Tabela 56. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – poziom ujawnienia wśród członków rodziny

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	-0,048	0,016	-0,166	-3,089	0,002**	-0,079	-0,018

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,175	0,076	0,124	2,294	0,022*	0,025	0,325
poziom ujawnienia wśród członków rodziny	-0,674	0,261	-0,140	-2,582	0,010**	-1,188	-0,161

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	statystyki zmiany				
					zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,202	0,041	0,035	6,795	0,041	7,146	2	335	0,001***
RMSEA	0,035								

Anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	659,811	2	329,905	7,146	0,001***
reszta	15465,562	335	46,166		
ogółem	16125,373	337			

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01; *** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 56), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem poziomu ujawnienia swojej transpłciowości wśród członków rodziny. Ponadto, poziom ten (wraz ze spostrzeganą transfobią) jest statystycznie istotnym

predyktorem zinternalizowanej transfobii. Poziom ujawnienia swojej transpłciowości wśród członków rodziny pośredniczy w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Poziom ujawnienia swojej transpłciowości wśród członków rodziny jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

B. Poziom ujawnienia w miejscu pracy/edukacji.

TABELA 57. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – poziom ujawnienia w miejscu pracy/edukacji

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	-0,029	0,016	-0,098	-1,802	0,072	-0,061	0,003

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,172	0,074	0,122	2,334	0,020*	0,027	0,317
poziom ujawnienia w miejscu pracy/edukacji	-1,224	0,246	-0,260	-4,964	0,001***	-1,709	-0,739

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

				błąd standardowy	statystyki zmiany				
	R	R^2	skor. R^2	oszacowania	zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,298	0,089	0,083	6,623	0,089	16,336	2	335	0,001***
RMSEA	0,031								

Anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	1432,910	2	716,455	16,336	0,001***
reszta	14692,463	335	43,858		
ogółem	16125,373	337			

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01; *** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 57), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba,

dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia nie jest statystycznie istotnym predyktorem poziomu ujawnienia swojej transpłciowości w miejscu pracy/edukacji, zatem poziom ten nie może być częścią relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Poziom ujawnienia swojej transpłciowości w miejscu pracy/edukacji jest istotnym statystycznie negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Poziom ujawnienia swojej transpłciowości w miejscu pracy/edukacji nie jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

C. Poziom ujawnienia wśród znajomych.

Tabela 58. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – poziom ujawnienia wśród znajomych

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,010	0,014	0,038	0,700	0,484	-0,018	0,037

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,227	0,071	0,161	3,195	0,002**	0,087	0,366
poziom ujawnienia wśród znajomych	-1,939	0,276	-0,355	-7,028	0,001***	-2,481	-1,396

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	statystyki zmiany				
					zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,384	0,148	0,142	6,406	0,148	28,988	2	335	0,001***
RMSEA	0,031								

Anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	2378,978	2	1189,489	28,988	0,001***
reszta	13746,395	335	41,034		
ogółem	16125,373	337			

** statystyczna istotność na poziomie 0,01; *** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 58), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia nie jest statystycznie istotnym predyktorem poziomu ujawnienia swojej transpłciowości wśród znajomych, zatem poziom ten nie może być częścią relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Poziom ujawnienia swojej transpłciowości wśród znajomych jest statystycznie istotnym negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Poziom ujawnienia swojej transpłciowości wśród znajomych nie jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

D. Poziom ogólny ujawnienia swojej transpłciowości.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 59), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia nie jest statystycznie istotnym predyktorem ogólnego poziomu ujawnienia swojej transpłciowości, zatem poziom ten nie może być częścią relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Ogólny poziom ujawnienia swojej transpłciowości jest istotnym statystycznie negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ogólny poziom ujawnienia swojej transpłciowości nie jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

Tabela 59. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – ogólny poziom ujawnienia swojej transpłciowości

współczynniki dla modelu bez mediacji							
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357
współczynniki dla mediatora							
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	-0,068	0,036	-0,102	-1,871	0,062	-0,139	0,003

(cd. tab. 59)

współczynniki dla modelu z mediacją								
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,163	0,072	0,116	2,248	0,025*	0,020	0,305
ogólny poziom ujawnienia swojej transpłciowości	-0,660	0,108	-0,314	-6,094	0,001***	-0,873	-0,447

Model – podsumowanie dla modelu z mediacją									
	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	statystyki zmiany				
					zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,346	0,119	0,114	6,510	0,119	22,720	2	335	0,001***
RMSEA	0,032								

Anova dla modelu z mediacją				
	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	1926,057	2	963,028	22,720	0,001***
reszta	14199,316	335	42,386		
ogółem	16125,373	337			

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01; *** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

10. Relację między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią mediuje okres funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 60), że spostrzegana transfobia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji spostrzegana transfobia nie jest statystycznie istotnym predyktorem okresu funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje, zatem okres ten nie może być częścią relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Okres funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje, nie jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią.

TABELA 60. Wyniki analizy mediacji dla mediatora – okres funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje

współczynniki dla modelu bez mediacji							
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,207	0,076	0,148	2,738	0,007**	0,058	0,357
współczynniki dla mediatora							
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	-0,056	0,041	-0,073	-1,342	0,180	-0,137	0,026
współczynniki dla modelu z mediacją							
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	p	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
spostrzegana transfobia	0,201	0,076	0,143	2,646	0,009**	0,052	0,350
okres funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka identyfikuje się	-0,119	0,100	-0,064	-1,192	0,234	-0,315	0,077

model – podsumowanie dla modelu z mediacją									
	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	statystyki zmiany				
					zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,161	0,026	0,020	6,847	0,026	4,465	2	335	0,012*
RMSEA	0,039								

Anova dla modelu z mediacją				
	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	418,643	2	209,322	4,465	0,012*
reszta	15706,729	335	46,886		
ogółem	16125,373	337			

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

5.6. Hipoteza badawcza 5

Spostrzegane wsparcie społeczne mediuje relację zinternalizowanej transfobii z następującymi aspektami funkcjonowania:

1) zmienne osobowościowe;
2) dysforia płciowa;
3) poczucie psychicznej męskości i kobiecości;
4) samoocena;
5) umiejętności interpersonalne;

6) style ustosunkowań interpersonalnych;

7) strategie radzenia sobie z transfobią;

8) poziom ujawnienia swojej transpłciowości;

9) okres funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje.

1. Spostrzegane wsparcie społeczne mediuje relację zinternalizowanej transfobii ze zmiennymi osobowościowymi.

A. Ekstrawersja.

TABELA 61. Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – ekstrawersja

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
ekstrawersja	-0,755	0,113	-0,344	-6,711	<0,001 ***	-0,976	-0,534

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
ekstrawersja	0,578	0,090	0,332	6,454	<0,001***	0,402	0,754

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
ekstrawersja	-0,497	0,112	-0,226	-4,448	<0,001***	-0,716	-0,277
ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego	-0,447	0,064	-0,354	-6,970	<0,001***	-0,573	-0,321

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

					statystyki zmiany				
	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,479	0,230	0,225	6,089	0,230	49,993	2	335	<0,001***
RMSEA	0,031								

anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	3706,578	2	1853,289	49,993	<0,001***
reszta	12418,795	335	37,071		
ogółem	16125,373	337			

*** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 61), że ekstrawersja jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest umiarkowana, ujemna. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji ekstrawersja jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ponadto ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego (wraz z ekstrawersją) jest statystycznie istotnym negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego pośredniczy w relacji między ekstrawersją a zinternalizowaną transfobią. Spostrzegane wsparcie społeczne jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między ekstrawersją a zinternalizowaną transfobią.

B. Ugodowość.

Tabela 62. Wyniki analizy regresji dla zmiennej niezależnej – ugodowość

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynniki standaryzowane	t	istotność	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
ugodowość	-0,245	0,155	-0,086	-1,583	0,114	-0,549	0,059

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Brak statystycznie istotnej relacji między ugodowością a zinternalizowaną transfobią (tabela 62). Brak podstaw do budowania modelu mediacji.

C. Sumienność.

Tabela 63. Wyniki analizy regresji dla zmiennej niezależnej – sumienność

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynniki standaryzowane	t	istotność	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
sumienność	-0,550	0,125	-0,233	-4,398	<0,001***	-0,796	-0,304

(cd. tab. 63)

współczynniki dla mediatora							
	współczynniki niestandaryzowane		współczynniki standaryzowane	t	istotność	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
sumienność	0,182	0,101	0,098	1,798	0,073	-,017	-,382

*** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Sumienność jest istotnym statystycznie negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii (tabela 63). Brak statystycznie istotnej relacji między sumiennością a ogólnym poziomem spostrzeganego wsparcia społecznego. Brak podstaw do budowania modelu mediacji.

D. Stabilność emocjonalna.

TABELA 64. Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – stabilność emocjonalna

współczynniki dla modelu bez mediacji							
	współczynniki niestandaryzowane		Współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	Błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
stabilność emocjonalna	-0,811	0,104	-,392	-7,808	<0,001 ***	-1,016	-0,607
współczynniki dla mediatora							
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
stabilność emocjonalna	0,352	0,087	0,214	4,025	<0,001***	0,180	0,524
współczynniki dla modelu z mediacją							
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
stabilność emocjonalna	-0,651	0,098	-0,314	-6,615	<0,001***	-0,844	-0,457
ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego	-0,457	0,060	-0,362	-7,619	<0,001***	-0,575	-0,339

model – podsumowanie dla modelu z mediacją									
				błąd standardowy oszacowania	statystyki zmiany				
	R	R^2	skor. R^2		zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,528	0,279	0,274	5,893	0,279	64,685	2	335	<0,001***
RMSEA	0,033								

anova dla modelu z mediacją					
	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	4492,413	2	2246,206	64,685	<0,001***
reszta	11632,960	335	34,725		
ogółem	16125,373	337			

*** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 64), że stabilność emocjonalna jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest umiarkowana, ujemna. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji stabilność emocjonalna jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ponadto spostrzegane wsparcie społeczne (wraz ze stabilnością emocjonalną) jest statystycznie istotnym negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Spostrzegane wsparcie społeczne pośredniczy w relacji między stabilnością emocjonalną a zinternalizowaną transfobią. Spostrzegane wsparcie społeczne jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między stabilnością emocjonalną a zinternalizowaną transfobią.

E. Otwartość na doświadczenia.

TABELA 65. Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – otwartość na doświadczenia

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	P	dolna granica	górna granica
otwartość na doświadczenia	-0,602	0,175	-0,184	-3,437	0,001**	-0,947	-0,258

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
otwartość na doświadczenia	0,388	00,140	0,150	2,775	0,006**	0,113	0,663

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
otwartość na doświadczenia	-0,401	0,162	-0,123	-2,483	0,014*	-0,719	-0,083
ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego	-0,518	0,062	-0,411	-8,311	<0,001***	-0,641	-0,396

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

				ład standardowy	statystyki zmiany				
	R	R^2	skor. R^2	oszacowania	zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	Istotność F zmiany
1	0,446	0,199	0,194	6,209	0,199	41,643	2	335	<0,001***
RMSEA	0,029								

(cd. tab. 65)

anova dla modelu z mediacją					
	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	3210,785	2	1605,393	41,643	<0,001***
reszta	12914,587	335	38,551		
ogółem	16125,373	337			

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01; *** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 65), że otwartość na doświadczenia jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, ujemna. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji otwartość na doświadczenia jest statystycznie istotnym negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ponadto ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego (wraz z otwartością na doświadczenia) jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii.

2. Spostrzegane wsparcie społeczne mediuje relację zinternalizowanej transfobii z dysforią płciową.

Tabela 66. Wyniki analizy regresji dla zmiennej niezależnej – dysforia płciowa

współczynniki dla modelu bez mediacji							
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	istotność	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
dysforia płciowa	-0,207	0,067	0,167	3,106	0,002***	0,076	0,338
współczynnik dla mediatora							
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	istotność	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
dysforia płciowa	-0,025	0,054	-0,026	-0,475	0,635	-0,131	0,080

*** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego pośredniczy w relacji między otwartością na doświadczenia a zinternalizowaną transfobią. Ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między otwartością na doświadczenia a zinternalizowaną transfobią.

3. Spostrzegane wsparcie społeczne mediuje relację zinternalizowanej transfobii z poczuciem psychicznej kobiecości i męskości.

Dysforia płciowa jest statystycznie istotnym pozytywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii (tabela 66). Brak statystycznie istotnej relacji między dysforią płciową a ogólnym poziomem spostrzeganego wsparcia społecznego. Brak podstaw do budowania modelu mediacji.

A. Poczucie psychicznej kobiecości.

TABELA 67. Wyniki analizy regresji dla zmiennej niezależnej – poczucie psychicznej kobiecości

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	istotność	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
poczucie psychicznej kobiecości	<0,001	0,042	<0,001	0,006	0,996	-0,083	0,083

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Brak statystycznie istotnej relacji między poczuciem psychicznej kobiecości a dysforią płciową (tabela 67). Brak podstaw do budowania modelu mediacji.

B. Poczucie psychicznej męskości.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 68), że poczucie psychicznej męskości jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, ujemna. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji poczucie psychicznej męskości jest statystycznie istotnym

negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii oraz statystycznie istotnym pozytywnym predyktorem spostrzeganego wsparcia społecznego. Ponadto spostrzegane wsparcie społeczne (wraz z poczuciem psychicznej męskości) jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Spostrzegane wsparcie społeczne pośredniczy w relacji między poczuciem psychicznej męskości a zinternalizowaną transfobią. Spostrzegane wsparcie społeczne jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji pomiędzy poczuciem psychicznej męskości a zinternalizowaną transfobią.

TABELA 68. Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – poczucie psychicznej męskości

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
poczucie psychicznej męskości	-0,204	0,037	-0,286	-5,470	<0,001***	-0,277	-0,131

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
poczucie psychicznej męskości	0,153	0,030	0,271	5,168	<0,001***	0,095	0,212

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
poczucie psychicznej męskości	-0,130	0,036	-0,183	-3,637	<0,001***	-0,201	-0,060
ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego	-0,479	0,063	-0,380	-7,552	<0,001***	-0,604	-0,354

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

					statystyki zmiany				
	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,464	0,215	0,211	6,146	0,215	45,974	2	335	<0,001***
RMSEA	0,028								

anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	3472,755	2	1736,377	45,974	<0,001***
reszta	12652,618	335	37,769		
ogółem	16125,373	337			

*** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

4. Spostrzegane wsparcie społeczne mediuje relację zinternalizowanej transfobii z samooceną.

TABELA 69. Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – samoocena

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	T	p	dolna granica	górna granica
samoocena	-0,649	0,048	-0,595	-13,561	<0,001***	-0,743	-0,555

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
samoocena	0,296	0,044	0,342	6,661	<0,001***	0,208	0,383

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
samoocena	-0,554	0,049	-0,507	-11,377	<0,001***	-0,650	-0,458
ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego	-0,323	0,056	-0,256	-5,745	<0,001***	-0,434	-0,212

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

					statystyki zmiany				
	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,642	0,412	0,408	5,322	0,412	117,214	2	335	<0,001***
RMSEA	0,027								

anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	6638,669	2	3319,334	117,214	<0,001***
reszta	9486,704	335	28,319		
ogółem	16125,373	337			

*** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 69), że samoocena jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest umiarkowana, ujemna. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji samoocena jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ponadto ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego (wraz z samooceną) jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej

transfobii. Ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego pośredniczy w relacji między samooceną a zinternalizowaną transfobią. Ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między samooceną a zinternalizowaną transfobią.

5. Spostrzegane wsparcie społeczne mediuje relację zinternalizowanej transfobii z umiejętnościami interpersonalnymi.

A. Umiejętność nawiązywania kontaktu.

TABELA 70. Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – umiejętność nawiązywania kontaktu

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
umiejętność nawiązywania kontaktu	-0,177	0,051	-0,186	-3,477	0,001**	-0,278	-0,077

współczynniki dla mediatora

	Współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
umiejętność nawiązywania kontaktu	0,227	0,039	0,300	5,771	<0,001***	0,149	0,304

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
umiejętność nawiązywania kontaktu	-0,060	0,049	-0,063	-1,223	0,222	-0,157	0,037
ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego	-0,518	0,065	-0,410	-7,952	<0,001***	-0,646	-0,390

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

					statystyki zmiany			
	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,434	0,188	0,183	6,252	0,188	38,780	2	335	<0,001***
RMSEA	0,044								

anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	3031,522	2	1515,761	38,780	<0,001***
reszta	13093,850	335	39,086		
ogółem	16125,373	337			

*** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 70), że umiejętność nawiązywania kontaktu jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, ujemna. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji umiejętność nawiązywania kontaktu jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ponadto ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego jest statystycznie nieistotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ponieważ w modelu mediacji ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego jest statystycznie nieistotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii, pomimo istotnej relacji mediatora i zmiennej zależnej, zjawisko mediacji nie zachodzi.

B. Umiejętność wyrażania negatywnych emocji.

TABELA 71. Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – umiejętność wyrażania negatywnych emocji

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	T	p	dolna granica	górna granica
umiejętność wyrażania negatywnych emocji	-0,250	0,059	-0,227	-4,274	<0,001 ***	-0,365	-0,135

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
umiejętność wyrażania negatywnych emocji	0,237	0,046	0,271	5,168	<0,001***	0,147	0,327

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
umiejętność wyrażania negatywnych emocji	-0,131	0,056	-0,119	-2,347	0,020*	-0,242	-0,021
ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego	-0,501	0,064	-0,397	-7,807	<0,001***	-0,627	-0,375

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

					statystyki zmiany				
	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,444	0,198	0,193	6,215	0,198	41,239	2	335	<0,001***
RMSEA	0,037								

(cd. tab. 71)

anova dla modelu z mediacją					
	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	3185,789	2	1592,894	41,239	<0,001***
reszta	12939,584	335	38,626		
ogółem	16125,373	337			

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; *** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 71), że umiejętność wyrażania negatywnych emocji jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, ujemna. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji umiejętność wyrażania negatywnych emocji jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ponadto ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego (wraz z umiejętnością wyrażania negatywnych emocji) jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego pośredniczy w relacji między umiejętnością wyrażania negatywnych emocji a zinternalizowaną transfobią. Ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między umiejętnością wyrażania negatywnych emocji a zinternalizowaną transfobią.

C. Umiejętność ujawniania siebie.

Analizując model bez mediacji zaobserwowano (tabela 72), że umiejętność ujawniania siebie jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym jest słaba, ujemna. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji ujawnianie siebie jest statystycznie nieistotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ponadto ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ponieważ w modelu mediacji umiejętność ujawniania siebie jest statystycznie nieistotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii, pomimo istotnej relacji ogólnego poziomu spostrzeganego wsparcia społecznego, zjawisko mediacji nie zachodzi.

TABELA 72. Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – umiejętność ujawniania siebie

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
umiejętność ujawniania siebie	-0,283	0,055	-0,268	-5,103	<0,001 ***	-0,392	-0,174

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
umiejętność ujawniania siebie	0,373	0,041	0,447	9,157	<0,001***	0,293	0,454

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
umiejętność ujawniania siebie	-0,100	0,058	-0,095	-1,736	0,083	-0,214	0,013
ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego	-0,488	0,069	-0,387	-7,044	<0,001***	-0,624	-0,352

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

					statystyki zmiany				
	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,438	0,192	0,187	6,238	0,192	39,712	2	335	<0,001***
RMSEA	0,041								

anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	3090,413	2	1545,206	39,712	<0,001***
reszta	13034,960	335	38,910		
ogółem	16125,373	337			

*** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

D. Umiejętność zarządzania konfliktem.

Brak statystycznie istotnej relacji między umiejętnością zarządzania konfliktem a zinternalizowaną transfobią (tabela 73). Brak podstaw do budowania modelu mediacji.

Tabela 73. Wyniki analizy regresji dla zmiennej niezależnej – umiejętność zarządzania konfliktem

współczynniki dla modelu bez mediacji							
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	istotność	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
umiejętność zarządzania konfliktem	-0,082	0,076	-0,059	-1,078	0,282	-0,232	0,068

Źródło: Badania i obliczenia własne.

E. Umiejętność okazywania wsparcia emocjonalnego.

Tabela 74. Wyniki analizy regresji dla zmiennej niezależnej – umiejętność okazywania wsparcia emocjonalnego

współczynniki dla modelu bez mediacji							
	współczynniki niestandaryzowane		współczynniki standaryzowane	t	istotność	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
umiejętność okazywania wsparcia emocjonalnego	-0,047	0,068	-0,037	-0,685	0,494	-0,181	0,088

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Brak statystycznie istotnej relacji między umiejętnością okazywania wsparcia emocjonalnego a zinternalizowaną transfobią (tabela 74). Brak podstaw do budowania modelu mediacji.

6. Spostrzegane wsparcie społeczne mediuje relację zinternalizowanej transfobii ze stylami ustosunkowań interpersonalnych.

A. Styl kierowniczo-autorytatywny.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 75), że styl kierowniczo-autorytatywny jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym,

jest słaba, ujemna. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji styl kierowniczo-autorytatywny jest statystycznie istotnym negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ponadto ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego (wraz ze stylem kierowniczo-autorytatywnym) jest statystycznie istotnym negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego pośredniczy w relacji między stylem kierowniczo-autorytatywnym a zinternalizowaną transfobią. Ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między stylem kierowniczo-autorytatywnym a zinternalizowaną transfobią.

TABELA 75. Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – styl kierowniczo-autorytatywny

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
styl kierowniczo-autorytatywny	-0,507	0,127	-0,212	-3,981	<0,001 ***	-0,757	-0,256

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
styl kierowniczo-autorytatywny	0,240	0,102	0,127	2,343	0,020*	0,039	0,442

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
styl kierowniczo-autorytatywny	-0,383	0,117	-0,160	-3,275	0,001**	-0,613	-0,153
ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego	-0,516	0,062	-0,409	-8,354	<0,001***	-0,638	-0,395

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

				błąd standardowy	statystyki zmiany				
	R	R^2	skor. R^2	oszacowania	zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,458	0,210	0,205	6,168	0,210	44,438	2	335	<0,001***
RMSEA	0,039								

anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	3381,087	2	1690,544	44,438	<0,001***
reszta	12744,285	335	38,043		
ogółem	16125,373	337			

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01; *** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

B. Styl podtrzymująco-przesadnie opiekuńczy.

Tabela 76. Wyniki analizy regresji dla zmiennej niezależnej – styl podtrzymująco-przesadnie opiekuńczy

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	istotność	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
styl podtrzymująco-przesadnie opiekuńczy	-0,110	0,176	-0,034	-0,626	0,532	-0,456	0,236

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Brak statystycznie istotnej relacji między stylem podtrzymująco-przesadnie opiekuńczym a zinternalizowaną transfobią (tabela 76). Brak podstaw do budowania modelu mediacji.

C. Styl współpracująco-przyjacielski.

Tabela 77. Wyniki analizy regresji dla zmiennej niezależnej – styl współpracująco-przyjacielski

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	istotność	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
styl współpracująco-przyjacielski	-0,009	0,179	-0,003	-0,050	0,960	-0,361	0,343

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Brak statystycznie istotnej relacji między stylem współpracująco-przyjacielskim a zinternalizowaną transfobią (tabela 77). Brak podstaw do budowania modelu mediacji.

D. Styl uległo-zależny.

TABELA 78. Wyniki analizy regresji dla zmiennej niezależnej – styl uległo-zależny

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynniki standaryzowane	t	istotność	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
styl uległo--zależny	0,219	0,157	0,076	1,394	0,164	-0,090	0,527

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Brak statystycznie istotnej relacji między stylem uległo-zależnym a zinternalizowaną transfobią (tabela 78). Brak podstaw do budowania modelu mediacji.

E. Styl wycofująco-masochistyczny.

TABELA 79. Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – styl wycofująco--masochistyczny

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
styl wycofująco-masochistyczny	0,985	0,117	0,419	8,452	<0,001***	0,756	1,214

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
styl wycofująco-masochistyczny	-0,635	0,096	-0,340	-6,638	<0,001 ***	-0,823	-0,447

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
styl wycofująco-masochistyczny	0,725	0,117	0,308	6,203	<0,001***	0,495	0,955
ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego	-0,409	0,063	-0,324	-6,528	<0,001***	-0,533	-0,286

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

					statystyki zmiany				
	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,518	0,268	0,264	5,934	0,268	61,448	2	335	<0,001***
RMSEA	0,031								

(cd. tab. 79)

anova dla modelu z mediacją					
	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	4327,927	2	2163,963	61,448	<0,001***
reszta	11797,446	335	35,216		
ogółem	16125,373	337			

*** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 79), że styl wycofująco-masochistyczny jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest umiarkowana, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji styl wycofująco-masochistyczny jest statystycznie istotnym pozytywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ponadto ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego (wraz ze stylem wycofująco-masochistycznym) jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego pośredniczy w relacji między stylem wycofująco-masochistycznym a zinternalizowaną transfobią. Ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między stylem wycofująco-masochistycznym a zinternalizowaną transfobią.

F. Styl buntowniczo-podejrzliwy.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 80), że styl buntowniczo-podejrzliwy jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji styl buntowniczo-podejrzliwy jest statystycznie istotnym pozytywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ponadto ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego (wraz ze stylem buntowniczo-podejrzliwym) jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego pośredniczy w relacji między stylem buntowniczo-podejrzliwym a zinternalizowaną transfobią. Ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między stylem buntowniczo-podejrzliwym a zinternalizowaną transfobią.

TABELA 80. Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – styl buntowniczo-podejrzliwy

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
styl buntowniczo-podejrzliwy	0,851	0,143	0,309	5,948	<0,001***	0,569	1,132

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
styl buntowniczo-podejrzliwy	-0,906	0,108	-0,415	-8,352	<0,001***	-1,119	-0,693

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
styl buntowniczo-podejrzliwy	0,435	0,148	0,158	2,946	0,003**	0,144	0,725
ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego	-0,459	0,068	-0,364	-6,799	<0,001***	-0,592	-0,326

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

					statystyki zmiany				
	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,453	0,205	0,200	6,186	0,205	43,185	2	335	<0,001***
RMSEA	0,034								

anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	3305,275	2	1652,638	43,185	<0,001***
reszta	12820,097	335	38,269		
ogółem	16125,373	337			

** statystyczna istotność na poziomie 0,01; *** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

G. Styl agresywno-sadystyczny.

Brak statystycznie istotnej relacji między stylem agresywno-sadystycznym a zinternalizowaną transfobią (tabela 81). Brak podstaw do budowania modelu mediacji.

Tabela 81. Wyniki analizy regresji dla zmiennej niezależnej – styl agresywno-sadystyczny

współczynniki dla modelu bez mediacji							
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	istotność	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
styl agresywno-sadystyczny	0,244	0,160	0,083	1,527	0,128	-0,070	0,559

Źródło: Badania i obliczenia własne.

H. Styl współzawodnicząco-narcystyczny.

Tabela 82. Wyniki analizy regresji dla zmiennej niezależnej – styl współzawodnicząco-narcystyczny

współczynniki dla modelu bez mediacji							
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	istotność	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
styl współ-zawodnicząco-narcystyczny	-0,110	0,140	-0,043	-0,784	0,434	-0,386	0,166

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Brak statystycznie istotnej relacji między stylem współzawodnicząco-narcystycznym a zinternalizowaną transfobią (tabela 82). Brak podstaw do budowania modelu mediacji.

7. Spostrzegane wsparcie społeczne mediuje relację zinternalizowanej transfobii ze strategiami radzenia sobie z transfobią.

A. Strategia płciowo-normatywna.

Brak statystycznie istotnej relacji między mediatorem a strategią płciowo-normatywną (tabela 83). Brak podstaw do budowania modelu mediacji.

Tabela 83. Wyniki analizy regresji dla zmiennej niezależnej – strategia płciowo-normatywna

współczynniki dla modelu bez mediacji							
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	istotność	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
strategia płciowo-normatywna	0,607	0,163	0,200	3,732	<0,001***	0,287	0,927
współczynniki dla mediatora							
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	istotność	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
strategia płciowo-normatywna	-0,086	0,131	-0,036	-0,656	0,512	-0,345	0,172

***statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

B. Strategia autoafirmująca.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 84), że strategia autoafirmująca jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, ujemna. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji strategia autoafirmująca jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ponadto ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego (wraz ze strategią autoafirmującą) jest statystycznie istotnym negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego pośredniczy w relacji między strategią autoafirmującą a zinternalizowaną transfobią. Ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między strategią autoafirmującą a zinternalizowaną transfobią.

Tabela 84. Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – strategia autoafirmująca

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
strategia auto-afirmująca	-0,811	0,150	-0,283	-5,409	<0,001 ***	-1,106	-0,516

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
strategia auto-afirmująca	0,373	0,122	0,164	3,049	0,002**	0,132	0,613

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
strategia auto-afirmująca	-0,626	0,139	-0,218	-4,497	<0,001***	-0,899	-0,352
ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego	-0,496	0,061	-0,394	-8,102	<0,001***	-0,617	-0,376

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

					statystyki zmiany				
	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,480	0,231	0,226	6,085	0,231	50,263	2	335	<0,001***
RMSEA	0,038								

anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	3721,971	2	1860,985	50,263	<0,001***
reszta	12403,402	335	37,025		
ogółem	16125,373	337			

** statystyczna istotność na poziomie 0,01; *** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

C. Strategia regulująca emocje.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 85), że strategia regulująca emocje jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, ujemna. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji strategia regulująca emocje jest statystycznie istotnym negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ponadto ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego jest statystycznie istotnym negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ogólny poziom spostrzeganego

wsparcia społecznego pośredniczy w relacji między strategią regulującą emocje a zinternalizowaną transfobią. Ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między strategią regulującą emocje a zinternalizowaną transfobią.

TABELA 85. Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – strategia regulująca emocje

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
strategia regulująca emocje	-0,546	0,126	-0,230	-4,337	<0,001 ***	-0,794	-0,299

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
strategia regulująca emocje	0,384	0,100	0,204	3,821	<0,001***	0,186	0,582

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
strategia regulująca emocje	-0,353	0,118	-0,149	-2,992	0,003**	-0,585	-0,121
ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego	-0,503	0,063	-0,399	-8,021	<0,001***	-0,627	-0,380

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

					statystyki zmiany				
	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,453	0,206	0,201	6,184	0,206	43,350	2	335	<0,001***
RMSEA	0,035								

anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	3315,339	2	1657,670	43,350	<0,001***
reszta	12810,034	335	38,239		
ogółem	16125,373	337			

*** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

D. Strategia poznawczo-restrukturyzująca

Brak statystycznie istotnej relacji między strategią poznawczo-restrukturyzującą a zinternalizowaną transfobią (tabela 86). Brak podstaw do budowania modelu mediacji.

Tabela 86. Wyniki analizy regresji dla zmiennej niezależnej – strategia poznawczo-restrukturyzująca

współczynniki dla mediatora							
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	istotność	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
strategia poznawczo-restrukturyzująca	0,131	0,121	0,059	1,087	0,278	-0,106	0,369

Źródło: Badania i obliczenia własne.

E. Strategia społeczno-relacyjna.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 87), że strategia społeczno-relacyjna jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, ujemna. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji strategia społeczno-relacyjna jest statystycznie nieistotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii oraz statystycznie istotnym pozytywnym predyktorem ogólnego poziomu spostrzeganego wsparcia społecznego. Ponadto ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego jest statystycznie istotnym negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ponieważ w modelu mediacji strategia społeczno-relacyjna jest statystycznie nieistotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii, pomimo istotnej relacji ogólnego poziomu spostrzeganego wsparcia społecznego, zjawisko mediacji nie zachodzi.

Tabela 87. Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – strategia społeczno-relacyjna

współczynniki dla modelu bez mediacji							
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
strategia społeczno-relacyjna	-0,422	0,117	-0,193	-3,600	<0,001 ***	-0,652	-0,191
współczynniki dla mediatora							
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
strategia społeczno-relacyjna	0,694	0,087	0,400	7,998	<0,001***	0,523	0,865

(cd. tab. 87)

współczynniki dla modelu z mediacją								
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
strategia społeczno-relacyjna	-0,055	0,118	-0,025	-0,464	0,643	-0,286	0,177
ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego	-0,529	0,068	-0,419	-7,793	<0,001***	-0,663	-0,396

model – podsumowanie dla modelu z mediacją									
				błąd standardowy	statystyki zmiany				
	R	R^2	skor. R^2	oszacowania	zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,430	0,185	0,180	6,264	0,185	37,996	2	335	<0,001***
RMSEA	0,051								

anova dla modelu z mediacją					
	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	2981,560	2	1490,780	37,996	<0,001***
reszta	13143,813	335	39,235		
ogółem	16125,373	337			

*** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

F. Strategia prewencyjno-przygotowawcza.

TABELA 88. Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – strategia prewencyjno-przygotowawcza

współczynniki dla modelu bez mediacji							
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
strategia prewencyjno-przygotowawcza	0,653	0,171	0,204	3,825	<0,001***	0,317	0,989

współczynniki dla mediatora							
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
strategia prewencyjno-przygotowawcza	-0,442	0,136	-0,174	-3,243	0,001**	-0,710	-0,174

współczynniki dla modelu z mediacją							
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
strategia prewencyjno-przygotowawcza	0,427	0,159	0,134	2,693	0,007**	0,115	0,739
ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego	-0,512	0,063	-0,406	-8,192	<0,001***	-0,635	-0,389

(cd. tab. 88)

model – podsumowanie dla modelu z mediacją									
				błąd standardowy	statystyki zmiany				
	R	R^2	skor. R^2	oszacowania	zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,449	0,202	0,197	6,199	0,202	42,310	2	335	<0,001***
RMSEA	0,041								

anova dla modelu z mediacją					
	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	3251,829	2	1625,915	42,310	<0,001***
reszta	12873,543	335	38,428		
ogółem	16125,373	337			

** statystyczna istotność na poziomie 0,01; *** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 88), że strategia prewencyjno-przygotowawcza jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, dodatnia. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji strategia prewencyjno-przygotowawcza jest statystycznie istotnym pozytywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii oraz istotnym statystycznie negatywnym predyktorem ogólnego poziomu spostrzeganego wsparcia społecznego. Ponadto ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego jest statystycznie istotnym negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego pośredniczy w relacji między strategią prewencyjno-przygotowawczą a zinternalizowaną transfobią. Ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między strategią prewencyjno-przygotowawczą a zinternalizowaną transfobią.

G. Strategia odcinania się.

TABELA 89. Wyniki analizy regresji dla zmiennej niezależnej – strategia odcinania się

współczynniki dla modelu bez mediacji							
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	istotność	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
strategia odcinania się	0,099	0,182	0,030	0,546	0,585	-0,258	0,456

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Brak statystycznie istotnej relacji między strategią odcinania się a zinternalizowaną transfobią (tabela 89). Brak podstaw do budowania modelu mediacji.

H. Strategia korzystania z zasobów.

Tabela 90. Wyniki analizy regresji dla zmiennej niezależnej – strategia korzystania z zasobów

	współczynniki dla modelu bez mediacji						
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	istotność	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
strategia korzystania z zasobów	0,020	0,128	0,008	0,153	0,879	-0,232	0,271

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Brak statystycznie istotnej relacji między strategią korzystania z zasobów a zinternalizowaną transfobią (tabela 90). Brak podstaw do budowania modelu mediacji.

I. Strategia duchowo-religijna.

Brak statystycznie istotnej relacji między strategią duchowo-religijną a zinternalizowaną transfobią (tabela 91). Brak podstaw do budowania modelu mediacji.

Tabela 91. Wyniki analizy regresji dla zmiennej niezależnej – strategia duchowo-religijna

	współczynniki dla modelu bez mediacji						
	współczynniki niestandaryzowane		współczynniki standaryzowane	t	istotność	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
strategia duchowo-religijna	0,114	0,118	0,053	0,970	0,333	-0,117	0,345

Źródło: Badania i obliczenia własne.

J. Strategia polityczno-upodmiotawiająca.

TABELA 92. Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – strategia polityczno-upodmiotawiająca

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
strategia polityczno-upodmiotawiająca	-0,876	0,108	-0,404	-8,104	<0,001 ***	-1,089	-0,664

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
strategia polityczno-upodmiotawiająca	0,648	0,087	0,377	7,465	<0,001***	0,477	0,819

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
strategia polityczno-upodmiotawiająca	-0,613	0,111	-0,283	-5,543	<0,001***	-0,830	-0,395
ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego	-0,407	0,064	-0,323	-6,330	<0,001***	-0,534	-0,281

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

				błąd standardowy	Statystyki zmiany				
	R	R^2	skor. R^2	oszacowania	zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,503	0,253	0,248	5,997	0,253	56,696	2	335	<0,001***
RMSEA	0,034								

anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	4077,869	2	2038,934	56,696	<0,001***
reszta	12047,504	335	35,963		
ogółem	16125,373	337			

*** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 92), że strategia polityczno-upodmiotawiająca jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest umiarkowana, ujemna. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji strategia polityczno-upodmiotawiająca jest statystycznie istotnym negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii oraz statystycznie istotnym pozytywnym predyktorem ogólnego

poziomu spostrzeganego wsparcia społecznego. Ponadto ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego jest statystycznie istotnym negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego pośredniczy w relacji między strategią polityczno-upodmiotawiającą a zinternalizowaną transfobią. Ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między strategią polityczno-upodmiotawiającą a zinternalizowaną transfobią.

8. Spostrzegane wsparcie społeczne mediuje relację zinternalizowanej transfobii z poziomem ujawnienia swojej transpłciowości.

A. Poziom ujawnienia swojej transpłciowości wśród członków rodziny.

TABELA 93. Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – poziom ujawnienia swojej transpłciowości wśród członków rodziny

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	T	p	dolna granica	górna granica
poziom ujawnienia swojej transpłciowości wśród członków rodziny	-0,774	0,259	-0,161	-2,986	0,003**	-1,284	-0,264

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
poziom ujawnienia swojej transpłciowości wśród członków rodziny	0,733	0,204	0,192	3,590	<0,001***	0,332	1,135

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
poziom ujawnienia swojej transpłciowości wśród członków rodziny	-0,391	0,241	-0,081	-1,623	0,106	-0,865	0,083
ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego	-0,522	0,063	-0,414	-8,262	<0,001***	-0,646	-0,398

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

					statystyki zmiany				
	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,437	0,191	0,186	6,241	0,191	39,478	2	335	<0,001***
RMSEA	0,047								

(cd. tab. 93)

anova dla modelu z mediacją					
	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	3075,669	2	1537,835	39,478	<0,001***
reszta	13049,703	335	38,954		
ogółem	16125,373	337			

** statystyczna istotność na poziomie 0,01; *** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.
Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 93), że poziom ujawnienia swojej transpłciowości wśród członków rodziny jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, ujemna. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji poziom ujawnienia swojej transpłciowości wśród członków rodziny jest statystycznie nieistotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii oraz statystycznie istotnym pozytywnym predyktorem ogólnego poziomu spostrzeganego wsparcia społecznego. Ponadto ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ponieważ w modelu mediacji poziom ujawnienia swojej transpłciowości wśród członków rodziny jest statystycznie nieistotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii, pomimo istotnej relacji ogólnego poziomu spostrzeganego wsparcia społecznego, zjawisko mediacji nie zachodzi.

B. Poziom ujawnienia swojej transpłciowości w miejscu pracy/edukacji.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 94), że poziom ujawnienia swojej transpłciowości w miejscu pracy/edukacji jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, ujemna. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji poziom ujawnienia swojej transpłciowości w miejscu pracy/edukacji jest statystycznie istotnym negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii oraz statystycznie istotnym pozytywnym predyktorem ogólnego poziomu spostrzeganego wsparcia społecznego. Ponadto ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego jest statystycznie istotnym negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego pośredniczy w relacji między poziomem ujawnienia swojej transpłciowości w miejscu pracy/

edukacji a zinternalizowaną transfobią. Ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między poziomem ujawnienia swojej transpłciowości w miejscu pracy/edukacji a zinternalizowaną transfobią.

TABELA 94. Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – poziom ujawnienia swojej transpłciowości w miejscu pracy/edukacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
poziom ujawnienia swojej transpłciowości w pracy/miejscu edukacji	-1,280	0,247	-0,272	-5,184	<0,001***	-1,766	-0,794

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
poziom ujawnienia swojej transpłciowości w pracy/miejscu edukacji	0,804	0,199	0,216	4,047	<0,001***	0,413	1,195

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
poziom ujawnienia swojej transpłciowości w pracy/miejscu edukacji	-0,886	0,233	-0,188	-3,806	<0,001***	-1,343	-0,428
ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego	-0,490	0,062	-0,389	-7,859	<0,001***	-0,613	-0,368

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

					statystyki zmiany				
	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,467	0,218	0,214	6,135	0,218	46,743	2	335	<0,001***
RMSEA	0,030								

anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	3518,222	2	1759,111	46,743	<0,001***
reszta	12607,151	335	37,633		
ogółem	16125,373	337			

*** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

C. Poziom ujawnienia swojej transpłciowości wśród znajomych.

TABELA 95. Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – poziom ujawnienia swojej transpłciowości wśród znajomych

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
poziom ujawnienia swojej transpłciowości wśród znajomych	-1,905	0,279	-0,349	-6,819	<0,001 ***	-2,455	-1,355

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
poziom ujawnienia swojej transpłciowości wśród znajomych	1,437	0,223	0,332	6,447	<0,001***	0,999	1,876

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
poziom ujawnienia swojej transpłciowości wśród znajomych	-1,266	0,277	-0,232	-4,565	<0,001***	-1,811	-0,720
ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego	-0,445	0,064	-0,353	-6,946	<0,001***	-0,571	-0,319

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

					statystyki zmiany				
	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,482	0,232	0,228	6,080	0,232	50,638	2	335	<0,001***
RMSEA	0,037								

anova dla modelu z mediacją

	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	3743,328	2	1871,664	50,638	<0,001***
reszta	12382,045	335	36,961		
ogółem	16125,373	337			

*** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 95), że poziom ujawnienia swojej transpłciowości wśród znajomych jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest umiarkowana, ujemna. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji poziom ujawnienia

swojej transpłciowości wśród znajomych jest statystycznie istotnym negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii oraz statystycznie istotnym pozytywnym predyktorem ogólnego poziomu spostrzeganego wsparcia społecznego. Ponadto, ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego jest statystycznie istotnym negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego pośredniczy w relacji między poziomem ujawnienia swojej transpłciowości wśród znajomych a zinternalizowaną transfobią. Ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między poziomem ujawnienia swojej transpłciowości wśród znajomych a zinternalizowaną transfobią.

D. Ogólny poziom ujawnienia swojej transpłciowości.

TABELA 96. Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – ogólny poziom ujawnienia swojej transpłciowości

współczynniki dla modelu bez mediacji

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
ogólny poziom ujawnienia swojej transpłciowości	-0,685	0,108	-0,326	-6,317	<0,001 ***	-0,898	-0,471

współczynniki dla mediatora

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
ogólny poziom ujawnienia swojej transpłciowości	0,513	0,086	0,308	5,930	<0,001***	0,343	0,683

współczynniki dla modelu z mediacją

	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany			95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta	t	p	dolna granica	górna granica
ogólny poziom ujawnienia swojej transpłciowości	-0,449	0,106	-0,214	-4,234	<0,001***	-0,658	-0,241
ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego	-0,459	0,064	-0,364	-7,195	<0,001***	-0,584	-0,333

model – podsumowanie dla modelu z mediacją

					statystyki zmiany				
	R	R^2	skor. R^2	błąd standardowy oszacowania	zmiana R^2	F zmiany	df1	df2	istotność F zmiany
1	0,475	0,226	0,221	6,105	0,226	48,852	2	335	<0,001***
RMSEA	0,038								

(cd. tab. 96)

anova dla modelu z mediacją					
	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	p
regresja	3641,111	2	1820,556	48,852	<0,001***
reszta	12484,261	335	37,266		
ogółem	16125,373	337			

*** statystyczna istotność na poziomie poniżej 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Analizując model bez mediacji, zaobserwowano (tabela 96), że ogólny poziom ujawnienia swojej transpłciowości jest statystycznie istotnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Siła wpływu, mierzona współczynnikiem standaryzowanym, jest słaba, ujemna. Są więc podstawy ku temu, aby budować model mediacji. W modelu mediacji ogólny poziom ujawnienia swojej transpłciowości jest statystycznie istotnym negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii oraz statystycznie istotnym pozytywnym predyktorem ogólnego poziomu spostrzeganego wsparcia społecznego. Ponadto ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego jest statystycznie istotnym negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego pośredniczy w relacji między ogólnym poziomem ujawnienia swojej transpłciowości a zinternalizowaną transfobią. Ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego jest statystycznie istotnym mediatorem w relacji między ogólnym poziomem ujawnienia swojej transpłciowości a zinternalizowaną transfobią.

9. Spostrzegane wsparcie społeczne mediuje relację zinternalizowanej transfobii z okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje.

Tabela 97. Wyniki analizy regresji dla zmiennej niezależnej – okres funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje

współczynniki dla modelu bez mediacji							
	współczynniki niestandaryzowane		współczynnik standaryzowany	t	istotność	95,0% przedział ufności dla B	
	B	błąd standardowy	Beta			dolna granica	górna granica
okres funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje	-0,138	0,100	-0,075	-1,377	0,170	-0,336	0,059

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Brak statystycznie istotnej relacji między okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje, a zinternalizowaną transfobią (tabela 97). Brak podstaw do budowania modelu mediacji.

5.7. Hipoteza badawcza 6

Występują różnice w strategiach radzenia sobie z transfobią, w spostrzeganej transfobii i w zinternalizowanej transfobii między:

1) osobami, którym przypisano męską płeć po urodzeniu, a tymi, którym przypisano płeć żeńską;

2) osobami o binarnej tożsamości płciowej a osobami o niebinarnej tożsamości płciowej;

3) osobami, które posiadają diagnozę transseksualizmu / dysforii płciowej, a tymi, które jej nie posiadają;

4) osobami, które podjęły się prawnej korekty oznaczenia płci, a tymi, które nie podjęły się jej;

5) osobami, które podjęły się hormonalnej terapii zastępczej, a tymi, które nie podjęły się jej;

6) osobami, które podjęły się operacyjnej korekty płci, a tymi, które nie podjęły się jej.

1. Występują różnice w strategiach radzenia sobie z transfobią, w spostrzeganej transfobii i w zinternalizowanej transfobii między osobami, którym przypisano męską płeć po urodzeniu, a tymi, którym przypisano płeć żeńską; osoby o męskiej płci przypisanej po urodzeniu deklarują wyższy poziom spostrzeganej i zinternalizowanej transfobii niż osoby, którym przypisano żeńską płeć po urodzeniu.

Do zweryfikowania hipotezy, zgodnie z którą rozkłady zmiennej zależnej w każdej z dwóch grup są normalne, wykorzystano test zgodności Kołmogorowa-Smirnowa. Wyniki testu Kołmogorowa-Smirnowa dla strategii radzenia sobie z transfobią przedstawia tabela 98.

Wyniki testu Kołmogorowa-Smirnowa wskazują na konieczność odrzucenia hipotezy, zgodnie z którą rozkłady analizowanych zmiennych w poszczególnych grupach są normalne. Stąd też należy zastosować test U Manna-Whitneya.

TABELA 98. Test Kołmogorowa-Smirnowa dla strategii radzenia sobie z transfobią

strategia radzenia sobie z transfobią	płeć przypisana po urodzeniu							
	męska				żeńska			
	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność	średnia	odchyl. standard	statystyka K-S	istotność
płciowo-normatywna	5,44	2,13	0,169	0,000**	6,28	2,32	0,143	0,000**
autoafirmująca	6,90	2,29	0,147	0,000**	6,37	2,49	0,116	0,000**
regulująca emocje	8,78	2,85	0,122	0,000**	8,66	2,97	0,100	0,000**
poznawczo--restrukturyzująca	9,67	3,06	0,111	0,000**	9,53	3,17	0,105	0,000**
społeczno-relacyjna	9,48	3,00	0,093	0,003**	9,59	3,28	0,106	0,000**
prewencyjno--przygotowawcza	8,03	2,18	0,205	0,000**	8,02	2,15	0,209	0,000**
odcinania się	6,48	2,00	0,144	0,000**	6,51	2,14	0,099	0,000**
korzystania z zasobów	5,86	2,83	0,160	0,000**	5,57	3,04	0,221	0,000**
duchowo-religijna	4,71	3,43	0,412	0,000**	4,42	3,02	0,425	0,000**
polityczno--upodmiotawiająca	11,03	2,88	0,122	0,000**	10,93	3,42	0,126	0,000**

** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

TABELA 99. Wyniki testu U Manna-Whitneya dla strategii radzenia sobie z transfobią

strategia radzenia sobie z transfobią	U	Z popraw.	p	*effect size*
płciowo-normatywna	10 996,50	3,449	0,001**	0,188
autoafirmująca	12 354,00	-1,908	0,056	0,104
regulująca emocje	13 821,00	-0,245	0,806	0,013
poznawczo-restrukturyzująca	13 645,00	-0,444	0,657	0,024
społeczno-relacyjna	13 631,00	0,459	0,646	0,025
prewencyjno-przygotowawcza	13 909,00	-0,149	0,881	0,008
odcinania się	14 003,50	-0,039	0,969	0,002
korzystania z zasobów	12 591,00	-1,660	0,097	0,090
duchowo-religijna	13 624,00	-0,598	0,550	0,033
polityczno-upodmiotawiająca	13 724,50	0,354	0,723	0,019

** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Wyniki testu U Manna-Whitneya wykazują (tabela 99), że tylko w przypadku strategii płciowo-normatywnej występują różnice w poziomie stosowania między osobami, którym przypisano męską płeć po urodzeniu, a tymi, którym przypisano płeć żeńską. W pozostałych strategiach różnice te nie są statystycznie istotne. HIPOTEZA POTWIERDZONA DLA STRATEGII PŁCIOWO-NORMATYWNEJ.

Do zweryfikowania hipotezy, zgodnie z którą rozkłady spostrzeganej transfobii w każdej z dwóch grup są normalne, wykorzystano test zgodności Kołmogorowa-Smirnowa. Wyniki przedstawia tabela 100.

TABELA 100. Test Kołmogorowa-Smirnowa dla zmiennej – spostrzegana transfobia

zmienna	płeć przypisana po urodzeniu							
	męska				żeńska			
	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność
spostrzegana transfobia	9,88	5,46	0,142	0,000**	8,50	4,39	0,158	0,000**

** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Wyniki testu Kołmogorowa-Smirnowa wskazują (tabela 100) na konieczność odrzucenia hipotezy, zgodnie z którą rozkład spostrzeganej transfobii w poszczególnych grupach jest normalny. Stąd też należy zastosować test U Manna-Whitneya.

TABELA 101. Wyniki testu U Manna-Whitneya dla zmiennej – spostrzegana transfobia

zmienna	U	Z popraw.	p	*effect size*
spostrzegana transfobia	12 155,50	-2,127	0,033*	0,116

* statystyczna istotność na poziomie 0,05.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Wyniki testu U Manna-Whitneya wykazują (tabela 101), że istnieje różnica w poziomie spostrzeganej transfobii między osobami, którym przypisano płeć męską po urodzeniu, a tymi, którym przypisano płeć żeńską. Różnica ta jest statystycznie istotna. HIPOTEZA POTWIERDZONA DLA SPOSTRZEGANEJ TRANSFOBII.

Do zweryfikowania hipotezy, zgodnie z którą rozkłady zinternalizowanej transfobii w każdej z dwóch grup są normalne, wykorzystano test zgodności Kołmogorowa-Smirnowa. Wyniki przedstawia tabela 102.

Tabela 102. Test Kołmogorowa-Smirnowa dla zmiennej – zinternalizowana transfobia

zmienna	płeć przypisana po urodzeniu							
	męska				żeńska			
	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność
zinternalizowana transfobia	17,73	7,26	0,115	0,000**	18,49	6,65	0,118	0,000**

** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Wyniki testu Kołmogorowa-Smirnowa wskazują (tabela 102) na konieczność odrzucenia hipotezy, zgodnie z którą rozkład analizowanej zmiennej w poszczególnych grupach jest normalny. Stąd też należy zastosować test U Manna-Whitneya.

Tabela 103. Wyniki testu U Manna-Whitneya dla zmiennej – zinternalizowana transfobia

zmienna	U	Z popraw.	p	*effect size*
zinternalizowana transfobia	12 799,50	1,393	0,164	0,076

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Wyniki testu U Manna-Whitneya wykazują (tabela 103), że nie ma różnicy pod względem zinternalizowanej transfobii między osobami, którym przypisano płeć męską po urodzeniu, a tymi, którym przypisano płeć żeńską. Różnica ta jest statystycznie nieistotna. Hipoteza odrzucona dla zinternalizowanej transfobii.

2. Występują różnice w strategiach radzenia sobie z transfobią, w spostrzeganej transfobii i w zinternalizowanej transfobii między osobami o binarnej tożsamości płciowej a osobami o niebinarnej tożsamości płciowej; osoby o niebinarnej tożsamości płciowej deklarują niższy poziom spostrzeganej i zinternalizowanej transfobii niż osoby o binarnej tożsamości płciowej.

Do zweryfikowania hipotezy, zgodnie z którą rozkłady zmiennej zależnej w każdej z dwóch grup są normalne, wykorzystano test zgodności Kołmogorowa-Smirnowa. Wyniki przedstawia tabela 104.

TABELA 104. Test Kołmogorowa-Smirnowa dla strategii radzenia sobie z transfobią

strategia radzenia sobie z transfobią	tożsamość płciowa							
	niebinarna				binarna			
	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność
płciowo-normatywna	4,96	2,14	0,137	0,003**	6,16	2,25	0,144	0,000**
autoafirmująca	6,28	2,50	0,218	0,000**	6,68	2,39	0,114	0,000**
regulująca emocje	9,23	2,72	0,147	0,001**	8,58	2,95	0,101	0,000**
poznawczo-restrukturyzująca	9,03	3,19	0,076	0,200	9,74	3,09	0,111	0,000**
społeczno-relacyjna	9,97	3,05	0,114	0,026*	9,43	3,18	0,102	0,000**
prewencyjno-przygotowawcza	7,93	2,14	0,199	0,000**	8,05	2,17	0,197	0,000**
odcinania się	6,26	2,25	0,128	0,007**	6,55	2,03	0,119	0,000**
korzystania z zasobów	5,54	3,22	0,233	0,000**	5,74	2,88	0,192	0,000**
duchowo-religijna	6,17	4,72	0,373	0,000**	4,13	2,53	0,434	0,000**
polityczno-upodmiotawiająca	12,00	2,70	0,138	0,002**	10,71	3,26	0,111	0,000**

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Wyniki testu Kołmogorowa-Smirnowa wskazują (tabela 104) na konieczność odrzucenia hipotezy, zgodnie z którą rozkłady analizowanych zmiennych w poszczególnych grupach są normalne. Tylko w przypadku strategii poznawczo-restrukturyzującej w grupie respondentów o niebinarnej tożsamości płciowej rozkład zmiennej jest normalny. Stąd też należy zastosować test U Manna-Whitneya.

Tabela 105. Wyniki testu U Manna-Whitneya dla strategii radzenia sobie z transfobią

strategia radzenia sobie z transfobią	U	Z popraw.	p	*effect size*
płciowo-normatywna	6 463,00	3,929	0,000**	0,214
autoafirmująca	8 577,00	0,980	0,327	0,053
regulująca emocje	8 088,00	-1,657	0,097	0,090
poznawczo-restrukturyzująca	8 173,00	1,537	0,124	0,084
społeczno-relacyjna	8 472,00	-1,121	0,262	0,061
prewencyjno-przygotowawcza	8 911,00	0,526	0,599	0,029
odcinania się	8 599,50	0,950	0,342	0,052
korzystania z zasobów	8 370,00	1,284	0,199	0,070
duchowo-religijna	7 557,00	-3,060	0,002**	0,167
polityczno-upodmiotawiająca	7 050,50	-3,101	0,002**	0,169

** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Wyniki testu U Manna-Whitneya wykazują (tabela 105), że tylko w przypadku strategii płciowo-normatywnej, duchowo-religijnej i polityczno-upodmiotawiającej występują różnice między osobami, których tożsamość płciowa jest niebinarna, a tymi, których tożsamość płciowa jest binarna. W przypadku pozostałych strategii różnice te są statystycznie nieistotne. HIPOTEZA POTWIERDZONA DLA STRATEGII: PŁCIOWO-NORMATYWNEJ, DUCHOWO-RELIGIJNEJ, POLITYCZNO-UPODMIOTAWIAJĄCEJ.

Do zweryfikowania hipotezy, zgodnie z którą rozkłady spostrzeganej transfobii w każdej z dwóch grup są normalne, wykorzystano test zgodności Kołmogorowa-Smirnowa. Wyniki przedstawia tabela 106.

Tabela 106. Test Kołmogorowa-Smirnowa dla zmiennej – spostrzegana transfobia

zmienna	tożsamość płciowa							
	niebinarna				binarna			
	średnia	odchyl. standard	statystyka K-S	istotność	średnia	odchyl. standard	statystyka K-S	istotność
spostrzegana transfobia	8,43	4,56	0,166	0,000**	9,27	5,01	0,165	0,000**

** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Wyniki testu Kołmogorowa-Smirnowa wskazują na konieczność odrzucenia hipotezy, zgodnie z którą rozkład analizowanej zmiennej w poszczególnych grupach jest normalny. Stąd też należy zastosować test U Manna-Whitneya.

Tabela 107. Wyniki testu U Manna-Whitneya dla zmiennej – spostrzegana transfobia

zmienna	U	Z popraw.	p	*effect size*
spostrzegana transfobia	8 252,00	1,429	0,153	0,078

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Wyniki testu U Manna-Whitneya wykazują (tabela 107), że nie ma różnicy pod względem spostrzeganej transfobii między osobami, których tożsamość płciowa jest binarna, a osobami, których tożsamość płciowa jest niebinarna. Różnica ta jest statystycznie nieistotna. Hipoteza odrzucona dla spostrzeganej transfobii.

Do zweryfikowania hipotezy, zgodnie z którą rozkłady zmiennej zależnej w każdej z dwóch grup są normalne, wykorzystano test zgodności Kołmogorowa-Smirnowa. Wyniki przedstawia tabela 108.

Tabela 108. Test Kołmogorowa-Smirnowa dla zmiennej – zinternalizowana transfobia

zmienna	tożsamość płciowa							
	niebinarna				binarna			
	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność
zinternalizowana transfobia	16,06	5,42	0,127	0,007**	18,70	7,16	0,095	0,000**

** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Wyniki testu Kołmogorowa-Smirnowa wskazują na konieczność odrzucenia hipotezy, zgodnie z którą rozkład analizowanej zmiennej w poszczególnych grupach jest normalny. Stąd też należy zastosować test U Manna-Whitneya.

Wyniki testu U Manna-Whitneya wykazują (tabela 109), że istnieje różnica w poziomie zinternalizowanej transfobii między osobami, które deklarują

binarną tożsamość płciową, a osobami o niebinarnej tożsamości. Różnica ta jest statystycznie istotna. HIPOTEZA POTWIERDZONA DLA ZINTERNALIZOWANEJ TRANSFOBII.

TABELA 109. Wyniki testu U Manna-Whitneya dla zmiennej – zinternalizowana transfobia

zmienna	U	Z popraw.	p	*effect size*
zinternalizowana transfobia	7 392,00	2,611	0,009**	0,142

** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

3. Występują różnice w strategiach radzenia sobie z transfobią, w spostrzeganej transfobii i w zinternalizowanej transfobii między osobami, które posiadają diagnozę transseksualizmu / dysforii płciowej, a tymi, które jej nie posiadają; osoby posiadające diagnozę transseksualizmu / dysforii płciowej deklarują wyższy poziom spostrzeganej i zinternalizowanej transfobii niż osoby jej nie posiadające.

Do zweryfikowania hipotezy, zgodnie z którą rozkłady zmiennej zależnej w każdej z dwóch grup są normalne, wykorzystano test zgodności Kołmogorowa-Smirnowa. Wyniki przedstawia tabela 110.

TABELA 110. Test Kołmogorowa-Smirnowa dla strategii radzenia sobie z transfobią

strategia radzenia sobie z transfobią	diagnoza transseksualizmu / dysforii płciowej							
	nie				tak			
	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność
płciowo-normatywna	5,28	2,29	0,210	0,000**	6,10	2,24	0,147	0,000**
autoafirmująca	6,45	2,51	0,185	0,000**	6,64	2,39	0,115	0,000**
regulująca emocje	8,73	2,99	0,197	0,000**	8,71	2,90	0,080	0,000**
poznawczo-restrukturyzująca	9,37	3,47	0,113	0,019*	9,65	3,01	0,108	0,000**
społeczno-relacyjna	9,63	3,30	0,101	0,054	9,52	3,12	0,097	0,000**
prewencyjno-przygotowawcza	8,25	2,28	0,245	0,000**	7,96	2,13	0,193	0,000**

(cd. tab. 110)

strategia radzenia sobie z transfobią	diagnoza transseksualizmu / dysforii płciowej							
	nie				tak			
	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność
odcinania się	6,65	2,31	0,135	0,002**	6,45	2,01	0,114	0,000**
korzystania z zasobów	5,31	3,30	0,307	0,000**	5,81	2,84	0,164	0,000**
duchowo-religijna	4,95	3,76	0,378	0,000**	4,43	3,02	0,431	0,000**
polityczno-upodmiotawiająca	11,68	3,10	0,158	0,000**	10,77	3,19	0,104	0,000**

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Wyniki testu Kołmogorowa-Smirnowa wskazują na konieczność odrzucenia hipotezy, zgodnie z którą rozkłady analizowanych zmiennych w poszczególnych grupach są normalne. Stąd też należy zastosować test U Manna-Whitneya.

Tabela 111. Wyniki testu U Manna-Whitneya dla strategii radzenia sobie z transfobią

strategia radzenia sobie z transfobią	U	Z popraw.	p	*effect size*
płciowo-normatywna	7 890,50	2,667	0,008**	0,145
autoafirmująca	9 573,00	0,391	0,696	0,021
regulująca emocje	9 664,00	-0,267	0,789	0,015
poznawczo-restrukturyzująca	9 236,50	0,843	0,399	0,046
społeczno-relacyjna	9 662,50	-0,269	0,788	0,015
prewencyjno-przygotowawcza	8 702,00	-1,603	0,109	0,087
odcinania się	9 151,50	-0,963	0,336	0,052
korzystania z zasobów	8 167,50	2,320	0,020*	0,126
duchowo-religijna	9 158,00	-1,213	0,225	0,066
polityczno-upodmiotawiająca	8 219,00	-2,217	0,027*	0,121

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Wyniki testu U Manna-Whitneya wykazują (tabela 111), że tylko w przypadku strategii płciowo-normatywnej, korzystania z zasobów i polityczno-upodmiotawiającej występują różnice między osobami, które posiadają diagnozę transseksualizmu / dysforii płciowej, a osobami, które takiej diagnozy nie posiadają. W przypadku pozostałych strategii różnice te są statystycznie nieistotne. HIPOTEZA POTWIERDZONA DLA STRATEGII: PŁCIOWO-NORMATYWNEJ, KORZYSTANIA Z ZASOBÓW I POLITYCZNO-UPODMIOTAWIAJĄCEJ.

Do zweryfikowania hipotezy, zgodnie z którą rozkłady spostrzeganej transfobii w każdej z dwóch grup są normalne, wykorzystano test zgodności Kołmogorowa-Smirnowa. Wyniki przedstawia tabela 112.

TABELA 112. Test Kołmogorowa-Smirnowa dla zmiennej – spostrzegana transfobia

zmienna	diagnoza transseksualizmu / dysforii płciowej							
	nie				tak			
	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność
spostrzegana transfobia	8,80	5,11	0,174	0,000**	9,19	4,88	0,162	0,000**

** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Wyniki testu Kołmogorowa-Smirnowa wskazują na konieczność odrzucenia hipotezy, zgodnie z którą rozkład analizowanej zmiennej w poszczególnych grupach jest normalny. Stąd też należy zastosować test U Manna-Whitneya.

TABELA 113. Wyniki testu U Manna-Whitneya dla zmiennej – spostrzegana transfobia

zmienna	U	Z popraw.	p	*effect size*
spostrzegana transfobia	9 077,00	1,058	0,290	0,058

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Wyniki testu U Manna-Whitneya wykazują (tabela 113), że nie ma różnicy pod względem spostrzeganej transfobii między osobami posiadającymi diagnozę transseksualizmu / dysforii płciowej a osobami, które jej nie posiadają. Różnica ta jest statystycznie nieistotna. HIPOTEZA ODRZUCONA DLA SPOSTRZEGANEJ TRANSFOBII.

Do zweryfikowania hipotezy, zgodnie z którą rozkłady zinternalizowanej transfobii w każdej z dwóch grup są normalne, wykorzystano test zgodności Kołmogorowa-Smirnowa. Wyniki przedstawia tabela 114.

Tabela 114. Test Kołmogorowa-Smirnowa dla zmiennej – zinternalizowana transfobia

zmienna	diagnoza transseksualizmu / dysforii płciowej							
	nie				tak			
	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność
zinternalizowana transfobia	1 5,97	5,57	0,107	0,032*	18,78	7,14	0,101	0,000**

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Wyniki testu Kołmogorowa-Smirnowa wskazują na konieczność odrzucenia hipotezy, zgodnie z którą rozkład analizowanej zmiennej w poszczególnych grupach jest normalny. Stąd też należy zastosować test U Manna-Whitneya.

Wyniki testu U Manna-Whitneya wykazują (tabela 115), że istnieje różnica w poziomie zinternalizowanej transfobii między osobami, które posiadają diagnozę transseksualizmu / dysforii płciowej, a osobami, które jej nie posiadają. Różnica ta jest statystycznie istotna. Hipoteza potwierdzona dla zinternalizowanej transfobii.

Tabela 115. Wyniki testu U Manna-Whitneya dla zmiennej – zinternalizowana transfobia

	U	Z popraw.	p	*effect size*
zinternalizowana transfobia	7 677,50	2,931	0,003**	0,160

** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

4. Występują różnice w strategiach radzenia sobie z transfobią, w spostrzeganej transfobii i w zinternalizowanej transfobii między osobami, które podjęły się prawnej korekty oznaczenia płci, a tymi, które nie podjęły się jej; osoby, które podjęły się prawnej korekty oznaczenia płci, deklarują niższy poziom

spostrzeganej transfobii niż osoby, które nie podjęły się jej; osoby, które podjęły się prawnej korekty oznaczenia płci, deklarują wyższy poziom zinternalizowanej transfobii niż osoby, które nie podjęły się jej.

Do zweryfikowania hipotezy, zgodnie z którą rozkłady zmiennej zależnej w każdej z dwóch grup są normalne, wykorzystano test zgodności Kołmogorowa-Smirnowa. Wyniki przedstawia tabela 116.

Tabela 116. Test Kołmogorowa-Smirnowa dla strategii radzenia sobie z transfobią

strategia radzenia sobie z transfobią	prawna korekta oznaczenia płci							
	nie				tak			
	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność
płciowo-normatywna	5,92	2,33	0,133	0,000**	5,89	2,06	0,210	0,000**
autoafirmująca	6,53	2,42	0,145	0,000**	6,82	2,41	0,127	0,005**
regulująca emocje	8,63	2,98	0,109	0,000**	9,00	2,66	0,124	0,007**
poznawczo-restrukturyzująca	9,55	3,18	0,115	0,000**	9,74	2,91	0,117	0,014*
społeczno-relacyjna	9,69	3,11	0,099	0,000**	9,01	3,30	0,188	0,000**
prewencyjno-przygotowawcza	8,13	2,15	0,198	0,000**	7,66	2,18	0,203	0,000**
odcinania się	6,53	2,06	0,128	0,000**	6,36	2,14	0,143	0,001**
korzystania z zasobów	5,64	3,06	0,208	0,000**	5,91	2,52	0,173	0,000**
duchowo-religijna	4,59	3,36	0,424	0,000**	4,41	2,56	0,411	0,000**
polityczno-upodmiotawiająca	11,16	3,04	0,106	0,000**	10,32	3,62	0,142	0,001**

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Wyniki testu Kołmogorowa-Smirnowa wskazują na konieczność odrzucenia hipotezy, zgodnie z którą rozkłady analizowanych zmiennych w poszczególnych grupach są normalne. Stąd też należy zastosować test U Manna-Whitneya.

Tabela 117. Wyniki testu U Manna-Whitneya dla strategii radzenia sobie z transfobią

strategia radzenia sobie z transfobią	U	Z popraw.	p	*effect size*
płciowo-normatywna	9 613,00	0,210	0,834	0,011
autoafirmująca	9 096,50	-0,911	0,362	0,050
regulująca emocje	9 136,00	-0,856	0,392	0,047
poznawczo-restrukturyzująca	9 377,00	-0,529	0,597	0,029
społeczno-relacyjna	8 797,50	1,312	0,190	0,071
prewencyjno-przygotowawcza	8 441,00	1,842	0,065	0,100
odcinania się	9 097,00	0,913	0,361	0,050
korzystania z zasobów	8 774,00	-1,367	0,172	0,074
duchowo-religijna	9 506,00	-0,453	0,651	0,025
polityczno-upodmiotawiająca	8 493,50	1,727	0,084	0,094

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Wyniki testu U Manna-Whitneya wykazują (tabela 117), że nie występują różnice pod względem poziomu stosowania strategii radzenia sobie z transfobią między osobami, które podjęły się prawnej korekty oznaczenia płci, a tymi, które nie podjęły się jej. Hipoteza odrzucona dla strategii radzenia sobie z transfobią.

Do zweryfikowania hipotezy, zgodnie z którą rozkłady spostrzeganej transfobii w każdej z dwóch grup są normalne, wykorzystano test zgodności Kołmogorowa-Smirnowa. Wyniki przedstawia tabela 118.

Wyniki testu Kołmogorowa-Smirnowa wskazują na konieczność odrzucenia hipotezy, zgodnie z którą rozkład analizowanej zmiennej w poszczególnych grupach jest normalny. Stąd też należy zastosować test U Manna-Whitneya.

Tabela 118. Test Kołmogorowa-Smirnowa dla zmiennej – spostrzegana transfobia

zmienna	prawna korekta oznaczenia płci							
	nie				tak			
	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność
spostrzegana transfobia	9,42	5,20	0,161	0,000**	7,96	3,60	0,173	0,000**

** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Tabela 119. Wyniki testu U Manna-Whitneya dla zmiennej – spostrzegana transfobia

zmienna	U	Z popraw.	p	*effect size*
spostrzegana transfobia	8 523,50	1,685	0,092	0,092

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Wyniki testu U Manna-Whitneya wykazują (tabela 119), że nie ma różnicy pod względem spostrzeganej transfobii między osobami, które podjęły się prawnej korekty oznaczenia płci, a tymi, które nie podjęły się jej. Hipoteza odrzucona dla spostrzeganej transfobii.

Do zweryfikowania hipotezy, zgodnie z którą rozkłady zmiennej zależnej w każdej z dwóch grup są normalne, wykorzystano test zgodności Kołmogorowa-Smirnowa. Wyniki przedstawia tabela 120.

Tabela 120. Test Kołmogorowa-Smirnowa dla zmiennej – zinternalizowana transfobia

zmienna	prawna korekta oznaczenia płci							
	nie				tak			
	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność
zinternalizowana transfobia	17,94	6,51	0,111	0,000**	18,93	8,20	0,132	0,003**

** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Wyniki testu Kołmogorowa-Smirnowa wskazują na konieczność odrzucenia hipotezy, zgodnie z którą rozkład analizowanej zmiennej w poszczególnych grupach jest normalny. Stąd też należy zastosować test U Manna-Whitneya.

Tabela 121. Wyniki testu U Manna-Whitneya dla zmiennej – zinternalizowana transfobia

zmienna	U	Z popraw.	p	*effect size*
zinternalizowana transfobia	9 435,50	-0,448	0,654	0,024

** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Wyniki testu U Manna-Whitneya wykazują (tabela 121), że nie ma różnicy pod względem zinternalizowanej transfobii między osobami, które podjęły się prawnej korekty oznaczenia płci, a tymi, które nie podjęły się jej. HIPOTEZA ODRZUCONA DLA ZINTERNALIZOWANEJ TRANSFOBII.

5. Występują różnice w strategiach radzenia sobie z transfobią, w spostrzeganej transfobii i w zinternalizowanej transfobii między osobami, które podjęły się hormonalnej terapii zastępczej, a tymi, które nie podjęły się jej; osoby, które podjęły się hormonalnej terapii zastępczej, deklarują niższy poziom spostrzeganej transfobii niż osoby, które nie podjęły się jej; osoby, które podjęły się hormonalnej terapii zastępczej, deklarują wyższy poziom zinternalizowanej transfobii niż osoby, które nie podjęły się jej.

Do zweryfikowania hipotezy, zgodnie z którą rozkłady zmiennej zależnej w każdej z dwóch grup są normalne, wykorzystano test zgodności Kołmogorowa-Smirnowa. Wyniki przedstawia tabela 122.

TABELA 122. Test Kołmogorowa-Smirnowa dla strategii radzenia sobie z transfobią

strategia radzenia sobie z transfobią	hormonalna terapia zastępcza							
	nie				tak			
	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność
płciowo-normatywna	5,85	2,43	0,127	0,000**	5,99	2,10	0,167	0,000**
autoafirmująca	6,51	2,45	0,149	0,000**	6,69	2,38	0,115	0,000**
regulująca emocje	8,65	3,09	0,135	0,000**	8,78	2,71	0,095	0,001**
poznawczo-restrukturyzująca	9,42	3,11	0,116	0,000**	9,78	3,13	0,133	0,000**
społeczno-relacyjna	9,82	3,13	0,107	0,000**	9,23	3,17	0,087	0,005**
prewencyjno-przygotowawcza	8,25	2,16	0,226	0,000**	7,78	2,15	0,166	0,000**
odcinania się	6,60	2,10	0,143	0,000**	6,38	2,05	0,116	0,000**
korzystania z zasobów	5,65	3,10	0,197	0,000**	5,76	2,78	0,192	0,000**
duchowo-religijna	4,56	3,35	0,415	0,000**	4,54	3,04	0,425	0,000**
polityczno-upodmiotawiająca	11,28	2,97	0,112	0,000**	10,63	3,39	0,133	0,000**

** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Wyniki testu Kołmogorowa-Smirnowa wskazują na konieczność odrzucenia hipotezy, zgodnie z którą rozkłady analizowanych zmiennych w poszczególnych grupach są normalne. Stąd też należy zastosować test U Manna-Whitneya.

Wyniki testu U Manna-Whitneya wykazują (tabela 123), że tylko w przypadku strategii prewencyjno-przygotowawczej występują różnice między osobami, które podjęły się hormonalnej terapii zastępczej, a tymi, które nie podjęły się jej. W przypadku pozostałych strategia i różnice te są statystycznie nieistotne. HIPOTEZA POTWIERDZONA DLA STRATEGII PREWENCYJNO-PRZYGOTOWAWCZEJ.

TABELA 123. Wyniki testu U Manna-Whitneya dla strategii radzenia sobie z transfobią

strategia radzenia sobie z transfobią	U	Z popraw.	p	*effect size*
płciowo-normatywna	13 908,00	-0,373	0,709	0,020
autoafirmująca	13 813,50	-0,479	0,632	0,026
regulująca emocje	14 084,00	-0,175	0,861	0,010
poznawczo-restrukturyzująca	13 112,50	-1,264	0,206	0,069
społeczno-relacyjna	12 678,50	1,748	0,080	0,095
prewencyjno-przygotowawcza	12 102,50	2,458	0,014*	0,134
odcinania się	13 054,50	1,336	0,182	0,073
korzystania z zasobów	13 303,50	-1,066	0,286	0,058
duchowo-religijna	14 167,50	-0,103	0,918	0,006
polityczno-upodmiotawiająca	12 691,50	1,738	0,082	0,095

* statystyczna istotność na poziomie 0,05.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Do zweryfikowania hipotezy, zgodnie z którą rozkłady zmiennej zależnej w każdej z dwóch grup są normalne, wykorzystano test zgodności Kołmogorowa-Smirnowa. Wyniki przedstawia tabela 124.

Wyniki testu Kołmogorowa-Smirnowa wskazują na konieczność odrzucenia hipotezy, zgodnie z którą rozkład analizowanej zmiennej w poszczególnych grupach jest normalny. Stąd też należy zastosować test U Manna-Whitneya.

Wyniki testu U Manna-Whitneya wykazują (tabela 125), że nie ma różnicy pod względem spostrzeganej transfobii między osobami, które podjęły się hormonalnej terapii zastępczej, a tymi, które nie podjęły się jej. Różnica ta jest statystycznie nieistotna. HIPOTEZA ODRZUCONA DLA SPOSTRZEGANEJ TRANSFOBII.

Tabela 124. Test Kołmogorowa-Smirnowa dla zmiennej – spostrzegana transfobia

zmienna	hormonalna terapia zastępcza							
	nie				tak			
	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność
spostrzegana transfobia	9,69	5,45	0,176	0,000**	8,44	4,19	0,172	0,000**

** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Tabela 125. Wyniki testu U Manna-Whitneya dla zmiennej – spostrzegana transfobia

zmienna	U	Z popraw.	p	*effect size*
spostrzegana transfobia	12 769,00	1,650	0,099	0,090

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Do zweryfikowania hipotezy, zgodnie z którą rozkłady zmiennej zależnej w każdej z dwóch grup są normalne, wykorzystano test zgodności Kołmogorowa-Smirnowa. Wyniki przedstawia tabela 126.

Tabela 126. Test Kołmogorowa-Smirnowa dla zmiennej – zinternalizowana transfobia

zmienna	hormonalna terapia zastępcza							
	nie				tak			
	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność
zinternalizowana transfobia	17,92	6,67	0,116	0,000**	18,43	7,19	0,112	0,000**

** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Wyniki testu Kołmogorowa-Smirnowa wskazują na konieczność odrzucenia hipotezy, zgodnie z którą rozkład analizowanej zmiennej w poszczególnych grupach jest normalny. Stąd też należy zastosować test U Manna-Whitneya.

Wyniki testu U Manna-Whitneya wykazują (tabela 127), że nie ma różnicy pod względem zinternalizowanej transfobii między osobami, które podjęły się

hormonalnej terapii zastępczej, a tymi, które nie podjęły się jej. Różnica ta jest statystycznie nieistotna. HIPOTEZA ODRZUCONA DLA ZINTERNALIZOWANEJ TRANSFOBII.

TABELA 127. Wyniki testu U Manna-Whitneya dla zmiennej zinternalizowana transfobia

zmienna	U	Z popraw.	p	*effect size*
zinternalizowana transfobia	13 784,50	-0,508	0,611**	0,028

** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

6. Występują różnice w strategiach radzenia sobie z transfobią, w spostrzeganej transfobii i zinternalizowanej transfobii między osobami, które podjęły się operacyjnej korekty płci, a tymi, które nie podjęły się jej; osoby, które podjęły się operacyjnej korekty płci, deklarują niższy poziom spostrzeganej transfobii niż osoby, które nie podjęły się jej; osoby, które podjęły się operacyjnej korekty płci, deklarują wyższy poziom zinternalizowanej transfobii niż osoby, które nie podjęły się jej.

Do zweryfikowania hipotezy, zgodnie z którą rozkłady zmiennej zależnej w każdej z dwóch grup są normalne, wykorzystano test zgodności Kołmogorowa-Smirnowa. Wyniki przedstawia tabela 128.

TABELA 128. Test Kołmogorowa-Smirnowa dla strategii radzenia sobie z transfobią

strategia radzenia sobie z transfobią	operacyjna korekta płci							
	nie				tak			
	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność
płciowo-normatywna	5,87	2,32	0,132	0,000**	6,30	1,79	0,272	0,000**
autoafirmująca	6,55	2,38	0,137	0,000**	6,97	2,65	0,183	0,003**
regulująca emocje	8,67	2,92	0,107	0,000**	9,05	2,86	0,113	0,200
poznawczo-restrukturyzująca	9,54	3,17	0,105	0,000**	10,00	2,65	0,134	0,093

(cd. tab. 128)

strategia radzenia sobie z transfobią	operacyjna korekta płci							
	nie				tak			
	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność
społeczno-relacyjna	9,70	3,12	0,097	0,000**	8,24	3,24	0,214	0,000**
prewencyjno-przygotowawcza	8,03	2,14	0,193	0,000**	7,97	2,35	0,236	0,000**
odcinania się	6,50	2,04	0,121	0,000**	6,41	2,37	0,169	0,009**
korzystania z zasobów	5,63	2,97	0,196	0,000**	6,27	2,76	0,207	0,000**
duchowo-religijna	4,44	3,19	0,425	0,000**	5,41	3,22	0,367	0,000**
polityczno-upodmiotawiająca	11,13	3,10	0,119	0,000**	9,73	3,66	0,124	0,166

** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Wyniki testu Kołmogorowa-Smirnowa wykazują, że tylko w przypadku osób, które podjęły się operacyjnej korekty płci, potwierdzono zgodność z rozkładem normalnym dla strategii: regulującej emocje, poznawczo-restrukturyzującej i polityczno-upodmiotawiającej. Wyniki dla pozostałych strategii wskazują na konieczność odrzucenia hipotezy, zgodnie z którą rozkłady analizowanych zmiennych w poszczególnych grupach są normalne. Stąd też należy zastosować test U Manna-Whitneya.

Wyniki testu U Manna-Whitneya wykazują (tabela 129), że tylko w przypadku strategii społeczno-relacyjnej, duchowo-religijnej i polityczno-upodmiotawiającej występują różnice między osobami, które podjęły się operacyjnej korekty płci, a osobami, które nie podjęły się jej. W pozostałych strategiach różnice te są statystycznie nieistotne. HIPOTEZA POTWIERDZONA DLA STRATEGII: SPOŁECZNO-RELACYJNEJ, DUCHOWO-RELIGIJNEJ, POLITYCZNO-UPODMIOTAWIAJĄCEJ.

Do zweryfikowania hipotezy, zgodnie z którą rozkłady zmiennej zależnej w każdej z dwóch grup są normalne, wykorzystano test zgodności Kołmogorowa-Smirnowa. Wyniki przedstawia tabela 130.

Tabela 129. Wyniki testu U Manna-Whitneya dla strategii radzenia sobie z transfobią

strategia radzenia sobie z transfobią	U	Z popraw.	p	*effect size*
płciowo-normatywna	5 090,50	-0,860	0,390	0,047
autoafirmująca	4 985,50	-1,048	0,295	0,057
regulująca emocje	5 110,50	-0,821	0,412	0,045
poznawczo-restrukturyzująca	5 177,50	-0,700	0,484	0,038
społeczno-relacyjna	4 263,00	2,337	0,019*	0,127
prewencyjno-przygotowawcza	5 558,00	-0,018	0,985	0,001
odcinania się	5 285,00	0,510	0,610	0,028
korzystania z zasobów	4 732,00	-1,523	0,128	0,083
duchowo-religijna	4 640,50	-2,126	0,033*	0,116
polityczno-upodmiotawiająca	4 354,00	2,180	0,029*	0,119

* statystyczna istotność na poziomie 0,05.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Tabela 130. Test Kołmogorowa-Smirnowa dla zmiennej – spostrzegana transfobia

zmienna	operacyjna korekta płci							
	nie				tak			
	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność
spostrzegana transfobia	9,15	5,02	0,158	0,000**	8,73	4,15	0,150	0,035*

* statystyczna istotność na poziomie 0,05; ** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Wyniki testu Kołmogorowa-Smirnowa wskazują na konieczność odrzucenia hipotezy, zgodnie z którą rozkład analizowanej zmiennej w poszczególnych grupach jest normalny. Stąd też należy zastosować test U Manna-Whitneya.

Wyniki testu U Manna-Whitneya wykazują (tabela 131), że nie ma różnicy pod względem spostrzeganej transfobii między osobami, które podjęły się operacyjnej korekty płci, a osobami, które nie podjęły się jej. Różnica ta jest statystycznie nieistotna. Hipoteza odrzucona dla spostrzeganej transfobii.

Tabela 131. Wyniki testu U Manna-Whitneya dla zmiennej – spostrzegana transfobia

zmienna	U	Z popraw.	p	*effect size*
spostrzegana transfobia	5 501,50	0,119	0,905	0,007

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Tabela 132. Test Kołmogorowa-Smirnowa dla zmiennej – zinternalizowana transfobia

zmienna	operacyjna korekta płci							
	nie				tak			
	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność	średnia	odchyl. standard.	statystyka K-S	istotność
zinternalizowana transfobia	18,07	6,87	0,103	0,000**	18,92	7,32	0,109	0,200

** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Do zweryfikowania hipotezy, zgodnie z którą rozkłady zmiennej zależnej w każdej z dwóch grup są normalne, wykorzystano test zgodności Kołmogorowa-Smirnowa. Wyniki przedstawia tabela 132.

Wyniki testu Kołmogorowa-Smirnowa wykazują, że tylko w grupie osób, które podjęły się operacyjnej korekty płci, rozkład zinternalizowanej transfobii jest normalny, natomiast wśród osób, które nie podjęły się jej, jest inny. Stąd też należy zastosować test U Manna-Whitneya.

Tabela 133. Wyniki testu U Manna-Whitneya dla zmiennej – zinternalizowana transfobia

zmienna	U	Z popraw.	p	*effect size*
zinternalizowana transfobia	5 195,50	-0,665	0,506**	0,036

** statystyczna istotność na poziomie 0,01.

Źródło: Badania i obliczenia własne.

Wyniki testu U Manna-Whitneya wykazują (tabela 133), że nie ma różnicy pod względem zinternalizowanej transfobii między osobami, które podjęły się operacyjnej korekty płci, a osobami, które nie podjęły się jej. Różnica ta jest statystycznie nieistotna. Hipoteza odrzucona dla zinternalizowanej transfobii.

Rozdział 6

Podsumowanie badań własnych

6.1. Dyskusja

6.1.1. Hipoteza 1

Przeprowadzone analizy statystyczne wykazały istotny pozytywny związek pomiędzy spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Wskazuje to, że wraz ze wzrostem spostrzeganej częstotliwości doświadczanej dyskryminacji i przemocy motywowanej uprzedzeniami wobec osób transpłciowych wzrasta poziom internalizacji transfobicznych przekonań wśród osób transpłciowych i niebinarnych (Hendricks i Testa, 2012; Testa i in., 2015; Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Staples i in., 2018; Lindley i Galupo, 2020).

Podobny związek zaobserwowano między dysforią płciową a spostrzeganą transfobią. Wraz ze wzrostem spostrzeganej transfobii rośnie dysforia płciowa. Spostrzegane doświadczenia transfobiczne mogą przyjmować charakter „unieważniania" płci doświadczanej przez osobę z mniejszości płciowych, co z kolei może wiązać się z nasilonym cierpieniem związanym z poczuciem niezgodności między płcią doświadczaną a tą przypisaną po urodzeniu oraz brakiem akceptacji ciała (Kozee i in., 2012; McLemore, 2015, 2018; Tabaac i in., 2018; Galupo i in., 2020; Lindley i Galupo, 2020).

W przypadku poczucia psychicznej męskości ujawniono odwrotną tendencję w odniesieniu do spostrzeganej transfobii – wraz ze wzrostem poczucia psychicznej męskości poziom spostrzeganej transfobii spadał. Zależność ta może być powiązana z normami dotyczącymi męskości (Thompson Jr. i Pleck, 1986; Mandal, 2003, 2004; Janicka i Kwiatkowski, 2016), wśród których wymieniana jest norma wytrzymałości/twardości. Poczucie wytrzymałości może wiązać się z mniejszą wrażliwością na odrzucenie (Feinstein, 2020; Meyer, 2020; Wells i in., 2020),

która z kolei potencjalnie wiąże się z wyższym poziomem spostrzeganej dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej uprzedzeniami wobec osób transpłciowych i niebinarnych. Alternatywnym wytłumaczeniem może być związek poczucia męskości z asertywnością, pozwalającą jednostce radzić sobie z doświadczaną transfobią poprzez umiejętne wyznaczanie granic innym, dbanie o swoje prawa (w tym jako osoby z mniejszości płciowej) (Thompson Jr. i Pleck, 1986; Mandal, 2003, 2004; Janicka i Kwiatkowski, 2016).

W przypadku spostrzeganego wsparcia społecznego analizy statystyczne wykazały istotny negatywny związek pomiędzy spostrzeganym emocjonalnym wsparciem społecznym a spostrzeganą transfobią. Wynik ten wskazuje, że szczególnie świadomość posiadania w swoim otoczeniu osoby lub osób, które darzą jednostkę sympatią i mogą ją pocieszyć, wiąże się z niższym poziomem spostrzeganych doświadczeń transfobicznych (Łuszczyńska i in., 2002).

W przypadku zmiennych osobowościowych w przeprowadzonej analizie statystycznej zaobserwowano istotny negatywny związek pomiędzy spostrzeganą transfobią oraz ekstrawersją i stabilnością emocjonalną. Wraz ze wzrostem poziomu ekstrawersji spada poziom spostrzeganej transfobii. Podobną zależność w swoich badaniach dotyczących osób z mniejszości seksualnych odnotowali Livingston i współpracownicy (2015). Zaobserwowany związek potencjalnie wynika z tego, że osoby opisujące się jako przyjacielskie, optymistyczne i aktywne mogą mieć wyższy poziom umiejętności społecznych (Zawadzki i in., 2007), pozwalających im lepiej identyfikować osoby i sytuacje społeczne, w których mogą doświadczać dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej transfobią. Alternatywnym wytłumaczeniem tego związku jest potencjalnie to, że osoby ekstrawertyczne mogą charakteryzować się niższą wrażliwością na odrzucenie (Brookings i in., 2003), co z kolei może wiązać się z niższą ich tendencją do spostrzegania zachowań innych jako motywowanych uprzedzeniami wobec osób z mniejszości płciowych.

Wraz ze wzrostem stabilności emocjonalnej spada spostrzegana transfobia. Związek ten może wynikać z tego, że osoby o wysokim poziomie stabilności emocjonalnej mają mniejszą tendencję do doświadczania lęku (Zawadzki i in., 2007), gniewu, co może wiązać się z mniej napiętymi relacjami społecznymi, co potencjalnie sprzyja rzadszemu doświadczaniu dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej uprzedzeniami wobec osób transpłciowych i niebinarnych. Drugi sposób rozumienia tego związku może być zbliżony do tego, który został opisany w kontekście ekstrawersji – osoby o wysokim neurotyzmie

(niskiej stabilności emocjonalnej) mogą charakteryzować się podwyższonym poziomem wrażliwości na odrzucenie (Livingston i in., 2015) i doświadczaniem lęku z nim związanego, a w konsekwencji doświadczaniem zniekształceń poznawczych (Beck, 2012), co może sprzyjać spostrzeganiu różnych zachowań ludzi jako motywowanych uprzedzeniami wobec osób z mniejszości płciowych (Feinstein, 2020; Meyer, 2020; Wells i in., 2020).

W przypadku stylów interpersonalnych w przeprowadzonej analizie statystycznej zaobserwowano istotne pozytywne związki pomiędzy spostrzeganą transfobią a stylem uległo-zależnym, wycofująco-masochistycznym, buntowniczo-podejrzliwym i agresywno-sadystycznym. Zaobserwowana relacja między poziomem spostrzeganej transfobii a stylem uległo-zależnym może wynikać z tego, że wraz ze wzrostem częstotliwości wydarzeń spostrzeganych jako transfobiczne wzrasta tendencja do zachowań submisywnych – okazywania podporządkowania oraz wyrażania podziwu wobec innych w celu pozyskania ich aprobaty, co może przekładać się na postrzeganie jednostki jako osoby nie dbającej o swoje granice i prawa (Leary, 1957), a to z kolei może się wiązać z większą podatnością na bycie obiektem dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej uprzedzeniami wobec osób transpłciowych i niebinarnych. Relacja pomiędzy spostrzeganą transfobią a stylem wycofująco-masochistycznym może wynikać z tego, że osoby stosujące ten styl przejawiają tendencję do submisywnej postawy oraz podejmowania się zachowań o charakterze bierno-agresywnym, co według Leary'ego (1957) może sprzyjać negatywnym reakcjom ze strony innych, w tym dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej transfobią. Natomiast zaobserwowany związek pomiędzy spostrzeganą transfobią a stylem buntowniczo-podejrzliwym może wiązać się z tym, że osoby stosujące ten styl interpersonalny przejawiają tendencję do zachowań bierno-agresywnych, nieufności wobec innych, co również może zwiększać prawdopodobieństwo negatywnych reakcji ze strony innych, w tym wynikających z uprzedzeń (Leary 1957). W przypadku związku między spostrzeganą transfobią a stylem agresywno-sadystycznym zaobserwowano w analizach statystycznych również pozytywny charakter tej relacji. Osoby stosujące ten styl interpersonalny przejawiają tendencję do podejmowania się zachowań agresywnych, co potencjalnie wiąże się ze zwiększonym ryzykiem występowania napięć w relacjach interpersonalnych (Leary, 1957; Pastwa-Wojciechowska i Kaźmierczak, 2018), w ramach których mogą one doświadczać zachowań motywowanych uprzedzeniami wobec osób z mniejszości płciowych.

W badaniu stwierdzono również istotność związku między spostrzeganą transfobią a samooceną. Wraz ze wzrostem spostrzeganej transfobii spadał poziom samooceny. Podobny związek zaobserwował Tabaac ze współpracownikami (2018) w badaniach przeprowadzonych na populacji osób transpłciowych i niebinarnych. Doświadczanie dyskryminacji i/lub przemocy może wiązać się np. z wewnętrzną atrybucją doświadczanych zachowań o charakterze transfobicznym, a to z kolei – z obniżoną samooceną.

Przeprowadzone analizy statystyczne wykazały istotne związki między spostrzeganą transfobią a strategiami radzenia sobie z transfobią – płciowo-normatywną, autoafirmującą i prewencyjno-przygotowawczą. W wypadku strategii płciowo-normatywnej zaobserwowano związek pozytywny. Z jednej strony stosowanie tej strategii wiąże się z modyfikowaniem swojego zachowania (jak i, do pewnego stopnia, wyglądu), tak aby odpowiadało cispłciowym normom doświadczanej płci przez jednostkę (Mizock i Mueser, 2014); strategia ta może być również pewnym sposobem legitymizacji (poprzez normatywne zachowanie i wygląd) w obliczu doświadczeń dyskredytujących znaczenie doświadczanej płci, co potencjalnie tłumaczy zaobserwowany związek. Z drugiej strony dostosowywanie zachowań i wyglądu do cispłciowych norm może wiązać się z dążeniem do ukrycia swojego statusu mniejszościowego, jeśli jednostka funkcjonuje w środowiskach, gdzie występuje wysoki poziom uprzedzeń wobec osób transpłciowych i niebinarnych, a dyskryminacja i/lub przemoc wobec nich jest akceptowana. W przypadku strategii autoafirmującej w przeprowadzonej analizie statystycznej zaobserwowano negatywny związek z poziomem spostrzeganej transfobii. Wspomniana autoafirmacja może wiązać się z pozytywną samooceną (Lannin i in., 2021), co z kolei może przekładać się na większe poczucie sprawczości i kompetencji (Mizock i Mueser, 2014), które może wiązać się z bardziej adaptacyjnym sposobami zarządzania relacjami interpersonalnymi (Janicka, 2021), potencjalnie przekładającymi się na niższy poziom spostrzeganej transfobii. Odwrotny związek zaobserwowano w przypadku strategii prewencyjno-przygotowawczej i spostrzeganej transfobii – wraz ze wzrostem spostrzeganej częstotliwości doświadczeń transfobicznych wzrasta poziom stosowania tej strategii. Ten sposób radzenia sobie ze stygmatyzacją ma wiązać się, według Mizock i Mueser (2014), z uważnym analizowaniem otoczenia pod kątem uprzedzeń wobec osób z mniejszości płciowych oraz tego, komu jednostka ujawni informacje dotyczące jej statusu mniejszościowego, co może być formą adaptacji do funkcjonowania w środowisku, gdzie

uprzedzenia oraz dyskryminacja i/lub przemoc wobec osób transpłciowych i niebinarnych są akceptowane.

W kontekście ujawniania informacji o swoim statusie mniejszościowym (przynależności do mniejszości płciowych) zaobserwowano istotny ujemny związek między poziomem tego ujawnienia wśród rodziny a spostrzeganą transfobią. Ujawnienie informacji o swoim statusie mniejszościowym w środowisku rodzinnym może potencjalnie wiązać się z pozyskaniem wsparcia z jego strony, poczuciem akceptacji (wpływającym na samoocenę) i w konsekwencji ustrzec jednostkę przed poszukiwaniem wsparcia i akceptacji w innych, potencjalnie mniej sprzyjających środowiskach i okolicznościach, w których jednostka ta mogłaby doświadczyć dyskryminacji i/lub przemocy (Grossman i in., 2005; Wilson i in., 2016; Liu i Wilkinson, 2017; Seibel i in., 2018; Weinhardt i in., 2019; Hailey i in., 2020) motywowanej uprzedzeniami wobec osób transpłciowych i niebinarnych. Podobne wyniki zostały zaprezentowane przez Bocktinga i współpracowników (2013).

6.1.2. Hipoteza 2

W badaniu ujawniono istotny pozytywny związek między zinternalizowaną transfobią a dysforią płciową. Doświadczane cierpienie na skutek niezgodności między płcią przypisaną po urodzeniu a tą doświadczaną może wpływać na spostrzeganie doświadczanej płci jako zjawiska nienormalnego, dlatego że powoduje cierpienie, co z kolei może wiązać się z silniejszymi negatywnymi przekonaniami na temat osób transpłciowych i niebinarnych (w tym siebie) (Kline i Randall, 2021).

Analiza statystyczna wykazała negatywny związek zinternalizowanej transfobii z poczuciem psychicznej męskości. Normy dotyczące tradycyjnie spostrzeganej męskości premiują zachowania asertywne, dążenie do dbania o swoje granice i dobrostan (Thompson Jr. i Pleck, 1986; Mandal, 2003, 2004), co z kolei może łączyć się z niższą tendencją do ukrywania statusu mniejszościowego (Hendricks i Testa, 2012; Testa i in., 2015; Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Lindley i Galupo, 2020) oraz niższą tendencją do internalizacji piętna.

Zaobserwowano istotny negatywny związek między zinternalizowaną transfobią a spostrzeganym wsparciem społecznym (emocjonalnym,

instrumentalnym oraz jego ogólnym poziomem). Wysokie spostrzegane wsparcie społeczne może wiązać się z funkcjonowaniem w mniej stygmatyzującym środowisku, a to z kolei może przekładać się na mniej doświadczeń transfobicznych, niższą antycypację odrzucenia, mniejszą tendencję do ukrywania statusu mniejszościowego (Testa i in., 2015; Rood i in., 2016; Rood, Reisner i in., 2017; Lindley i Galupo, 2020) i niższy poziom zinternalizowanej transfobii.

W przypadku zmiennych osobowościowych odnotowano istotne negatywne związki między zinternalizowaną transfobią a ekstrawersją, sumiennością, stabilnością psychiczną i otwartością na doświadczenia. Te związki mogą wynikać, z jednej strony, z wyższego poziomu umiejętności interpersonalnych, który potencjalnie wiąże się z pozytywniejszym przebiegiem relacji interpersonalnych (Zawadzki i in., 2007; Roberts i in., 2009; Widiger, 2009; Wilt i Revelle, 2009), niższym poziomem antycypacji odrzucenia, niższą tendencją do ukrywania statusu mniejszościowego (Hendricks i Testa, 2012; Testa i in., 2015; Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Feinstein, 2020; Lindley i Galupo, 2020; Meyer, 2020; Wells i in., 2020) i mniejszymi szansami na doświadczanie piętna i jego internalizacji; z drugiej strony zależności te mogą wynikać ze stosowania bardziej adaptacyjnych strategii regulacji emocji i mniej negatywnie nacechowanej emocjonalności, co może przekładać się na mniejszą tendencję do występowania zniekształceń poznawczych (Beck, 2012) oraz niższy poziom antycypacji odrzucenia i tendencji do ukrywania statusu mniejszościowego (Hendricks i Testa, 2012; Testa i in., 2015; Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Feinstein, 2020; Lindley i Galupo, 2020; Meyer, 2020; Wells i in., 2020), potencjalnie przyczyniających się do internalizacji piętna.

Wykazano istotne związki pomiędzy zinternalizowaną transfobią a stylem kierowniczo-autorytatywnym, wycofująco-masochistycznym oraz buntowniczo-podejrzliwym. Wraz ze wzrostem zinternalizowanej transfobii spada poziom stosowania stylu kierowniczo-autorytatywnego. Charakterystyczna dla tego stylu pewność siebie w relacjach interpersonalnych (Leary, 1957) może wiązać się z niższą tendencją do ukrywania swojego statusu mniejszościowego, jak również z niższym poziomem antycypacji odrzucenia, co z kolei wiąże się z niższym poziomem zinternalizowanej transfobii (Testa i in., 2015; Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Ashraf i Khan, 2019; Lindley i Galupo, 2020).

W przypadku relacji zachodzącej między stylem wycofująco-masochistycznym i buntowniczo-podejrzliwym a zinternalizowaną transfobią analizy statystyczne wykazały pozytywny związek. Style te wiążą się z jednej strony z większymi trudnościami z zachowaniem pozytywnych relacji interpersonalnych (Leary, 1957), co potencjalnie zwiększą ryzyko doświadczania ze strony innych zachowań motywowanych uprzedzeniami wobec osób z mniejszości płciowych. Z drugiej strony style te mogą oznaczać większą intensywność doświadczanego lęku i związanych z nim zniekształceń poznawczych (Beck, 2012), antycypację odrzucenia oraz tendencję do ukrywania statusu mniejszościowego (Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Feinstein, 2020; Lindley i Galupo, 2020; Meyer, 2020; Wells i in., 2020), co może łączyć się z wyższym poziomem zinternalizowanej transfobii.

Jak wykazała analiza statystyczna, istnieje negatywny związek między samooceną a zinternalizowaną transfobią. Posiadanie silnych negatywnych przekonań na temat osób z mniejszości płciowych w sytuacji, gdy jednostka sama do nich należy, może wiązać się u niej z niższym poczuciem własnej wartości (Austin i Goodman, 2017; Perrin i in., 2020; Drabish i Theeke, 2022).

W przypadku umiejętności interpersonalnych zaobserwowano istotne negatywne związki pomiędzy zinternalizowaną transfobią a umiejętnością nawiązywania kontaktów, wyrażania negatywnych emocji oraz ujawniania swojego statusu mniejszościowego. Wysoki poziom umiejętności społecznych może wiązać się z bardziej pozytywnymi doświadczeniami w relacjach interpersonalnych, wyższym dostępnym spostrzeganym wsparciem społecznym (Riggio i in., 1993). To natomiast potencjalnie oznacza mniejsze ryzyko doświadczania zachowań innych motywowanych uprzedzeniami wobec osób z mniejszości płciowych – co potencjalnie może przekładać się na niższy poziom zinternalizowania transfobii (Hendricks i Testa, 2012; Testa i in., 2015; Lindley i Galupo, 2020).

Przeprowadzone analizy statystyczne wykazały również istotne związki między zinternalizowaną transfobią a strategiami radzenia sobie z transfobią: płciowo-normatywną, autoafirmującą, regulującą emocje, społeczno-relacyjną, prewencyjno-przygotowawczą i polityczno-upodmiotawiającą. Wraz ze wzrostem poziomu stosowania strategii płciowo-normatywnej i prewencyjno-przygotowawczej wzrasta poziom zinternalizowanej transfobii. Strategia płciowo-normatywna charakteryzuje się dążeniem do dostosowania swojego funkcjonowania do cispłciowych norm (Mizock i Mueser, 2014; Ashraf i Khan, 2019), co może wiązać się z dezadaptacyjnymi przekonaniami na temat tego,

jak jednostka doświadcza płci (np. w sposób nienormatywny, „nienormalny"), i z wyższym poziomem zinternalizowania transfobii. Strategia prewencyjno-przygotowawcza ma charakteryzować się wzmożoną tendencją do analizowania środowiska, w którym się przebywa, pod kątem tego, czy jest ono bezpieczne dla osoby z mniejszości płciowych, także w kontekście ujawniania swojego statusu mniejszościowego (Mizock i Mueser, 2014; Ashraf i Khan, 2019), co potencjalnie wiąże się z większą tendencją to antycypacji odrzucenia oraz tendencją do ukrywania statusu mniejszościowego (Hendricks i Testa, 2012; Testa i in., 2015; Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Feinstein, 2020; Lindley i Galupo, 2020; Meyer, 2020; Wells i in., 2020), a w konsekwencji przekłada się na poziom zinternalizowanej transfobii. Z kolei wraz ze wzrostem poziomu stosowania strategii autoafirmującej, regulującej emocje, społeczno-relacyjnej i polityczno-upodmiotawiającej spada poziom zinternalizowanej transfobii. Strategie te mogą wiązać się z tworzeniem pozytywnych relacji interpersonalnych, mniejszą tendencją do doświadczania negatywnych emocji (Mizock i Mueser, 2014), np. lęku (i związanych z nim zniekształceń poznawczych, jak katastrofizowanie, czytanie w myślach) (Beck, 2012), antycypowania odrzucenia i ukrywania statusu mniejszościowego (Testa i in., 2015; Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Lindley i Galupo, 2020), oraz z budowaniem dumy ze swojej tożsamości mniejszościowej (Perrin i in., 2020) – co potencjalnie przekłada się na niższy poziom zinternalizowania transfobii.

W badaniu stwierdzono, że istnieje negatywny związek między zinternalizowaną transfobią a poziomem ujawnienia swojej transpłciowości, w przypadku zarówno ujawnienia wśród członków rodziny, w miejscu pracy i nauki, wśród znajomych, jak i ogólnego poziomu ujawnienia. Osoby, które w większości relacji interpersonalnych ujawniły swój status mniejszościowy, mogą w nich otrzymywać wsparcie i akceptację, co z kolei może wiązać się z silniejszym poczuciem dumy z przynależności do mniejszości płciowych (Perrin i in., 2020) i niższym poziomem zinternalizowania transfobii. Wyższy poziom ujawnienia swojej transpłciowości potencjalnie wiąże się również z niższą tendencją do antycypowania odrzucenia i ukrywania swojego statusu mniejszościowego, a ta – z niższym poziomem zinternalizowanego piętna wynikającego z przynależności do mniejszości płciowych (Testa i in., 2015; Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Ashraf i Khan, 2019; Feinstein, 2020; Lindley i Galupo, 2020; Meyer, 2020; Wells i in., 2020).

6.1.3. Hipoteza 3

Przeprowadzone analizy statystyczne wykazały istotny związek między dysforią płciową a ugodowością i stabilnością emocjonalną. Wraz ze wzrostem ugodowości wzrasta dysforia płciowa. Według Zawadzkiego i współpracowników (2007), osoby o wysokiej ugodowości mogą być prostoduszne i potulne, przejawiać wzmożoną tendencję do ufania innym, co potencjalnie wiąże się z większym ryzykiem doświadczania dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej transfobią, jak również cierpienia wynikającego z niezgodności pomiędzy płcią doświadczaną a tą przypisaną po urodzeniu (Lindley i Galupo, 2020). Wraz ze spadkiem stabilności emocjonalnej wzrasta dysforia płciowa. Większa tendencja do negatywnej emocjonalności może wiązać się z intensywniejszym i częstszym doświadczaniem dysforii płciowej (Zawadzki i in., 2007).

W przypadku stylów interpersonalnych odnotowano istotne pozytywne związki między dysforią płciową a stylem podtrzymująco-przesadnie opiekuńczym, współpracująco-przyjacielskim, uległo-zależnym i wycofująco-masochistycznym. Osoby stosujące styl podtrzymujaco-przesadnie opiekuńczy, według Leary'ego (1957), mogą przejawiać dążenie do dominacji w relacjach interpersonalnych, co potencjalnie przekłada się na bardziej konfliktowe relacje, w których jednostka może częściej doświadczać dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej transfobią, jak również cierpienia wynikającego z niezgodności pomiędzy płcią doświadczaną a tą przypisaną po urodzeniu (Lindley i Galupo, 2020). Podobny mechanizm, ale zależny od submisywności, może stać za specyfiką relacji stylów współpracująco-przyjacielskiego, uległo-zależnego i wycofująco-masochistycznego, których wspólnym komponentem jest uległość (Leary, 1957).

Związek między samooceną a dysforią płciową okazał się negatywny. Doświadczane cierpienie potencjalnie wiąże się z nasileniem przekonania o braku kompetencji (w kontekście radzenia sobie z cierpieniem) i byciu niewartym/niewartą miłości lub postrzeganiem doświadczanej płci jako wadliwej (np. dlatego, że powoduje ona cierpienie), co może wiązać się z obniżoną samooceną (Beck, 2012; Testa i in., 2015; Lindley i Galupo, 2020).

W przypadku umiejętności interpersonalnych wykazano pozytywny związek między dysforią płciową a umiejętnością nawiązywania kontaktu. Łatwość nawiązywania kontaktu może wiązać się z większą ilością kontaktów społecznych, a to z kolei – z większym ryzykiem wystąpienia sytuacji, w której jednostka może doświadczać dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej

uprzedzeniami wobec osób z mniejszości płciowych, jak również cierpienia spowodowanego niezgodnością płciową (Testa i in., 2015; Lindley i Galupo, 2020).

Jeżeli chodzi o strategie radzenia sobie z transfobią, zaobserwowano związki między dysforią płciową a strategią płciowo-normatywną, społeczno-relacyjną i duchowo-religijną. Wraz ze wzrostem poziomu stosowania strategii płciowo-normatywnej wzrasta dysforia płciowa. Stosowanie tej strategii wiąże się z dostosowywaniem swojego zachowania i wyglądu do cispłciowych norm w celu radzenia sobie z dyskryminacją i/lub przemocą motywowaną transfobią (Mizock i Mueser, 2014), co potencjalnie wiąże się z częstszym obserwowaniem niezgodności pomiędzy płcią przypisaną a tą doświadczaną oraz wynikającym z niej cierpieniem (Hendricks i Testa, 2012; Testa i in., 2015; Lindley i Galupo, 2020). Wraz ze wzrostem poziomu stosowania strategii społeczno-relacyjnej wzrasta dysforia płciowa. Ta strategia polega na budowaniu sieci kontaktów w celu stworzenia sobie bezpiecznego otoczenia wolnego od uprzedzeń wobec osób z mniejszości płciowych (Mizock i Mueser, 2014), co może wiązać się z większą ilością kontaktów interpersonalnych i większym ryzykiem wystąpienia sytuacji nasilających dysforię płciową (Hendricks i Testa, 2012; Testa i in., 2015; Lindley i Galupo, 2020). Wraz ze wzrostem poziomu stosowania strategii duchowo-religijnej spada poziom doświadczanej dysforii płciowej. Poszukiwanie znaczenia swoich przeżyć (w tym dotyczących niezgodności płciowej) w kontakcie z Bogiem oraz innych wymiarach duchowości (Mizock i Mueser, 2014) może prowadzić do tworzenia takiej ich interpretacji, która sprzyja mniej intensywnemu doświadczaniu dysforii płciowej.

Przeprowadzone analizy statystyczne wykazały istotny negatywny związek pomiędzy długością okresu funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje, a dysforią płciową. Dłuższy okres funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje, może wiązać się z większą szansą podjęcia się interwencji afirmujących płeć (hormonalnych i chirurgicznych), a to z kolei – z mniej intensywnym doświadczaniem dysforii płciowej (Lindgren i Pauly, 1975; Pauly i Lindgren, 1976; Gleming i in., 1982; Kuiper i Cohen-Kettenis, 1988; Fisher i in., 2014; Owen-Smith i in., 2018; Jones, Bouman i in., 2019).

Zaobserwowano pozytywne związki między okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje, a sumiennością i stabilnością emocjonalną. Wytrwałość i zmotywowanie do przeciwstawiania się trudnościom oraz emocjonalne przystosowanie (Zawadzki i in., 2007;

Roberts i in., 2009) potencjalnie wiąże się z wcześniejszym podjęciem się tranzycji społecznej (a co za tym idzie, prawdopodobnie niższą tendencją do ukrywania swojego statusu mniejszościowego) oraz dłuższym okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje (Hendricks i Testa, 2012; Testa i in., 2015; Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Lindley i Galupo, 2020).

Jeżeli chodzi o style interpersonalne, ujawniono negatywny związek między długością okresu funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje, a stylem wycofująco-masochistycznym. Styl ten wiąże się z nieśmiałością oraz samopotępianiem się (np. w konsekwencji zinternalizowanej transfobii) (Leary, 1957), co z kolei może wiązać się z krótszym okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje (Hendricks i Testa, 2012; Testa i in., 2015).

Zaobserwowano pozytywny związek pomiędzy samooceną a długością okresu funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje. Świadomość swojej wartości i kompetencji może wiązać się z większą gotowością do dbania o swój dobrostan, a to z kolei – z wcześniejszą tranzycją społeczną i dłuższym okresem funkcjonowania w roli zgodnej z płcią doświadczaną (Perrin i in., 2020).

W przypadku strategii radzenia sobie z transfobią wykazano związek między długością okresu funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje, a strategią autoafirmującą, prewencyjno-przygotowawczą i duchowo-religijną. Wraz ze wzrostem częstotliwości stosowania strategii autoafirmującej i duchowo-religijnej wzrasta długość okresu funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje. Strategie te wiążą się z budowaniem swojej wartości (oraz dumy z własnej tożsamości) i z umiejętnym nadawaniem znaczenia różnym doświadczanym przeciwnościom losu (Mizock i Mueser, 2014), co potencjalnie wiąże się z wcześniejszą tranzycją społeczną (Perrin i in., 2020) oraz dłuższym okresem funkcjonowania w roli zgodnej z płcią doświadczaną. Natomiast wraz ze wzrostem częstotliwości stosowania strategii prewencyjno-przygotowawczej skraca się okres funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje. Stosowanie tej strategii przejawia się w dokładnej analizie sytuacji, w których jednostka zamierza ujawnić swój status mniejszościowy, tak by zminimalizować szansę doświadczenia dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej transfobią, co może wiązać się z wyższą tendencją do antycypacji odrzucenia czy ukrywania

swojego statusu, ograniczeniem i opóźnieniem tranzycji społecznej, jak również krótszym okresem funkcjonowania w roli zgodnej z płcią doświadczaną (Testa i in., 2015; Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Feinstein, 2020; Lindley i Galupo, 2020; Meyer, 2020; Wells i in., 2020).

Badanie ujawniło pozytywne związki między dysforią płciową a poziomem ujawnienia swojej transpłciowości (w miejscu pracy/edukacji, wśród znajomych oraz poziomem ogólnym tego ujawnienia). Doświadczanie wsparcia społecznego potencjalnie wiąże się z funkcjonowaniem w środowisku z ograniczonym poziomem uprzedzeń wobec osób transpłciowych i niebinarnych, a to z kolei – z mniejszą szansą doświadczania dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej transfobią, mogących wyzwalać albo wzmagać cierpienie wynikające z niezgodności płciowej (Lindley i Galupo, 2020).

Jeżeli chodzi o poczucie psychicznej męskości, wykazano pozytywny związek z poziomem ujawnienia swojej transpłciowości (wśród członków rodziny, w miejscu pracy/edukacji, wśród znajomych oraz z poziomem ogólnym tego ujawnienia). Poczucie męskości wiąże się z dążeniem do przestrzegania jej norm (Thompson Jr. i Pleck, 1986; Mandal, 2003, 2004), zgodnie z którymi mężczyzna to np. osoba wytrzymała i dążąca do funkcjonowania w zgodzie ze sobą, a to z kolei – z potencjalnie wyższym poziomem ujawnienia swojego statusu mniejszościowego.

W przypadku poczucia psychicznej kobiecości również zaobserwowano istotny pozytywny związek z poziomem ujawnienia swojej transpłciowości (w miejscu pracy/edukacji, wśród znajomych, oraz z poziomem ogólnym ujawnienia swojej transpłciowości). Kobiecość może być powiązana zarówno z orientacją na bliskie relacje interpersonalne oraz potrzebą funkcjonowania w nich w zgodzie ze sobą, jak i z tendencją do ujawniania intymnych informacji o sobie – potencjalnie sprzyjającymi tendencji do ujawniania informacji o swoim statusie mniejszościowym (Shaffer i in., 1992; Mandal, 2003, 2004).

Związek między spostrzeganym wsparciem społecznym (instrumentalnym, emocjonalnym oraz jego ogólnym poziomem) a poziomem ujawnienia swojej transpłciowości (wśród członków rodziny, w miejscu pracy/edukacji, wśród znajomych oraz ogólnym jego poziomem) także okazał się pozytywny. Spostrzeganie wysokiego poziomu wsparcia społecznego może wiązać się z funkcjonowaniem w środowisku, w którym uprzedzenia wobec osób z mniejszości płciowych nie występują lub występują w stopniu ograniczonym, a to z kolei – z większą gotowością do ujawniania swojego statusu mniejszościowego

(Mizock i Mueser, 2014; Hendricks i Testa, 2012; Testa i in., 2015; Feinstein, 2020; Lindley i Galupo, 2020; Meyer, 2020; Wells i in., 2020).

Zaobserwowano pozytywny związek między ekstrawersją a poziomem ujawnienia swojej transpłciowości (wśród członków rodziny, w miejscu pracy/edukacji, wśród znajomych oraz poziomem ogólnym ujawnienia swojej transpłciowości). Osoby ekstrawertyczne przejawiają tendencję do doświadczania pozytywnych emocji, bycia towarzyskimi (Zawadzki i in., 2007), co może być związane z bardziej pozytywnym doświadczaniem relacji interpersonalnych oraz z większą gotowością do ujawniania swojego statusu mniejszościowego (Testa i in., 2015).

W przypadku ugodowości, analiza statystyczna wykazała pozytywny związek z poziomem ujawnienia swojej transpłciowości wśród znajomych. Szczerość oraz zaufanie, jakim obdarza innych osoba o wysokiej ugodowości (Zawadzki i in., 2007), mogą wiązać się z gotowością do ujawniania informacji o swoim statusie mniejszościowym wśród znajomych.

Jeżeli chodzi o sumienność, zaobserwowano pozytywny związek z poziomem ujawnienia swojej transpłciowości w rodzinie. Osoby o wysokim poziome sumienności cechują się wytrwałością i mogą przejawiać wysoki poziom zmotywowania w dążeniu do celów, które sobie postawiły (Zawadzki i in., 2007; Roberts i in., 2009), co w przypadku tranzycji społecznej i potencjalnych negatywnych reakcji rodziny na coming out jednostki (związanych np. z żałobą po roli płciowej dziecka doświadczaną przez niektórych rodziców) (LaSala, 2000) może wiązać się z większą gotowością do ujawniania swojego statusu mniejszościowego.

Wykazano pozytywny związek między stabilnością emocjonalną a poziomem ujawnienia swojej transpłciowości (w rodzinie, w miejscu pracy/edukacji, wśród znajomych oraz poziomem ogólnym ujawnienia swojej transpłciowości). Osoby o wysokiej stabilności emocjonalnej (niskim poziomie neurotyzmu) charakteryzują się mniej intensywnym doświadczaniem negatywnych emocji (Zawadzki i in., 2007), co może potencjalnie wiązać się z niższą tendencją do antycypowania odrzucenia i ukrywania swojego statusu mniejszościowego (Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Feinstein, 2020; Lindley i Galupo, 2020; Meyer, 2020; Wells i in., 2020).

Przeprowadzona analiza statystyczna pozwoliła stwierdzić pozytywny związek pomiędzy otwartością na doświadczenia a poziomem ujawnienia swojej transpłciowości (wśród rodziny, w miejscu pracy/edukacji, wśród znajomych oraz poziomem ogólnym ujawnienia swojej transpłciowości). Osoby o wysokim

poziomie tej cechy charakteryzują się większą otwartością na różne doświadczenia (Zawadzki i in., 2007; McCrae i Sutin, 2009), co może potencjalnie wiązać się z niższym poziomem internalizacji piętna, mniejszą tendencją do antycypowania odrzucenia i ukrywania swojego statusu mniejszościowego (Testa i in., 2015; Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Feinstein, 2020; Lindley i Galupo, 2020; Meyer, 2020; Wells i in., 2020).

W przypadku stylu kierowniczo-autorytatywnego zaobserwowano pozytywny związek z poziomem ujawnienia swojej transpłciowości (wśród znajomych, oraz z poziomem ogólnym ujawnienia swojej transpłciowości). Styl ten cechuje dążenie do dominacji w relacjach interpersonalnych (Leary, 1957), a to z kolei sprzyja potencjalnie mniej lękowemu doświadczaniu relacji i większej gotowości do ujawniania swojego statusu mniejszościowego (Testa i in., 2015).

Podobnie w przypadku stylu podtrzymująco-przesadnie opiekuńczego zaobserwowano pozytywy związek z poziomem ujawnienia swojej transpłciowości (w miejscu pracy/edukacji, wśród znajomych oraz z poziomem ogólnym ujawnienia swojej transpłciowości). Styl ten wiąże się, z jednej strony, z dążeniem do budowania bliskich relacji, ale opartych na dominacji w nich (Leary, 1957), co może potencjalnie wiązać się z mniejszą tendencją do antycypowania odrzucenia i ukrywania swojego statusu mniejszościowego oraz wyższym poziomem ujawnienia swojego statusu mniejszościowego (Testa i in., 2015; Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Lindley i Galupo, 2020).

Pozytywy związek z poziomem ujawnienia swojej transpłciowości (w miejscu pracy/edukacji, wśród znajomych oraz z poziomem ogólnym ujawnienia swojej transpłciowości) wykazano również w odniesieniu do stylu uległo-zależnego. Styl ten charakteryzuje się postawą uległą, gotowością do podporządkowania się w relacjach interpersonalnych, co może wiązać się potencjalnie z wyższą gotowością do ujawniania informacji o sobie w celu przeniesienia odpowiedzialności za siebie na innych (Leary, 1957), a to z kolei – z wyższym poziomem ujawnienia swojego statusu mniejszościowego.

Zaobserwowano negatywny związek pomiędzy stylem wycofująco-masochistycznym a poziomem ujawnienia swojej transpłciowości (wśród rodziny, w miejscu pracy/edukacji, wśród znajomych, oraz poziomem ogólnym ujawnienia swojej transpłciowości). Styl ten przejawia się nieśmiałością oraz samopotępianiem siebie (np. związanym ze zinternalizowaną transfobią) (Leary, 1957), co może z kolei wiązać się z tendencją do antycypowania odrzucenia

i ukrywania swojego statusu mniejszościowego oraz niższym poziomem ujawnienia informacji o swoim statusie mniejszościowym (Testa i in., 2015; Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Feinstein, 2020; Lindley i Galupo, 2020; Meyer, 2020; Wells i in., 2020).

W analizie dotyczącej stylu buntowniczo-podejrzliwego wykazano negatywny jego związek z poziomem ujawnienia swojej transpłciowości (wśród rodziny, w miejscu pracy/edukacji, wśród znajomych oraz z poziomem ogólnym jej ujawnienia). Styl buntowniczo-podejrzliwy charakteryzuje się brakiem zaufania wobec innych ludzi i w odniesieniu do motywów ich działania (Leary, 1957), co może wiązać się z niższym poziomem ujawnienia informacji o statusie mniejszościowym.

Zaobserwowano pozytywny związek między samooceną a poziomem ujawnienia swojej transpłciowości (wśród rodziny, w miejscu pracy/edukacji, wśród znajomych oraz poziomem ogólnym jej ujawnienia). Świadomość swojej wartości i swoich kompetencji może wiązać się z niższym poziomem zinternalizowanego piętna, mniejszą tendencją do antycypowania odrzucenia i ukrywania swojego statusu mniejszościowego oraz większą gotowością do ujawniania informacji o sobie (Testa i in., 2015; Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Lindley i Galupo, 2020).

W przeprowadzonych analizach zidentyfikowano pozytywny związek między umiejętnością nawiązywania kontaktu a poziomem ujawnienia swojej transpłciowości (wśród rodziny, w miejscu pracy/edukacji, wśród znajomych oraz poziomem ogólnym jej ujawnienia). Ta umiejętność potencjalnie wiąże się z budowaniem wspierających relacji interpersonalnych (Buhrmester i in., 1988), w których jednostka będzie czuła się bezpiecznie; to zaś – z mniejszą tendencją do antycypowania odrzucenia i ukrywania swojego statusu mniejszościowego oraz większą gotowością do ujawniania informacji o statusie mniejszościowym (Testa i in., 2015; Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Feinstein, 2020; Lindley i Galupo, 2020; Meyer, 2020; Wells i in., 2020).

Wykazano pozytywny związek pomiędzy umiejętnością wyrażania negatywnych emocji a poziomem ujawnienia swojej transpłciowości (w miejscu pracy/edukacji, wśród znajomych oraz poziomem ogólnym jej ujawnienia). Umiejętność ta potencjalnie wiąże się z wyższym poziomem asertywności (Buhrmester i in., 1988), a to z kolei – z większym poczuciem bezpieczeństwa w relacjach, mniejszą tendencją do antycypowania odrzucenia i większą gotowością do ujawniania informacji o statusie mniejszościowym (Testa i in., 2015;

Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Lindley i Galupo, 2020).

W badaniu zaobserwowano pozytywny związek między umiejętnością wyjawiania prywatnych informacji na swój temat a poziomem ujawnienia swojej transpłciowości (w miejscu pracy/edukacji, wśród znajomych oraz poziomem ogólnym jej ujawnienia). Wysoki poziom tej umiejętności (Buhrmester i in., 1988) może wiązać się z osiąganiem zamierzonych skutków wyjawiania prywatnych informacji i postrzegania tego jako niezagrażającego zachowania, a tym samym z potencjalnie większą gotowością jednostki do ujawniania informacji o swoim statusie mniejszościowym w relacjach innych niż relacje z rodziną.

W przypadku umiejętności zarządzania konfliktem oraz okazywania wsparcia emocjonalnego odnotowano pozytywny związek z poziomem ujawnienia swojej transpłciowości wśród znajomych. Umiejętności te zdają się łączyć z kształtowaniem pozytywnych, wspierających relacji interpersonalnych (Buhrmester i in., 1988), a to z kolei – z większą gotowością do ujawniania informacji o statusie mniejszościowym (Testa i in., 2015; Lindley i Galupo, 2020).

Wykazano pozytywny związek między strategią autoafirmującą i regulującą emocje a poziomem ujawnienia swojej transpłciowości (wśród rodziny, w miejscu pracy/edukacji, wśród znajomych oraz poziomem ogólnym jej ujawnienia). Strategie te są skupione na budowaniu pozytywnego wizerunku własnego, poczucia kompetencji oraz stabilności emocjonalnej w obliczu doświadczanej dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej transfobią (Mizock i Mueser, 2014), co może wiązać się z niższym poziomem zinternalizowania piętna, niższą tendencją do antycypacji odrzucenia oraz większą gotowością do ujawniania informacji o statusie mniejszościowym (Testa i in., 2015; Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Feinstein, 2020; Lindley i Galupo, 2020; Meyer, 2020; Wells i in., 2020).

W badaniu zaobserwowano pozytywny związek pomiędzy strategią poznawczo-restrukturyzującą a poziomem ujawnienia swojej transpłciowości (wśród rodziny, w miejscu pracy/edukacji oraz poziomem ogólnym jej ujawnienia). Umiejętność restrukturyzacji przekonań (dotyczących zarówno siebie, jak i innych) oraz nadawanie adaptacyjnego znaczenia napotykanym trudnościom (Mizock i Mueser, 2014) może wiązać się z niższą tendencją do antycypowania odrzucenia, a to z kolei – z większą gotowością do ujawniania informacji o statusie mniejszościowym (Testa i in., 2015; Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Feinstein, 2020; Lindley i Galupo, 2020; Meyer, 2020; Wells i in., 2020).

Analiza statystyczna wykazała pozytywny związek między strategią społeczno-relacyjną a poziomem ujawnienia swojej transpłciowości (wśród rodziny, w miejscu pracy/edukacji, wśród znajomych oraz poziomem ogólnym jej ujawnienia). Strategia ta polega na budowaniu sieci bezpiecznych relacji interpersonalnych, w których jednostka nie będzie doświadczać transfobii (Mizock i Mueser, 2014), co może łączyć się z większą gotowością do ujawniania informacji o swoim statusie mniejszościowym (Testa i in., 2015; Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Lindley i Galupo, 2020).

Związek między strategią prewencyjno-przygotowawczą a poziomem ujawnienia swojej transpłciowości (wśród rodziny, w miejscu pracy/edukacji, wśród znajomych oraz poziomem ogólnym jej ujawnienia) zidentyfikowano jako negatywny. Strategia ta polega na wnikliwej analizie tego, komu i w jakiej sytuacji jednostka może bezpiecznie ujawnić swoją tożsamość płciową, tak aby uniknąć doświadczania dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej transfobią (Mizock i Mueser, 2014), co może wiązać się z wyższą tendencją do antycypowania odrzucenia i ukrywania informacji o swoim statusie mniejszościowym (Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Lindley i Galupo, 2020).

W przypadku strategii duchowo-religijnej zaobserwowano negatywny związek z poziomem ujawnienia swojej transpłciowości w miejscu pracy/edukacji. Z jednej strony strategia ta skupia się na odnajdywaniu znaczenia swojego sposobu doświadczania płci oraz doświadczanej dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej uprzedzeniami wobec osób z mniejszości płciowych w kontakcie z Bogiem, istotą wyższą, w duchowości (Mizock i Mueser, 2014), co potencjalnie może wiązać się z mniejszą tendencją do poszukiwania wsparcia wśród ludzi oraz niższym poziomem ujawnienia informacji o statusie mniejszościowym (Testa i in., 2015). Z drugiej strony zangażowanie się w praktyki religijne, duchowe potencjalnie wiąże się z wyższym poziomem zinternalizowania piętna (Cragun i Sumerau, 2015; Ali i in., 2016; Huffaker i Kwon, 2016; Fisher, Castellini i in., 2017; Campbell i in., 2019; Greenburg i Gaia, 2019; Nagoshi i in., 2019; Rye i in., 2019; Kanamori i Xu, 2020; Pastwa-Wojciechowska i in., 2021), wyższą tendencją do antycypowania odrzucenia i ukrywania informacji o swoim statusie mniejszościowym (Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Feinstein, 2020; Lindley i Galupo, 2020; Meyer, 2020; Wells i in., 2020; Pastwa-Wojciechowska i in., 2021).

W badaniu odnotowano pozytywny związek między strategią polityczno-upodmiotawiającą a poziomem ujawnienia swojej transpłciowości (w miejscu

pracy/edukacji, wśród znajomych oraz poziomem ogólnym jej ujawnienia). Strategia ta polega na walce o prawa osób z mniejszości płciowych oraz kształtowaniu dumy z przynależności do nich (Mizock i Mueser, 2014; Perrin i in., 2020), co może łączyć się z większą gotowością do ujawniania informacji o statusie mniejszościowym.

Wykazany pozytywny związek między długością okresu funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje, a poziomem ujawnienia swojej transpłciowości (wśród rodziny oraz poziomem ogólnym jej ujawnienia) można łączyć z tym, że długość okresu funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z płcią doświadczaną potencjalnie zwiększa liczbę okazji do wyrażania swojego mniejszościowego statusu.

Zaobserwowano istotne związki pomiędzy poczuciem psychicznej męskości i kobiecości a strategią płciowo-normatywną. Wraz ze wzrostem poczucia psychicznej męskości spada częstotliwość stosowania tej strategii. Męskość łączy się z dążeniem do dominacji i niezależności, potrzebą osiągania wysokiego statusu (Thompson Jr. i Pleck, 1986; Mandal, 2003, 2004), z czego może wynikać tendencja do rzadszego stosowania strategii bazującej na podporządkowaniu się (cispłciowym) normom.

Wraz ze wzrostem poczucia psychicznej kobiecości wzrasta strategia płciowo-normatywna. Kobiecość łączy się z dążeniem do funkcjonowania w zgodzie z normami społecznymi (Mandal, 2003, 2004), co z kolei może się wiązać z częstszym stosowaniem strategii radzenia sobie z transfobią, która polega na dostosowywaniu swojego zachowania i wyglądu tak, by były one zgodne z dominującymi cispłciowymi normami dotyczącymi płci (Mizock i Mueser, 2014).

W analizie stwierdzono istotny pozytywny związek pomiędzy strategią płciowo-normatywną a ugodowością i sumiennością. Wysoki poziom ugodowości i sumienności łączy się z nastawieniem kooperacyjnym w relacjach, ale także z dążeniem do działania zgodnie z normami i obowiązkowością w obliczu oczekiwań i wyznaczonych sobie celów (Zawadzki i in., 2007; Graziano i Tobin, 2009; Roberts i in., 2009), co może wiązać się z większą gotowością do stosowania strategii polegającej na podporządkowywaniu się dominującym w społeczeństwie normom (Mizock i Mueser, 2014).

W przypadku stabilności emocjonalnej i otwartości na doświadczenia zaobserwowano negatywny związek ze strategią płciowo-normatywną. Wysoki poziom stabilności emocjonalnej (niski poziom neurotyzmu) i otwartości na doświadczenia charakteryzują się emocjonalnym przystosowaniem, jak

również niekonwencjonalnością (Zawadzki i in., 2007). Potencjalnie wiąże się to z jednej strony z niższym poziomem zinternalizowania piętna, niższą tendencją do antycypacji odrzucenia, a z drugiej z tendencją do funkcjonowania w zgodzie z płcią doświadczaną, niekoniecznie ograniczonego przez cispłciowe normy. To zaś może się łączyć z rzadszym stosowaniem strategii płciowo-normatywnej (Mizock i Mueser, 2014; Testa i in., 2015; Lindley i Galupo, 2020).

W badaniu zidentyfikowano istotny pozytywny związek między stylem podtrzymująco-przesadnie opiekuńczym, uległo-zależnym, wycofująco-masochistycznym a strategią płciowo-normatywną. W przypadku stylu podtrzymująco-przesadnie opiekuńczego, w którym występuje potrzeba dominacji w relacjach interpersonalnych (Leary, 1957), realizowanie jej może wiązać się z dążeniem do podporządkowania się normom w celu legitymizacji swojego statusu w relacjach, co może prowadzić do częstszego stosowania strategii polegającej na funkcjonowaniu w zgodzie z dominującymi w społeczeństwie normami (Mizock i Mueser, 2014)

W odniesieniu do strategii płciowo-normatywnej ujawniono negatywny związek z samooceną. Pozytywny wizerunek własny może się łączyć z ograniczoną potrzebą legitymizowania swojego sposobu doświadczania płci przez podporządkowywanie się cispłciowym normom, a w konsekwencji – z rzadszym stosowaniem tej strategii (Mizock i Mueser, 2014).

Został wykazany pozytywny związek między strategią autoafirmującą a poczuciem psychicznej kobiecości i męskości. Poczucie męskości wiąże się z pozytywną samooceną (Feather, 1985; Johnson i McCoy, 2000; Mandal, 2003, 2004), co może łączyć się z większą częstotliwością stosowania strategii polegającej na wzmacnianiu pozytywnego obrazu siebie (Mizock i Mueser, 2014).

Odnotowano pozytywny związek między strategią autoafirmującą a spostrzeganym wsparciem społecznym (instrumentalnym, emocjonalnym i ogólnym poziomem spostrzeganego wsparcia społecznego). Wysoki poziom spostrzeganego wsparcia społecznego może wiązać się ze spostrzeganą akceptacją siebie przez innych, co potencjalnie łączy się z poczuciem dumy ze swojego statusu mniejszościowego oraz większą gotowością do stosowania wspomnianej strategii (Mizock i Mueser, 2014; Perrin i in., 2020).

Związek między strategią autoafirmującą a ekstrawersją, ugodowością, sumiennością i stabilnością emocjonalną okazał się pozytywny. Osoby o wysokim poziomie tych cech charakteryzują się optymizmem, ufnością wobec innych, wytrwałością oraz emocjonalnym przystosowaniem (Zawadzki i in.,

2007; Roberts i in., 2009), co może wiązać się z większą gotowością do radzenia sobie z transfobią poprzez wzmacnianie w sobie poczucia pewności siebie, autentyczności, a także samoświadomości (Mizock i Mueser, 2014).

W kontekście stylów interpersonalnych przeprowadzone analizy statystyczne wykazały istotny pozytywny związek pomiędzy strategią autoafirmującą a stylem kierowniczo-autorytatywnym i współzawodniczącо-narcystycznym. Style te bazują na pewności i wierze w siebie w relacjach interpersonalnych (Leary, 1957), co może łączyć się z większą częstotliwością stosowania wspomnianej strategii.

Negatywny związek zaobserwowano między strategią autoafirmującą a stylem wycofująco-masochistycznym. Osoby stosujące ten styl charakteryzują się poczuciem niskiej wartości oraz uległością w relacjach interpersonalnych (Leary, 1957), co potencjalnie łączy się z rzadszym stosowaniem strategii polegającej na radzeniu sobie z transfobią poprzez wzmacnianie pewności siebie (Mizock i Mueser, 2014).

Zidentyfikowany pozytywny związek między strategią autoafirmującą a samooceną może wynikać z tego, że poczucie własnej wartości oraz świadomość własnych kompetencji potencjalnie warunkują częstsze stosowanie strategii opartej na wzmacnianiu pozytywnego obrazu siebie (Mizock i Mueser, 2014).

Wykazano pozytywną zależność między umiejętnością nawiązywania kontaktu, ujawniania siebie, zarządzania konfliktem a strategią autoafirmującą. Wysoki poziom umiejętności interpersonalnych może wiązać się z poczuciem kompetencji w tym zakresie, jak również z pozytywnymi relacjami interpersonalnymi (Buhrmester i in., 1988), w których jednostka jest akceptowana, co z kolei może łączyć się z częstszym stosowaniem strategii autoafirmującej (Mizock i Mueser, 2014).

W badaniu zaobserwowano pozytywny związek między strategią regulującą emocje a poczuciem psychicznej kobiecości i męskości. Można łączyć to z tym, że intensywne poczucie psychicznej kobiecości i męskości może wzmacniać tendencję do bardziej (w przypadku kobiecości) lub mniej (w przypadku męskości) prozdrowotnych zachowań (Sloan i in., 2015), obejmujących między innymi troskę o swoje zdrowie psychiczne w zakresie doświadczania emocji (Mizock i Mueser, 2014).

Stwierdzono również pozytywne związki pomiędzy strategią regulującą emocje a spostrzeganym wsparciem społecznym (instrumentalnym,

emocjonalnym oraz ogólnym poziomem spostrzeganego wsparcia społecznego). Wysoki poziom spostrzeganego wsparcia społecznego potencjalnie wiąże się z większą tendencją do podejmowania się zachowań prozdrowotnych (Kirchhoff i in., 2008; Debnam i in., 2012; Perrin i in., 2020), co może łączyć się z częstszym stosowaniem strategii regulującej emocje.

W kontekście osobowości wykazano istotne pozytywne związki między strategią regulującą emocje a ekstrawersją, sumiennością, stabilnością emocjonalną oraz otwartością na doświadczenia. Osoby o wysokim poziomie wspomnianych cech charakteryzują się optymizmem, wytrwałością, emocjonalnym przystosowaniem i pozytywnie oceniają własne doświadczenia (Zawadzki i in., 2007; McCrae i Sutin, 2009; Roberts i in., 2009; Widiger, 2009; Wilt i Revelle, 2009), co potencjalnie wiąże się z większą częstotliwością stosowania strategii radzenia sobie z transfobią poprzez regulowanie emocji w kontekście doświadczeń o charakterze dyskryminacyjnym i przemocowym (Mizock i Mueser, 2014).

Zaobserwowano pozytywne związki między strategią regulującą emocje a stylem kierowniczo-autorytatywnym, agresywno-sadystycznym oraz współzawodniczącо-narcystycznym. Osoby stosujące wspominane style charakteryzują się pewnością siebie, poczuciem kompetencji oraz dążeniem do dominowania w relacjach interpersonalnych (Leary, 1957; Pastwa-Wojciechowska i Kaźmierczak, 2018), co może wiązać się z wiarą we własne kompetencje oraz umiejętność radzenia sobie, potencjalnie sprzyjającą częstszemu stosowaniu strategii radzenia sobie z doświadczaną dyskryminacją i/lub przemocą polegającej na wykorzystywaniu wewnętrznych, osobistych zasobów (Mizock i Mueser, 2014).

W przypadku stylu wycofująco-masochistycznego ujawniono negatywny związek ze strategią regulującą emocje. Wspomniany styl charakteryzuje się niskim poczuciem kompetencji, samopotępieniem oraz tendencją do przejawiania uległości w relacjach interpersonalnych (Leary, 1957), co może wiązać się z niższą częstotliwością stosowania strategii radzenia sobie z doświadczaną dyskryminacją i/lub przemocą motywowaną uprzedzeniami wobec osób z mniejszości płciowych zasadzającej się na wykorzystywaniu osobistych zasobów (Mizock i Mueser, 2014).

Przeprowadzone analizy statystyczne wykazały pozytywny związek między strategią regulującą emocje a samooceną. Wysoka samoocena, w tym poczucie własnej kompetencji (Mar i in., 2006), może wiązać się ze stosowaniem strategii opierającej się na korzystaniu z zasobów osobistych (Mizock i Mueser, 2014).

Stwierdzono pozytywny związek między strategią regulującą emocje a umiejętnością nawiązywania kontaktu, wyrażania negatywnych emocji oraz ujawniania siebie. Wspomniane umiejętności mogą wiązać się z regulowaniem emocji (szczególnie dwie ostatnie) i poczuciem kompetencji w ich regulowaniu (Buhrmester i in., 1988), co może łączyć się z większą częstotliwością stosowania strategii opierającej się na regulowaniu emocji w sytuacji doświadczania dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej transfobią (Mizock i Mueser, 2014).

Związek między strategią poznawczo-restrukturyzującą a poczuciem psychicznej kobiecości okazał się pozytywny. Poczucie psychicznej kobiecości wiąże się z orientacją wspólnotową (Mandal, 2003, 2004; Wojciszke, 2009), co z kolei może sprzyjać częstszemu stosowaniu strategii polegającej między innymi na analizie motywów innych ludzi (Mizock i Mueser, 2014).

Jeżeli chodzi o style interpersonalne, w badaniu zaobserwowano pozytywne związki między strategią poznawczo-restrukturyzującą a stylem podtrzymująco-przesadnie opiekuńczym i uległo-zależnym. Style te charakteryzują się zaufaniem wobec innych, dążeniem do funkcjonowania w pozytywnych relacjach społecznych, co potencjalnie wiąże się z orientacją wspólnotową (Wojciszke, 2009) oraz większą gotowością do częstszego stosowania strategii opartej na analizie relacji społecznych (Mizock i Mueser, 2014).

W przypadku stylu buntowniczo-podejrzliwego analiza statystyczna wykazała negatywny związek ze strategią poznawczo-restrukturyzującą. Styl buntowniczo-podejrzliwy charakteryzuje się między innymi niskim poziomem zaufania wobec innych (Leary, 1957), co może się łączyć z większą sztywnością w analizowaniu motywów ich działania, a to z kolei – z niższą częstotliwością stosowania wspomnianej strategii.

Zidentyfikowano pozytywny związek między strategią poznawczo-restrukturyzującą a samooceną. Wysoka samoocena, w tym poczucie własnej kompetencji (Mar i in., 2006), może wiązać się ze stosowaniem strategii opierającej się na wykorzystaniu zasobów osobistych, takich jak umiejętność restrukturyzacji poznawczej (Mizock i Mueser, 2014).

W kontekście umiejętności interpersonalnych pozytywne związki ze strategią poznawczo-restrukturyzującą zaobserwowano w przypadku umiejętności nawiązywania kontaktu i zarządzania konfliktem. Umiejętności te wiążą się z refleksyjnym podejściem do relacji interpersonalnych oraz umiejętnym ich kształtowaniem (Buhrmester i in., 1988), co potencjalnie łączy się z większą

gotowością do częstszego stosowania strategii polegającej między innymi na analizie relacji społecznych i motywów działania innych w kontekście doświadczanej transfobii (Mizock i Mueser, 2014).

Przeprowadzone analizy statystyczne wykazały pozytywny związek między strategią społeczno-relacyjną a poczuciem psychicznej kobiecości i męskości. Poczucie psychicznej kobiecości wiąże się z orientacją wspólnotową (Mandal, 2003, 2004; Wojciszke, 2009), co może łączyć się z większą częstotliwością stosowania strategii bazującej na budowie bezpiecznych relacji interpersonalnych oraz sieci wsparcia (Mizock i Mueser, 2014). W przypadku poczucia psychicznej męskości, wiąże się z ono z dążeniem do realizacji tradycyjnych norm dotyczących męskości (Thompson Jr. i Pleck, 1986; Mandal, 2003, 2004), wśród których znajduje się między innymi norma dotycząca wysokiego statusu społecznego, co może łączyć się z wyższą gotowością do stosowania strategii społeczno-relacyjnej radzenia sobie z transfobią (Mizock i Mueser, 2014).

W badaniu zaobserwowano pozytywne związki między strategią społeczno-relacyjną a spostrzeganym wsparciem społecznym (instrumentalnym, emocjonalnym oraz ogólnym poziomem spostrzeganego wsparcia społecznego). Wysoki poziom wsparcia społecznego, a także spostrzeganie tego jako zasobu potencjalnie wiążą się z wyższą częstotliwością stosowania strategii opierającej się na korzystaniu ze wsparcia społecznego (Mizock i Mueser, 2014).

W przypadku osobowości wykazano pozytywne związki między strategią społeczno-relacyjną a ekstrawersją i ugodowością. Pozytywne doświadczanie relacji interpersonalnych charakteryzujące osoby o wysokim poziome ekstrawersji i ugodowości (Zawadzki i in., 2007) może wiązać się z wykorzystywaniem tych relacji do radzenia sobie z doświadczaną transfobią (Mizock i Mueser, 2014).

Stwierdzono pozytywny związek strategii społeczno-relacyjnej ze stylem podtrzymująco-przesadnie opiekuńczym, współpracująco-przyjacielskim oraz uległo-zależnym. Wspólnym elementem tych stylów jest dążenie do kształtowania pozytywnych relacji interpersonalnych (Leary, 1957) oraz spostrzeganie ich jako swojego zasobu, co potencjalnie łączy się z większą gotowością do stosowania strategii społeczno-relacyjnej radzenia sobie z transfobią.

W przypadku stylu buntowniczo-podejrzliwego zaobserwowano jego negatywny związek ze strategią społeczno-relacyjną. Charakterystycznymi elementami tego stylu są podejrzliwość wobec ludzi i spostrzeganie ich motywów działania jako skierowanych przeciwko jednostce (Leary, 1957), co może się

wiązać z niższą częstotliwością stosowania strategii polegającej na budowaniu relacji interpersonalnych oraz sieci wsparcia (Mizock i Mueser, 2014).

Związek między strategią społeczno-relacyjną a umiejętnościami interpersonalnymi (nawiązywania kontaktu, wyrażania negatywnych emocji, ujawniania siebie, zarządzania konfliktem oraz okazywania wsparcia emocjonalnego) okazał się pozytywny. Wysoki poziom umiejętności interpersonalnych może wiązać się z wyższym poziomem wsparcia społecznego (Segrin i in., 2016), a to z kolei – ze spostrzeganiem relacji jako zasobu, co potencjalnie łączy się z wyższą częstotliwością stosowania strategii społeczno-relacyjnej.

Zaobserwowano negatywny związek między strategią prewencyjno-przygotowawczą a poczuciem psychicznej męskości. Męskość wiąże się z dążeniem do podporządkowania się tradycyjnym normom dotyczącym męskości (Thompson Jr. i Pleck, 1986; Mandal, 2003, 2004; Janicka i Kwiatkowski, 2016), wśród których znajduje się norma dotycząca wysokiego statusu społecznego, wytrzymałości oraz antykobiecości, co może potencjalnie łączyć się z niższą częstotliwością stosowania strategii radzenia sobie z transfobią polegającej na antycypowaniu stygmatyzacji i odrzucenia oraz na związanym z tym selektywnym ujawnianiu swojego statusu mniejszościowego (Mizock i Mueser, 2014).

Analizy statystyczne wykazały negatywny związek pomiędzy strategią prewencyjno-przygotowawczą a poziomem spostrzeganego wsparcia społecznego (instrumentalnego, emocjonalnego oraz ogólnego poziomu spostrzeganego wsparcia społecznego). Niski poziom spostrzeganego wsparcia społecznego potencjalnie wiąże się z negatywnymi doświadczeniami w relacjach interpersonalnych, co może łączyć się z większą częstotliwością stosowania strategii, której elementem specyficznym jest antycypowanie stygmatyzacji i odrzucenia (Mizock i Mueser, 2014).

Stwierdzono negatywne związki między strategią prewencyjno-przygotowawczą a ekstrawersją i stabilnością emocjonalną. Niski poziom ekstrawersji i stabilności emocjonalnej (wysoki poziom neurotyzmu) charakteryzuje się między innymi pesymizmem, dystansowaniem w relacjach społecznych i niskim przystosowaniem emocjonalnym (Zawadzki i in., 2007), co może wiązać się z wyższą tendencją do antycypowania odrzucenia i ukrywaniem informacji o statusie mniejszościowym, a to z kolei potencjalnie łączy się z większą gotowością do stosowania strategii prewencyjno-przygotowawczej (Testa i in., 2015; Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Lindley i Galupo, 2020).

Biorąc pod uwagę style interpersonalne, wykazano pozytywny związek między strategią prewencyjno-przygotowawczą a stylem współpracująco-przyjacielskim, wycofująco-masochistycznym oraz buntowniczo-podejrzliwym. Styl współpracująco-przyjacielski cechuje dążenie do utrzymywania pozytywnych relacji interpersonalnych (Leary, 1957), co może wiązać się z większą tendencją do antycypowania odrzucenia oraz ukrywania informacji o statusie mniejszościowym, a także większą gotowością do stosowania strategii prewencyjno-przygotowawczej (Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Feinstein, 2020; Lindley i Galupo, 2020; Meyer, 2020; Wells i in., 2020). W przypadku stylu wycofująco-masochistycznego oraz buntowniczo-podejrzliwego elementem wspólnym jest tendencja do negatywnego doświadczana relacji interpersonalnych oraz uległości i wycofania w nich (Leary, 1957), co może się wiązać z wyższą częstotliwością stosowania wspomnianej strategii.

W badaniu zaobserwowano negatywny związek między strategią prewencyjno-przygotowawczą a samooceną. Niskie poczucie własnej wartości, w tym przekonanie o ograniczonych kompetencjach i brak sympatii do siebie (Mar i in., 2006), potencjalnie wiąże się z wyższą tendencją do antycypowania odrzucenia i ukrywania informacji o statusie mniejszościowym (Testa i in., 2015; Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Lindley i Galupo, 2020), niższym poziomem dumy ze swojej tożsamości (i przynależności do mniejszości płciowych) (Perrin i in., 2020) oraz większą częstotliwością stosowania strategii prewencyjno-przygotowawczej.

Szukając uwarunkowań ujawnionego w analizie negatywnego związku między strategią prewencyjno-przygotowawczą a umiejętnością nawiązywania kontaktu, wyrażania negatywnych emocji oraz ujawniania siebie, należy wskazać, że niski poziom umiejętności interpersonalnych może wiązać się z mniejszą ilością relacji oraz bardziej negatywnym ich charakterem (Segrin i in., 2016).

Wykazano negatywny związek między strategią odcinania się a ekstrawersją, otwartością na doświadczenia oraz umiejętnością ujawniania siebie. Osoby o niskim poziomie wymienionych cech i umiejętności charakteryzują się między innymi dystansem w relacjach interpersonalnych, konwencjonalnością, konserwatywnymi poglądami oraz trudnościami w ujawnianiu prywatnych informacji o sobie (Buhrmester i in., 1988; Zawadzki i in., 2007), co może wiązać się z wyższym poziomem zinternalizowania piętna, większą tendencją do antycypowania odrzucenia (Testa i in., 2015), niższym poziomem dumy ze swojej

tożsamości (i przynależności do mniejszości płciowych) (Perrin i in., 2020) oraz większą gotowością do stosowania strategii odcinania się.

Związek między strategią korzystania z zasobów a poczuciem psychicznej męskości i kobiecości okazał się pozytywny. Męskość wiąże się z dążeniem do podporządkowania tradycyjnym normom dotyczącym męskości (Brannon i David, 1976; Thompson Jr. i Pleck, 1986; Mandal, 2003, 2004; Janicka i Kwiatkowski, 2016), wśród których znajduje się norma dotycząca wysokiego statusu społecznego (oraz posiadania znacznych zasobów), co może się łączyć z częstszym stosowaniem wspomnianej strategii. Natomiast poczucie psychicznej kobiecości wiąże się ze społecznymi oczekiwaniami uległości w patriarchalnych społeczeństwach (Mandal, 2003, 2004), co potencjalnie łączy się z większą częstotliwością stosowania strategii polegającej na wykorzystywaniu zasobów różnych instytucji w celu radzenia sobie z transfobią (Mizock i Mueser, 2014).

W analizie został wykazany pozytywny związek pomiędzy strategią korzystania z zasobów a spostrzeganym wsparciem społecznym (instrumentalnym, emocjonalnym oraz ogólnym poziomem spostrzeganego wsparcia społecznego). Wysoki poziom spostrzeganego wsparcia może wiązać się z wyższym poczuciem uprawomocnienia do korzystania z dostępnych zasobów zewnętrznych, co potencjalnie łączy się z wyższą częstotliwością stosowania wspomnianej strategii (Mizock i Mueser, 2014).

Zaobserwowano pozytywny związek pomiędzy strategią korzystania z zasobów a ekstrawersją, ugodowością oraz sumiennością. Osoby o wysokim poziomie tych cech charakteryzuje między innymi optymizm, towarzyskość, pozytywne nastawienie do ludzi, wytrwałość i zmotywowanie w dążeniu do osiągnięcia celów (Zawadzki i in., 2007; Graziano i Tobin, 2009; Roberts i in., 2009; Wilt i Revelle, 2009), co może się wiązać z częstszym sięganiem po zasoby np. organizacji działających na rzecz osób z mniejszości płciowych (Mizock i Mueser, 2014).

Związek między strategią korzystania z zasobów a stylem kierowniczo-autorytatywnym, uległo-zależnym oraz współzawodniczącо-narcystycznym zidentyfikowano jako pozytywny. Wspólnym elementem stylu kierowniczo-autorytatywnego i współzawodniczącо-narcystycznego jest dążenie do dominacji w relacjach interpersonalnych (Leary, 1957), co może wiązać się z umiejętnością dbania o swoje prawa oraz dostępem do potrzebnych zasobów, a to z kolei – z większą częstotliwością stosowania wspomnianej strategii. Natomiast stosowanie stylu uległo-zależnego wiąże się ze wzbudzaniem poczucia

odpowiedzialności za jednostkę w otoczeniu oraz udzielaniem jej wsparcia (Leary, 1957), co potencjalnie łączy się z większą gotowością do stosowania strategii polegającej na radzeniu sobie z transfobią poprzez wykorzystywanie w tym celu zasobów organizacji lub innych osób (Mizock i Mueser, 2014).

Wykazano pozytywny związek między strategią korzystania z zasobów a umiejętnością nawiązywania kontaktu, wyrażania negatywnych emocji oraz ujawniania siebie. Wysoki poziom umiejętności interpersonalnych może wiązać się z funkcjonowaniem w bardziej przychylnych relacjach interpersonalnych i poczuciem kompetencji społecznych, a w konsekwencji sprzyjać stosowaniu wspomnianej strategii.

W badaniu zaobserwowano pozytywny związek pomiędzy strategią duchowo-religijną a poczuciem psychicznej kobiecości. Poczucie kobiecości wiąże się z dążeniem do realizowania przypisywanych jej norm płciowych, w których istotna jest duchowość, religijność, pobożność (Mandal, 2003, 2004), co może łączyć się z częstszym stosowaniem strategii radzenia sobie z transfobią polegającej na poszukiwaniu znaczenia negatywnych przeżyć w doświadczeniach duchowych i religijnych (Mizock i Mueser, 2014; Pastwa-Wojciechowska i in., 2021).

Analizy statystyczne wykazały negatywny związek pomiędzy strategią duchowo-religijną a stabilnością emocjonalną. Osoby o niskim poziomie stabilności emocjonalnej charakteryzują się skłonnością do odczuwania poczucia winy oraz obaw (Zawadzki i in., 2007), co może potencjalnie łączyć się poszukiwaniem akceptacji oraz nadawaniem adaptacyjnego znaczenia doświadczeniom związanym z dyskryminacją i/lub przemocą motywowaną transfobią poprzez praktyki duchowe, kontakt z Bogiem, istotą wyższą (Mizock i Mueser, 2014; Pastwa-Wojciechowska i in., 2021).

W przypadku stylów interpersonalnych zaobserwowano pozytywny związek pomiędzy strategią duchowo-religijną a stylem buntowniczo-podejrzliwym oraz współzawodniczącо-narcystycznym. Style te wiążą się z ograniczonym zaufaniem wobec innych (Leary, 1957), co może łączyć się z tendencją do radzenia sobie z transfobią, poprzez budowanie pozytywnych relacji nie z ludźmi, ale z Bogiem, wyższym bytem (Mizock i Mueser, 2014).

Stwierdzono pozytywny związek pomiędzy strategią polityczno-upodmiotawiającą a poczuciem psychicznej męskości i kobiecości. Męskość wiąże się z dążeniem do podporządkowania tradycyjnym normom dotyczącym męskości (Brannon i David, 1976; Thompson Jr. i Pleck, 1986; Mandal, 2003, 2004; Janicka i Kwiatkowski, 2016), wśród których znajduje się między innymi norma

dotycząca wysokiego statusu społecznego; może się to łączyć z częstszym stosowaniem strategii polegającej na aktywizmie na rzecz praw osób transpłciowych i niebinarnych oraz przeciwdziałaniu ich dyskryminacji (Mizock i Mueser, 2014). Natomiast poczucie psychicznej kobiecości wiąże się z orientacją wspólnotową (Mandal, 2003, 2004; Wojciszke, 2009), co może łączyć się z większą częstotliwością stosowania strategii polegającej między innymi na podejmowaniu się aktywności mającej na celu normalizację w opinii publicznej doświadczeń osób z mniejszości płciowych (Mizock i Mueser, 2014).

Ujawniony pozytywny związek pomiędzy strategią polityczno-upodmiotawiającą a spostrzeganym wsparciem społecznym (instrumentalnym, emocjonalnym oraz ogólnym poziomem spostrzeganego wsparcia społecznego) można wiązać z tym, że doświadczane wsparcie społeczne potencjalnie sprzyja poczuciu akceptacji oraz legitymizacji dążeń jednostki do ochrony swoich praw.

Zaobserwowano pozytywne związki pomiędzy strategią polityczno-upodmiotawiającą a ekstrawersją, ugodowością oraz otwartością na doświadczenia. Osoby o wysokim poziome wymienionych cech charakteryzują się optymizmem, towarzyskością, tendencją do obdarzania innych zaufaniem, wytrwałością i zmotywowaniem w dążeniu do realizacji celów (Zawadzki i in., 2007), z czym potencjalnie wiążą się: niski poziom zinternalizowania piętna, niska tendencja do antycypowania odrzucenia oraz ukrywania swojego statusu mniejszościowego (Rundall i Vecchietti, 2010; Testa i in., 2015; Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Feinstein, 2020; Lindley i Galupo, 2020; Meyer, 2020; Wells i in., 2020), a także wyższa częstotliwość stosowania strategii polityczno-upodmiotawiającej.

Jeśli chodzi o style interpersonalne, wykazano pozytywny związek pomiędzy strategią polityczno-upodmiotawiającą a stylem kierowniczo-autorytatywnym, podtrzymująco-przesadnie opiekuńczym oraz uległo-zależnym. Elementem wspólnym stylu kierowniczo-autorytatywnego i podtrzymująco-przesadnie opiekuńczego jest dążenie do dominacji w relacjach interpersonalnych (Leary, 1957), co może się wiązać z częstszym stosowaniem strategii polegającej na aktywizmie na rzecz praw osób transpłciowych i niebinarnych oraz przeciwdziałaniu ich dyskryminacji (Mizock i Mueser, 2014). Natomiast w przypadku stylu uległo-zależnego podstawowym dążeniem jest uzyskanie aprobaty oraz wsparcia w relacjach społecznych (Leary, 1957), co potencjalnie ma związek z częstszym radzeniem sobie z transfobią poprzez aktywizm na rzecz osób z mniejszości płciowych (Mizock i Mueser, 2014).

W badaniu zidentyfikowano pozytywny związek między strategią polityczno-upodmiotawiającą a samooceną. Pozytywna samoocena, w tym przekonanie o wysokich kompetencjach i sympatia do siebie, może być związana z dążeniem do radzenia sobie z dyskryminacją i/lub przemocą motywowaną transfobią poprzez działalność aktywistyczną (Mizock i Mueser, 2014).

Wykazano pozytywne związki między strategią polityczno-upodmiotawiającą a umiejętnościami interpersonalnymi (nawiązywania kontaktu, wyrażania negatywnych emocji, ujawniania siebie oraz okazywania wsparcia emocjonalnego). Wysoki poziom umiejętności interpersonalnych, jak również świadomość tego potencjalnie wiążą się z częstszym stosowaniem strategii polegającej na aktywizmie na rzecz praw osób transpłciowych i niebinarnych oraz przeciwdziałaniu ich dyskryminacji (Mizock i Mueser, 2014).

6.1.4. Hipoteza 4

W analizie statystycznej wykazano, że strategia płciowo-normatywna radzenia sobie z transfobią pośredniczy w relacji spostrzeganej transfobii i zinternalizowanej transfobii, gdzie poziom spostrzeganej dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej transfobią jest pozytywnym predyktorem częstości stosowania wspomnianej strategii, jak również poziomu zinternalizowania piętna.

Podobny charakter relacji zaobserwowano między mediatorem a zinternalizowaną transfobią. Zaobserwowano, że spostrzegana transfobia jest pozytywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ta zależność jest zgodna z założeniami zawartymi w modelu stresu mniejszościowego doświadczanego przez osoby transpłciowe (Testa i in., 2015; Lindley i Galupo, 2020). Częste doświadczanie transfobii przez osoby z mniejszości płciowych zdaje się przekładać na bardziej dezadaptacyjne przekonania dotyczące osób transpłciowych i niebinarnych oraz na ich wzmacnianie się; częstotliwość takich doświadczeń może bowiem legitymizować takie przekonania w oczach samych osób z mniejszości płciowych (Staples i in., 2018). Jak wskazują wyniki badania, częste doświadczanie dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej transfobią sprzyja stosowaniu strategii płciowo-normatywnej, polegającej na dostosowywaniu swoich zachowań oraz wyglądu do cispłciowych norm dotyczących płci (Mizock i Mueser, 2014).

Wspomniane dostosowywanie się do społecznych oczekiwań odnośnie do płci może z jednej strony sprzyjać osiąganiu wyższego poziomu passingu

(tj. poziomu bycia postrzeganą/postrzeganym jako przedstawicielka/przedstawiciel płci, z którą jednostka się identyfikuje) (Lombardi, 2009; Gerhardstein i Anderson, 2010; Sevelius, 2013; Xavier i in., 2013; Gamarel i in., 2014; Heylens, Verroken i in., 2014; Miller i Grollman, 2015; Begun i Kattari, 2016; Sun i in., 2016; Flores i in., 2020; Parr i Howe, 2020) oraz możliwości funkcjonowania w tzw. trybie *stealth* (tj. w zgodzie z płcią doświadczaną, równocześnie bez ujawniania swojego statusu mniejszościowego jako osoby transpłciowej), jak też potencjalnie przez to rzadszemu doświadczaniu dyskryminacji i przemocy motywowanej transfobią. Jednak z drugiej strony koncepcja passingu zdaje się nie być tak jednoznacznie pozytywna (Parr i Howe, 2020), ponieważ może wiązać się z dążeniem do niego wbrew sobie – np. z dostosowywaniem ekspresji płciowej nie do własnych potrzeb i sposobu doświadczania swojej płci, ale do oczekiwań społecznych, co potencjalnie sprzyja – jak wykazały niniejsze badania – internalizowaniu transfobicznych przekonań (na zasadzie „to, jak chcę funkcjonować, jest niezgodne z normami społecznymi, więc jest złe, jest odchyleniem"). Kwestia passingu może mieć szczególne znaczenie w wypadku osób niebinarnych, ponieważ jest on ściśle powiązany z cispłciowym – binarnym spostrzeganiem płci (podziałem na kobiety i mężczyzn); dążenie do passingu może więc mieć dodatkowo negatywny wpływ, gdy osoba doświadczająca swojej płci poza tą dychotomią poczuwa się do spełniania tych oczekiwań społecznych (bycia kobietą albo mężczyzną) (Budge i in., 2019; Scandurra i in., 2020). Natomiast funkcjonowanie w tzw. trybie *stealt*h może wiązać się z większą tendencją do antycypowania odrzucenia oraz ukrywania swojego statusu mniejszościowego (Rundall i Vecchietti, 2010; Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Lindley i Galupo, 2020), a także, jak wykazały prezentowane tu badania, do internalizowania transfobii (w myśl zasady: „jeśli muszę coś ukrywać, to znaczy, że jest to wstydliwe lub złe"). Strategia płciowo-normatywna w obliczu uzyskanych wyników zdaje się być zbiorem zachowań, które mogą wzmacniać wpływ spostrzeganej transfobii na poziom zinternalizowania piętna. W kontekście zinternalizowanej transfobii strategia ta jest nieadaptacyjna. Biorąc jednak pod uwagę poziom przemocy doświadczanej przez osoby z mniejszości płciowych (Kryszk i Kłonkowska, 2012; McNeil i in., 2012; Wilson, 2013; Nuttbrock i in., 2014, 2015b; Barrientos i in., 2016; Sughra i Imran, 2016; Haynes i Schweppe, 2017; Scandurra i in., 2017; Sterzing, Gartner i in., 2017; Sterzing, Ratiff i in., 2017; Jamel, 2018; Stojanovski i in., 2018; Baumann i in., 2019; Scandurra, Vitelli i in., 2019; Alessi i in. 2020;

Malta i in., 2020; Powell i in., 2020; Wirtz i in., 2020), strategia ta może być adaptacyjna w środowiskach, gdzie uprzedzenia i przemoc wobec osób transpłciowych i niebinarnych są akceptowane, może pomóc przetrwać.

Badanie wykazało również, że strategia autoafirmująca jest istotnym mediatorem relacji zachodzącej pomiędzy spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Spostrzegana transfobia okazała się być negatywnym predyktorem strategii autoafirmującej, a wspomniana strategia, z kolei, negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Doświadczanie dyskryminacji czy przemocy wynikającej z uprzedzeń wobec osób transpłciowych i niebinarnych może przekładać się na rzadsze stosowanie strategii radzenia sobie z transfobią polegającej na wzmacnianiu pewności siebie oraz poczucia autentyczności w obliczu takich doświadczeń (Mizock i Mueser, 2014). Można to tłumaczyć tym, że wspomniane doświadczenia wiążą się z obniżeniem samooceny (Drabish i Theeke, 2022; Mereish i in., 2022), będącej podstawowym zasobem wykorzystywanym w ramach wspomnianej strategii. Zaobserwowano, że taki sposób radzenia sobie z transfobią wiąże się ze spadkiem poziomu internalizacji piętna, co może wynikać z tego, że skupianie się na swoich mocnych stronach potencjalnie minimalizuje w tym przypadku intensywność wiary w dezadaptacyjne przekonania dotyczące osób z mniejszości płciowych (w tym siebie jako ich przedstawicielki/przedstawiciela).

Wykazano, że strategia prewencyjno-przygotowawcza pośredniczy w relacji zachodzącej między spostrzeganą i zinternalizowaną transfobią. Spostrzegana transfobia okazała się pozytywnym predyktorem strategii prewencyjno-przygotowawczej, a strategia ta – pozytywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Wyniki badania zdają się wskazywać, że im częściej jednostka doświadcza transfobii ze strony innych, tym większą ma tendencję do radzenia sobie z nią poprzez wnikliwe analizowanie tego, komu oraz w jakiej sytuacji ujawnić swój status mniejszościowy (Mizock i Mueser, 2014). W tym kontekście strategia ta zdaje się być adaptacyjna – potencjalnie wiąże się z rzadszym doświadczaniem dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej transfobią. Jednak dalsze analizy statystyczne wskazują również na jej dezadaptacyjny aspekt – częste stosowanie jej wpływa na wzrost poziomu internalizacji piętna związanego z przynależnością do mniejszości płciowych. Jak już wskazano w kontekście passingu oraz funkcjonowania w tzw. trybie *stealth*, może wiązać się to z nasiloną tendencją do antycypowania odrzucenia oraz tendencją do ukrywania swojego statusu mniejszościowego (Rundall i Vecchietti, 2010;

Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Feinstein, 2020; Lindley i Galupo, 2020; Meyer, 2020; Wells i in., 2020), a także modelowania przekonań zgodnie z zasadą „tylko coś złego, wstydliwego trzeba ukrywać", co może przekładać się na bardziej negatywne przekonania dotyczące osób niecisnormatywnych, w tym siebie.

Przeprowadzone analizy statystyczne wykazały, że ekstrawersja pośredniczy w relacji między spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią. Spostrzegana transfobia okazała się negatywnym predyktorem ekstrawersji, a ta z kolei – negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Doświadczenia transfobiczne zdają się obniżać poziom optymizmu i skłonności do wchodzenia w interakcje społeczne oraz doświadczania pozytywnych emocji (Zawadzki i in., 2007). Właśnie optymizm oraz niższa tendencja do doświadczania negatywnych emocji potencjalnie wiążą się z mniejszą tendencją do odczuwania lęku i mniejszą ilością zniekształceń poznawczych w formułowaniu sądów, co może przekładać się na bardziej adaptacyjne – mniej obarczone negatywnymi błędami poznawczymi (Beck, 2012) – sądy i przekonania dotyczące transpłciowości. Ekstrawersja wiąże się z towarzyskością oraz potencjalnie bardziej pozytywnymi relacjami interpersonalnymi, w których jednostka może doświadczać akceptacji oraz wsparcia, z czego może wynikać niższy poziom zinternalizowania transfobii (Testa i in., 2015; Lindley i Galupo, 2020).

Spostrzegana transfobia jest istotnym negatywnym predyktorem stabilności emocjonalnej. Wyniki zdają się wskazywać na to, że im częściej jednostka doświadcza dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej uprzedzeniami wobec osób z mniejszości płciowych, tym intensywniej doświadcza negatywnych emocji oraz trudności z ich regulacją (Zawadzki i in., 2007).

Ujawniono, że dysforia płciowa pośredniczy w relacji pomiędzy spostrzeganą a zinternalizowaną transfobią. Spostrzegana transfobia okazała się pozytywnym predyktorem dysforii płciowej, a ten – pozytywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Wyniki badań zdają się wskazywać, że doświadczana dyskryminacja lub przemoc motywowana uprzedzeniami wobec osób transpłciowych i niebinarnych nasilają cierpienie związane z poczuciem niezgodności między płcią przypisaną po urodzeniu a tą doświadczaną. Wspomniane doświadczenia potencjalnie wiążą się z unieważnianiem tego, jak osoba niecisnormatywna doświadcza swojej płci, np. poprzez negowanie istotności poczucia identyfikacji z daną płcią jako wyznacznika przynależności do niej, co może nasilać skupienie jednostki na tych aspektach swojego funkcjonowania (w tym

na ciele), które intensyfikują to cierpienie. Z kolei wyniki analiz statystycznych wskazują na to, że doświadczana dysforia płciowa nasila poziom zinternalizowania transfobii. Zależność ta może wynikać z tego, że osoba doświadczająca dysforii płciowej postrzega jako jej przyczynę swoją tożsamość płciową, a nie poczucie niezgodności pomiędzy płcią doświadczaną a tą przypisaną po urodzeniu, co w takim wypadku może wpływać na bardziej negatywne przekonania dotyczące osób z mniejszości płciowych, w tym siebie (Castellini i in., 2017; Fisher, Castellini i in., 2017; Lindley i Galupo, 2020).

W badaniu zaobserwowano, że spostrzegana transfobia jest istotnym negatywnym predyktorem poczucia psychicznej męskości. Doświadczanie dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej uprzedzeniami wobec osób transpłciowych i niebinarnych może wpływać na postrzeganie siebie jako ofiary (transfobii) oraz przekonanie o niespełnianiu tradycyjnych norm dotyczących męskości (Thompson Jr. i Pleck, 1986; Mandal, 2003, 2004; Janicka i Kwiatkowski, 2016), związanych np. z wysokim statusem społecznym czy wytrzymałością, co potencjalnie wiąże się z niższym poziomem deklarowanych cech stereotypowo łączonych z męskością.

Spostrzegane wsparcie społeczne (instrumentalne, emocjonalne oraz jego poziom ogólny) jest istotnym negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Wysoki poziom spostrzeganego wsparcia społecznego może wiązać się z funkcjonowaniem w bardziej przychylnym, akceptującym środowisku (w którym nie są akceptowane uprzedzenia wobec osób z mniejszości płciowych), w którym jednostka może jawnie, w zgodzie z płcią doświadczaną, funkcjonować, a w konsekwencji – z odczuwaniem dumy (ze swojego statusu mniejszościowego) oraz niższym poziomem zinternalizowania transfobii (Rundall i Vecchietti, 2010; Testa i in., 2015; Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Perrin i in., 2020).

Spostrzegana transfobia jest istotnym negatywnym predyktorem spostrzeganego emocjonalnego wsparcia społecznego. Doświadczanie dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej uprzedzeniami z jednej strony może wiązać się z podwyższoną czujnością, tendencją do monitorowania otoczenia, przede wszystkim pod względem potencjalnych zagrożeń, oraz ograniczonym dostrzeganiem dostępnego wsparcia (Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Lindley i Galupo, 2020); z drugiej strony częstsze doświadczanie transfobii ze strony innych może łączyć się z funkcjonowaniem w nieprzychylnym otoczeniu i z niższym poziomem wsparcia, jakie jednostka w nim uzyskuje.

Zaobserwowano, że spostrzegana transfobia jest istotnym negatywnym predyktorem samooceny. Doświadczanie przez jednostkę dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej transfobią potencjalnie wpływa na testowanie przekonań dotyczących siebie, a stres związany z takimi sytuacjami może sprzyjać występowaniu zniekształceń poznawczych (Beck, 2012) oraz wewnętrznej ich atrybucji, a tym samym skutkować dezadaptacyjnymi przekonaniami na swój temat (Drabish i Theeke, 2022).

Spostrzegana transfobia jest istotnym pozytywnym predyktorem umiejętności ujawniania siebie. Doświadczanie dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej uprzedzeniami wobec osób transpłciowych i niebinarnych potencjalnie może wpływać na wzrost motywacji do rozwijania umiejętności ujawniania informacji między innymi o swoim statusie mniejszościowym w bezpieczny sposób (Singh i in., 2011; Mizock i Mueser, 2014; Mizock, Woodrum i in., 2017).

Badanie wykazało, że spostrzegana transfobia jest również pozytywnym predyktorem stylu uległo-zależnego, wycofująco-masochistycznego, buntowniczo-podejrzliwego oraz agresywno-sadystycznego. W przypadku trzech pierwszych stylów doświadczanie transfobii ze strony innych zdaje się nasilać tendencję do podporządkowywania się i ograniczonego zaufania wobec innych oraz tendencje odwetowe i bardziej agresywne postawy w relacjach interpersonalnych w przypadku stylu agresywno-sadystycznego (Leary, 1957; Pastwa-Wojciechowska i Kaźmierczak, 2018).

Zaobserwowano także, że spostrzegana transfobia jest negatywnym predyktorem poziomu ujawnienia swojej transpłciowości wśród członków rodziny. Doświadczanie dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej uprzedzeniami wobec osób z mniejszości płciowych zdaje się nasilać tendencję zarówno do antycypowania odrzucenia, jak i do ukrywania swojego statusu mniejszościowego (Rundall i Vecchietti, 2010; Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Lindley i Galupo, 2020).

6.1.5. Hipoteza 5

Przeprowadzone analizy statystyczne wykazały, że spostrzegane wsparcie społeczne pośredniczy w relacji zachodzącej między ekstrawersją a zinternalizowaną transfobią. Ekstrawersja jest negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii oraz pozytywnym predyktorem spostrzeganego wsparcia

społecznego. Osoby o wysokim poziome tej cechy charakteryzują się optymizmem, większą tendencją do doświadczania pozytywnych emocji (Zawadzki i in., 2007; Wilt i Revelle, 2009), co może wiązać się z niższą tendencją do doświadczania negatywnych zniekształceń poznawczych, potencjalnie wpływających na formułowanie negatywnych sądów na temat osób z mniejszości płciowych (w tym siebie jako ich przedstawiciela/przedstawicielki) (Beck, 2012). Wysoki poziom ekstrawersji sprzyja pozyskiwaniu wsparcia społecznego, potencjalnie wiążącego się z bardziej pozytywnymi relacjami interpersonalnymi oraz funkcjonowaniem jednostki w bardziej akceptującym otoczeniu, w którym może ona doświadczać mniej transfobii ze strony innych (w postaci np. wykluczenia, mikroagresji czy różnych form przemocy); wszystko to może przekładać się na niższy poziom zinternalizowania piętna (Testa i in., 2015; Lindley i Galupo, 2020).

Zaobserwowano, że sumienność jest istotnym statystycznie negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Osoby o wysokim poziomie sumienności charakteryzują się niską impulsywnością, wysokim zorientowaniem na cel i motywacją, co potencjalnie faworyzuje mniej konfliktowe funkcjonowanie w relacjach interpersonalnych; to natomiast może skutkować niższym poziomem doświadczanej transfobii ze strony innych, przekładającym się na niższy poziom internalizacji piętna (Meyer, 2003; Roberts i in., 2009; Testa i in., 2015; Lindley i Galupo, 2020).

W przeprowadzonym badaniu ujawniono, że spostrzegane wsparcie społeczne pośredniczy w relacji zachodzącej pomiędzy stabilnością emocjonalną a zinternalizowaną transfobią. Stabilność emocjonalna jest negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii oraz pozytywnym predyktorem spostrzeganego wsparcia społecznego. Osoby o wysokim poziomie stabilności emocjonalnej charakteryzują się (Costa i McCrae, 1992; Zawadzki i in., 2007; Widiger, 2009) niskim poziomem wrogości, agresywności i lęku między innymi w relacjach społecznych, co potencjalnie wiąże się z bardziej pozytywnym charakterem tych relacji dla jednostki (jak i wyższym poziomem spostrzeganego wsparcia dostępnego w ich ramach), to z kolei – z niższym poziomem doświadczania transfobii ze strony innych, a w rezultacie niższym poziomem zinternalizowania piętna (Testa i in., 2015; Lindley i Galupo, 2020).

Odnotowano, że spostrzegane wsparcie społeczne pośredniczy w relacji zachodzącej między otwartością na doświadczenia a zinternalizowaną transfobią. Otwartość na doświadczenia jest negatywnym predyktorem zinternalizowanej

transfobii oraz pozytywnym predyktorem spostrzeganego wsparcia społecznego. Wysoki poziom tej cechy wiąże się (Costa i McCrae, 1992; Zawadzki i in., 2007; McCrae i Sutin, 2009) z bardziej konserwatywnym światopoglądem, co może wpływać na bardziej negatywne przekonania dotyczące osób transpłciowych (Tee i Hegarty, 2006; Warriner i in., 2013; Willoughby i in., 2010; Jakubowski, 2018b; Nagoshi i in., 2019; Prusaczyk i Hodson, 2019; Rye i in., 2019; Cabrera i in., 2021; Platt i Szoka, 2021).

Badanie pozwoliło stwierdzić, że dysforia płciowa jest istotnym pozytywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Doświadczanie cierpienia wynikającego z niezgodności pomiędzy płcią przypisaną po urodzeniu a tą doświadczaną potencjalnie wpływa na spostrzeganie cierpienia jako nieodłącznego elementu transpłciowości, co może przekładać się na bardziej negatywne postrzeganie osób z mniejszości płciowych (w tym siebie) (Castellini i in., 2017; Fisher, Castellini i in., 2017; Lindley i Galupo, 2020).

Spostrzegane wsparcie społeczne, jak wykazano, pośredniczy w relacji zachodzącej między poczuciem psychicznej męskości a zinternalizowaną transfobią. Poczucie psychicznej męskości jest istotnym negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii oraz pozytywnym predyktorem spostrzeganego wsparcia społecznego. Poczucie męskości może wiązać się z dążeniem do realizowania tradycyjnych norm dotyczących męskości, między innymi dotyczących wysokiego statusu (Thompson Jr. i Pleck, 1986; Mandal, 2003, 2004), a to – z dążeniem do pozyskiwania zasobów, takich jak np. wsparcie społeczne. W kontekście poziomu zinternalizowania piętna poczucie męskości może wiązać się z dążeniem do podporządkowania się normie dotyczącej wytrzymałości (Thompson Jr. i Pleck, 1986; Mandal, 2003, 2004), co w przypadku adaptacyjnych form jej realizowania może sprzyjać wyższej samoocenie (Johnson i McCoy, 2000; Austin i Goodman, 2017) oraz niższemu poczuciu zinternalizowania piętna (Testa i in., 2015).

Podobnie w przypadku relacji zachodzącej pomiędzy samooceną a spostrzeganą transfobią, spostrzegane wsparcie społeczne jest istotnym mediatorem. Samoocena jest negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii oraz pozytywnym predyktorem spostrzeganego wsparcia społecznego. Pozytywny sposób spostrzegania siebie zdaje się sprzyjać obniżeniu poziomu zinternalizowania piętna. Wynikać to może z tego, że jednostka posiadająca pozytywną samoocenę będzie wnioskować, że inne osoby z mniejszości płciowych są do niej podobne (równie wartościowe), co zaś przełoży się na większą świadomość

tego, że negatywne przekonania dotyczące osób transpłciowych i niebinarnych są wynikiem uprzedzeń (i nierówności z nich wynikających), a nie odzwierciedleniem wewnętrznych predyspozycji tych osób (oraz swoich własnych, osoby przynależącej do tych mniejszości) (Perrin i in., 2020). W kontekście wsparcia społecznego pozytywna samoocena potencjalnie wpływa na większą gotowość jednostki do wchodzenia w relacje interpersonalne o pozytywnym charakterze, w których łatwiej jednostce pozyskać wsparcie.

Przeprowadzone analizy statystyczne wykazały, że umiejętność nawiązywania kontaktu jest istotnym statystycznie negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Ta umiejętność (Buhrmester i in., 1988) zdaje się sprzyjać pozyskiwaniu pozytywnych akceptujących relacji interpersonalnych, w których jednostka ma potencjalnie mniejsze szanse na doświadczanie transfobii ze strony innych i tym samym mniej okazji do internalizowania uprzedzeń wobec osób transpłciowych i niebinarnych (Mizock i Mueser, 2014; Testa i in., 2015; Mizock, Woodrum i in., 2017; Lindley i Galupo, 2020).

W badaniu ujawniono, że postrzegane wsparcie społeczne pośredniczy w relacji zachodzącej pomiędzy umiejętnością wyrażania negatywnych emocji a zinternalizowaną transfobią. Umiejętność wyrażania negatywnych emocji jest negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii oraz pozytywnym predyktorem spostrzeganego wsparcia społecznego. Umiejętność ta wiąże się z umiejętnością stawiania granic i dbaniem o swoje prawa w relacjach interpersonalnych (Buhrmester i in., 1988), co może przekładać się na wyższy poziom spostrzeganego wsparcia, ponieważ jednostka potencjalnie aktywniej dąży do realizowania swoich potrzeb, oraz na niższy poziom internalizacji piętna wynikającego z przynależności do mniejszości płciowych, ponieważ jednostka potencjalnie aktywniej przeciwstawia się doświadczanej dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej uprzedzeniami wobec osób transpłciowych i niebinarnych (Perrin i in., 2020).

Odnotowano, że umiejętność ujawniania siebie jest istotnym statystycznie negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii. Umiejętne ujawnianie prywatnych informacji (Buhrmester i in., 1988) może przekładać się na wyższy poziom ujawnienia swojego statusu mniejszościowego oraz mniejszą tendencję do antycypowania odrzucenia, co może łączyć się z niższym poziomem zinternalizowania piętna (Testa i in., 2015; Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Feinstein, 2020; Lindley i Galupo, 2020; Meyer, 2020; Wells i in., 2020).

Spostrzegane wsparcie społeczne, jak stwierdzono w badaniu, mediuje relację między stylem kierowniczo-autorytatywnym a zinternalizowaną transfobią. Styl ten jest negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii oraz pozytywnym predyktorem spostrzeganego wsparcia społecznego. Charakterystyczna dla tego stylu jest pewność siebie oraz dążenie do dominacji w relacjach interpersonalnych (Leary, 1957). Potencjalnie wiąże się to z rzadszym doświadczaniem transfobii ze strony innych, niższą tendencją do ukrywania swojego statusu mniejszościowego oraz do antycypowania odrzucenia, co może przekładać się na niższym poziom zinternalizowania transfobii (Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Lindley i Galupo, 2020).

Również w przypadku relacji zachodzącej między stylem wycofująco-masochistycznym a zinternalizowaną transfobią spostrzegane wsparcie społeczne jest jej mediatorem. Wspomniany styl jest istotnym pozytywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii oraz negatywnym predyktorem spostrzeganego wsparcia społecznego. Charakterystyczne dla tego stylu jest dążenie do podporządkowania się w relacjach interpersonalnych czy też wycofywanie się z nich, jak również tendencja do samopotępiania siebie (Leary, 1957), co może sprzyjać negatywnemu doświadczaniu relacji, co z kolei może przyczyniać się do występowania wyższej tendencji do antycypowania odrzucenia i ukrywania swojego statusu mniejszościowego, a to – do modelowania bardziej dezadaptacyjnych przekonań na temat osób transpłciowych oraz siebie w tym kontekście (Testa i in., 2015; Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Lindley i Galupo, 2020).

To samo dotyczy relacji zachodzącej między stylem buntowniczo-podejrzliwym a zinternalizowaną transfobią – spostrzegane wsparcie społeczne jest jej istotnym mediatorem. Wspomniany styl jest istotnym pozytywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii oraz negatywnym predyktorem spostrzeganego wsparcia społecznego. Charakterystyczna dla tego stylu podejrzliwość wobec ludzi (Leary, 1957) z jednej strony zdaje się zwiększać tendencję jednostki do ukrywania swojego statusu mniejszościowego oraz antycypowania odrzucenia, z drugiej strony może sprzyjać negatywnym doświadczeniom w relacjach interpersonalnych (w tym dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej transfobią), co w obu przypadkach może przekładać się na wyższy poziom internalizacji piętna związanego z przynależnością do mniejszości płciowych i niższy poziom spostrzeganego wsparcia społecznego (Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Feinstein, 2020; Lindley i Galupo, 2020; Wells i in., 2020).

W badaniu zaobserwowano, że spostrzegane wsparcie społeczne jest istotnym statystycznie mediatorem relacji zachodzącej pomiędzy strategią autoafirmującą a zinternalizowaną transfobią. Strategia ta jest negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii oraz pozytywnym predyktorem spostrzeganego wsparcia społecznego. Jej stosowanie wiąże się z budowaniem pozytywnego obrazu siebie i samoświadomości w obliczu doświadczanej stygmatyzacji (Mizock i Mueser, 2014), co zdaje się powodować obniżenie tendencji do antycypowania napiętnowania i odrzucenia, jak również ukrywania swojego statusu mniejszościowego; to zaś potencjalnie zwiększa szansę na pozyskanie wsparcia społecznego i modelowanie bardziej adaptacyjnych przekonań dotyczących osób z mniejszości płciowych, w tym siebie (Testa i in., 2015; Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Lindley i Galupo, 2020).

Spostrzegane wsparcie społeczne jest istotnym mediatorem także w relacji pomiędzy strategią regulującą emocje a zinternalizowaną transfobią. Wspomniana strategia jest negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii oraz pozytywnym predyktorem spostrzeganego wsparcia społecznego. Rozwijanie umiejętności regulacji emocji w kontekście doświadczanej transfobii (Mizock i Mueser, 2014) ze strony innych potencjalnie przekłada się na niższy poziom doświadczania negatywnych emocji oraz, związanych z nimi, zniekształceń poznawczych, co może korzystnie kształtować relacje interpersonalne (i pozyskiwanie z nich wsparcia społecznego) i sprzyjać formułowaniu przekonań na temat niecisnormatywności (w tym jej wpływu na spostrzeganie siebie) nieobarczonych zniekształceniami (Beck, 2012).

Biorąc pod uwagę relację między strategią społeczno-relacyjną a zinternalizowaną transfobią, zaobserwowano, że strategia ta jest negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii oraz pozytywnym predyktorem spostrzeganego wsparcia społecznego. Radzenie sobie z piętnem przynależności do mniejszości płciowych poprzez budowanie sieci relacji interpersonalnych, w których status mniejszościowy jednostki jest akceptowany (Mizock i Mueser, 2014), zdaje się przekładać na większe możliwości pozyskiwania wsparcia społecznego, a także unikania dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej uprzedzeniami wobec osób z mniejszości płciowych, co może wpływać na niższy poziom zinternalizowania transfobii (Testa i in., 2015; Lindley i Galupo, 2020).

Przeprowadzone analizy statystyczne wykazały, że spostrzegane wsparcie społeczne pośredniczy w relacji zachodzącej między strategią prewencyjno-

-przygotowawczą a zinternalizowaną transfobią. Strategia ta jest pozytywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii oraz negatywnym predyktorem spostrzeganego wsparcia społecznego. Strategia prewencyjno-przygotowawcza, polegająca na wnikliwym analizowaniu sytuacji oraz relacji, w których jednostka ujawni swój status mniejszościowy, w celu minimalizowania ryzyka doświadczania dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej transfobią, potencjalnie przekłada się na wyższą tendencję do antycypowania napiętnowania i odrzucenia oraz do ukrywania swojego statusu, co może wiązać się z jednej strony z mniejszą liczbą okazji do odnajdywania relacji akceptujących, w których jednostka może oczekiwać wsparcia społecznego, a z drugiej strony – z większą tendencją do internalizowania piętna (Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Feinstein, 2020; Lindley i Galupo, 2020; Meyer, 2020; Wells i in., 2020) z powodu ograniczenia liczby potencjalnych sytuacji i akceptujących relacji, w których przekonania związane z uprzedzeniami wobec osób z mniejszości płciowych mogłyby być podważone (Beck, 2012).

Również w przypadku relacji zachodzącej między strategią polityczno-upodmiotawiającą a zinternalizowaną transfobią spostrzegane wsparcie społeczne jest jej istotnym statystycznie mediatorem. Wspomniana strategia jest negatywnym predyktorem zinternalizowanej transfobii oraz pozytywnym predyktorem spostrzeganego wsparcia społecznego. Podejmowanie się aktywności związanych z dążeniem do zabezpieczenia praw osób z mniejszości płciowych (Mizock i Mueser, 2014), jak ujawniono w badaniu, zdaje się przekładać na niższy poziom internalizacji piętna związanego z przynależnością do mniejszości płciowych, co może wynikać z tego, że zaangażowanie w taką formę aktywizmu wiąże się z większą gotowością do kwestionowania podstaw wspomnianych uprzedzeń, a w rezultacie – z niższym poziomem zinternalizowania piętna.

Wykazano, że spostrzegane wsparcie społeczne pośredniczy w relacji między poziomem ujawnienia swojej transpłciowości w miejscu pracy/edukacji, wśród znajomych oraz poziomem ogólnego ujawnienia swojej transpłciowości a zinternalizowaną transfobią. W przypadku poziomu ujawnienia swojej transpłciowości wśród członków rodziny takiej mediacji nie zaobserwowano. Wspomniane poziomy ujawnienia są negatywnymi predyktorami zinternalizowanej transfobii oraz pozytywnymi predyktorami spostrzeganego wsparcia społecznego. Ujawnianie informacji o swoim statusie mniejszościowym zdaje się przeciwdziałać modelowaniu przekonania o jego negatywnym charakterze (i związanego z nim potencjalnego poczucia wstydu) oraz zwiększa szanse

na zaangażowanie się w relacje interpersonalne, w których jednostka może doświadczyć akceptacji i zyskać wsparcie (Testa i in., 2015; Lindley i Galupo, 2020; Perrin i in., 2020).

6.1.6. Hipoteza 6

Na podstawie przeprowadzonych analiz statystycznych wykazano istotne różnice w stosowanych strategiach radzenia sobie z transfobią między osobami, którym przypisano po urodzeniu płeć męską, a osobami, którym przypisano po urodzeniu płeć żeńską. Różnice te były widoczne w strategii płciowo-normatywnej, którą częściej stosują osoby o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu niż osoby, którym przypisano płeć męską. Wyniki te mogą wskazywać na to, że w sytuacji doświadczania dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej transfobią osoby między innymi transmęskie starają się bardziej dostosować swoje zachowanie (i potencjalnie swój wygląd) do społecznych oczekiwań wobec osób (Mizock i Mueser, 2014), które co najmniej w pewnym stopniu identyfikują się jako mężczyźni (w grupie tej znajdowały się zarówno osoby o binarnej – męskiej tożsamości płciowej, jak i osoby niebinarne). Może to wynikać z tego, w jaki sposób postrzegana jest męskość. Męskość, zwłaszcza tradycyjnie pojmowana, jest kojarzona ze znaczną restrykcyjnością (Thompson Jr. i Pleck, 1986; Mandal, 2003, 2004); radzenie sobie z trudnościami, sytuacjami podważającymi tożsamość płciową lub męskość jednostki może więc wiązać się z dążeniem do podejmowania się zachowań bardziej stereotypowo płciowych, żeby np. legitymizować w ten sposób swoją tożsamość płciową lub ją negocjować (Kłonkowska, 2017). Taka interpretacja zaobserwowanych różnic międzygrupowych jednak zdaje się być głównie adekwatna w przypadku transmężczyzn, w bardziej ograniczony sposób – w przypadku niebinarnych osób o płci żeńskiej przypisanej po urodzeniu. Drugi czynnik, który mógł wpłynąć na zaobserwowaną zależność, bardziej uniwersalny, to socjalizacja. W toku socjalizacji osobom o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu wpajane jest poczucie oniecznośći podporządkowywania się oczekiwaniom społecznym, częściej niż ma to miejsce w przypadku osób o płci męskiej przypisanej po urodzeniu (Mandal, 2003, 2004; Wojciszke, 2009; Mandal i Jakubowski, 2015; Janicka 2021), co może tłumaczyć zaobserwowane różnice w częstotliwości stosowania strategii płciowo-normatywnej (Mizock i Mueser, 2014).

Zidentyfikowano również istotne różnice w spostrzeganej transfobii między osobami o męskiej płci przypisanej po urodzeniu a osobami o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu. Osoby o męskiej płci przypisanej po urodzeniu deklarowały wyższy poziom doświadczeń transfobicznych niż osoby o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu. Zaobserwowane różnice mogą mieć kilka przyczyn. Pierwsza z nich – większe uprzedzenia wobec osób o męskiej płci przypisanej po urodzeniu jest związana z niepodporządkowywaniem się przez te osoby tradycyjnym normom męskości, co w oczach innych może stanowić wystarczający powód do podejmowania się zachowań dyskryminujących te osoby. W przypadku osób o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu postrzeganie ich przez pryzmat, potencjalnie mniej restrykcyjnych, norm kobiecości (np. w zakresie ekspresji płciowej) może sprzyjać niższemu poziomowi spostrzeganych doświadczeń transfobicznych, ponieważ potencjalne odstępstwa od cispłciowej normy mogą nie być uważane przez innych za znaczne. Druga możliwa przyczyna to trudności w realizowaniu swojej ekspresji płciowej związane z cechami anatomicznymi oraz potencjalnie intensywnym, maskulinizującym działaniem testosteronu u osób płci męskiej przypisanej po urodzeniu. Wspomniane czynniki mogą negatywnie wpływać na to, jak ta osoba jest postrzegana pod względem płci – czyli istotny tutaj może być również passing. Innymi słowy, biologiczny esencjalizm może wpływać na uprzedzenia i dyskryminację osób transpłciowych i niebinarnych (Hill i Willoughby, 2005; Tee i Hegarty, 2006; Willoughby i in., 2010; Tebbe i Moradi, 2012; Norton i Herek, 2013; Costa i Davies, 2012; Elischberger i in., 2016; Worthen, 2016; Greenburg i Gaia, 2019; Prusaczyk i Hodson, 2019; Rye i in., 2019). Przyczyna może też leżeć w seksizmie, uprzedzeniach wobec kobiet (w tym również transkobiet). Badania zostały przeprowadzone wśród osób wywodzących się z polskiej kultury, silnie patriarchalnej, podkreślającej prymat mężczyzn nad kobietami (Mandal, 2003, 2004) i tym samym legitymizującej (po części) dyskryminację kobiet (w tym osób transkobiecych). Wytłumaczenie to jest o tyle problematyczne, że potencjalnie ma zastosowanie przede wszystkim w przypadku osób o binarnej tożsamości płciowej.

Zaobserwowano istotne różnice w poziomie stosowania strategii radzenia sobie z transfobią między osobami o binarnej tożsamości płciowej (transkobiety, transmężczyźni) a osobami o niebinarnej tożsamości płciowej. Istnieją różnice w strategii płciowo-normatywnej, duchowo-religijnej oraz polityczno-upodmiotawiającej. Osoby o binarnej tożsamości płciowej zadeklarowały

wyższą częstotliwość stosowania strategii płciowo-normatywnej niż osoby o niebinarnej tożsamości płciowej. Główną przyczyną zaistnienia tej różnicy wydaje się kwestia ról płciowych – pewnego zbioru oczekiwań społecznych dotyczących np. tego, jak osoba ma się zachowywać, jakie role ma pełnić w społeczeństwie. Tożsamość płciowa osób niebinarnych wykracza poza binarny podział na kobiety i mężczyzn, system obowiązujący w wielu kulturach, w tym polskiej (Mandal, 2003, 2004; Kłonkowska, 2017). Stąd też osoby te mogą stosować tę strategię tylko w ograniczonym stopniu, ponieważ odnosi się ona do zbioru norm dotyczących tych płci, które nie opisują ich doświadczania płci i są niezgodne z ich płcią doświadczaną (Mizock i Mueser, 2014). Z kolei w przypadku strategii duchowo-religijnej osoby niebinarne płciowo deklarowały jej częstsze stosowanie niż osoby o binarnej tożsamości płciowej. Binarny system płci, w którym zakłada się występowanie dwóch płci – żeńskiej i męskiej, może wymagać od osób niebinarnych bardziej refleksyjnego podejścia do swojej płciowości, co może sprzyjać poszukiwaniu zrozumienia jej w sferze duchowej, a także poszukiwaniu znaczenia doświadczanej dyskryminacji i przemocy motywowanej transfobią (Mizock i Mueser, 2014). Analizy statystyczne wykazały również tendencję do częstszego stosowania strategii polityczno-upodmiotawiającej przez osoby o niebinarnej tożsamości płciowej w porównaniu do osób o binarnej tożsamości płciowej. Strategia ta polega na podejmowaniu się działań, których celem jest obrona praw osób transpłciowych i niebinarnych (Mizock i Mueser, 2014). Na wielu płaszczyznach (np. prawnej – w warunkach polskich brak oznaczenia płci np. „innej", „trzeciej" lub „X", jak jest to praktykowane w innych krajach; językowej – silne „upłciowienie" języka polskiego) osoby niebinarne doświadczają jeszcze większej dyskryminacji, napotykają więcej trudności niż osoby o binarnej tożsamości płciowej (które mogą dostosować prawne oznaczenie płci do płci doświadczanej czy stosować zaimki zgodne z tym, jak doświadczają swojej płci), co może tłumaczyć zaobserwowane różnice w stosowaniu strategii polityczno-upodmiotawiającej.

Z kolei osoby o binarnej tożsamości płciowej zadeklarowały istotnie wyższy poziom zinternalizowanej transfobii niż osoby o niebinarnej tożsamości płciowej. Przyczyna tego może leżeć w tym, że osoby identyfikujące się jako mężczyźni lub kobiety (transmężczyźni i transkobiety) identyfikują się w ramach binarnego podziału płciowego, w którego obrębie funkcjonowanie obarczone jest restrykcyjnymi normami dotyczącymi płci. Normy te w znacznie mniejszym stopniu dotyczą osób niebinarnych (w odróżnieniu od osób o binarnej

tożsamości płciowej) z tej przyczyny, że dotyczą one płci, z którymi one niekoniecznie (w pełni) się identyfikują. Ten stopień rozdźwięku między doświadczaniem swojej płci a cispłciowymi normami może stanowić jedną z przyczyn ujawnionych różnic w zakresie zinternalizowanej transfobii; w pewnym sensie osoby binarne mogą czuć presję, doświadczać poczucia zobligowania do przestrzegania (wielu) cispłciowych norm, które u osób niebinarnych są nie do zastosowania. Dodatkowym elementem mogącym wpływać na kształtowanie się wskazanej tendencji jest większa medykalizacja doświadczeń osób o binarnej tożsamości płciowej – osoby te, aby funkcjonować w zgodzie z sobą (i cispłciowymi normami dotyczącymi płci), często muszą podjąć się szeregu interwencji medycznych (hormonalnych, chirurgicznych), co może wzmacniać dezadaptacyjne przekonania o transpłciowości jako o zjawisku wymagającym leczenia.

Analizy statystyczne wykazały istotne różnice w częstotliwości stosowania strategii radzenia sobie z transfobią przez osoby, które posiadają diagnozę transseksualizmu/dysforii płciowej, i osoby, które takiej diagnozy nie posiadają. Różnice te zostały zaobserwowane w odniesieniu do strategii płciowo-normatywnej, korzystania z zasobów oraz polityczno-upodmiotawiającej. Osoby, które posiadają diagnozę transseksualizmu/dysforii płciowej, częściej stosują strategię płciowo-normatywną niż osoby, które takiej diagnozy nie posiadają. Tendencja ta może wynikać np. z większego poczucia legitymizacji swojej tożsamości płciowej i związanych z nią doświadczeń wśród osób posiadających formalną diagnozę, w porównaniu do osób, które tej diagnozy nie posiadają. Te drugie potencjalnie unieważniają swoją doświadczaną płciowość i w sytuacji doświadczania dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej transfobią w radzeniu sobie z nią w mniejszym stopniu opierają się na normach płciowych płci doświadczanej. Osoby, które posiadają diagnozę transseksualizmu / dysforii płciowej, częściej również stosują strategię korzystania z zasobów niż osoby, które tej diagnozy nie posiadają. Z jednej strony może to wynikać z wyżej wspomnianej legitymizacji własnych doświadczeń przez posiadanie formalnej diagnozy, tym samym potencjalnie zwiększającej poczucie zasadności korzystania z zasobów przeznaczonych dla osób transpłciowych i niebinarnych, takich jak np. pomoc prawna w dochodzeniu swoich praw w obliczu doświadczanej dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej transfobią (Mizock i Mueser, 2014); z drugiej strony posiadanie diagnozy może wiązać się z większą identyfikacją ze społecznością osób z mniejszości płciowych i większą gotowością do korzystania z zasobów dla nich przeznaczonych. Dodatkowym czynnikiem potencjalnie wpływającym

na zaobserwowaną tendencję jest czas funkcjonowania w roli płciowej, z którą osoba się identyfikuje. Diagnostyka w kierunku transseksualizmu / dysforii płciowej jest czasochłonnym procesem (Coleman i in., 2012, 2022; Grabski, Dora i in., 2020); osoby posiadające diagnozę mogą mieć więcej czasu na integrację ze środowiskiem osób z mniejszości płciowych oraz na rozeznanie się w dostępnych zasobach im przeznaczonych. W przypadku strategii polityczno-upodmiotawiającej analizy statystyczne wykazały większą częstotliwość jej stosowania wśród osób, które nie posiadają diagnozy transseksualizmu / dysforii płciowej, niż wśród osób, które posiadają taką diagnozę. Odnotowana różnica może wynikać z potrzeby posiadania innej formy zewnętrznej legitymizacji doświadczanej płci, poprzez działanie na rzecz zwiększenia społecznej akceptacji transpłciowości i niebinarności (Mizock i Mueser, 2014).

Odwrotną tendencję zaobserwowano w przypadku różnic w ramach zinternalizowanej transfobii. Osoby posiadające diagnozę transseksualizmu / dysforii płciowej deklarowały wyższe poziomy zinternalizowanej transfobii niż osoby, które takiej diagnozy nie posiadały. Obie jednostki diagnostyczne są klasyfikowane – zarówno przez Światową Organizację Zdrowia (WHO, 2010), jak i Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA, 2013) – jako zaburzenia psychiczne; występuje tu więc zjawisko medykalizacji i psychiatryzacji transpłciowości i (częściowo) niebinarności, co wzmacnia dezadaptacyjne przekonania o transpłciowości (jako o zaburzeniu psychicznym, wymagającym interwencji medycznych w celu poprawy funkcjonowania). Tym, co również może nasilać zaobserwowaną tendencję, są postawy personelu medycznego wobec osób z mniejszości płciowych (Franzini i Casinelli, 1986; Fleisher i Erickson, 2016; Acker, 2017; Fisher, Fried i in., 2017; Brown i in., 2018; Dolan i in., 2020; Lee, Kim i in., 2020; Matthews i in., 2020; Powell i Cochran, 2020) oraz związana z nimi dyskryminacja i przemoc stosowana wobec osób transpłciowych i niebinarnych (Nemoto i in., 2005; Bauer i in., 2009; Coker i in., 2009; Landers i Gilsanz, 2009; Grant i in., 2011; Kryszk i Kłonkowska, 2012; Benson, 2013; Stotzer i in., 2013; Hagen i Galupo, 2014; Roche i Keith, 2014; Kattari i in., 2015; Lyons i in., 2015; Ożarowska, 2015; Seelman, 2015; Macapagal i in., 2016; Winter i in., 2016; von Vogelsang i in., 2016; Rodríguez-Madera i in., 2017; Romanelli i Hudson, 2017; Whitehead, 2017; Baldwin i in., 2018; Heng i in., 2018; Hughto, Clark i in., 2018; Hughto, Pachankis i Reisner, 2018; Samuel i in., 2018; Casey i in., 2019; Cicero i in., 2019; Hudson, 2019; Kcomt, 2019; White i Fontenot, 2019; Ayhan i in., 2020; Johnson, Hill i in., 2020; Layland i in., 2020; Meyer i in., 2020).

W analizach statystycznych stwierdzono istotne różnice dotyczące stosowania prewencyjno-przygotowawczej strategii radzenia sobie z transfobią pomiędzy osobami, które podjęły się hormonalnej terapii zastępczej, a osobami, które takiej terapii się nie podjęły. Te drugie częściej stosują strategię prewencyjno-przygotowawczą. Widoczna tendencja może wynikać z tego, że osoby, które podjęły się terapii, częściej postrzegane są jako przedstawiciele/przedstawicielki płci, z którą się identyfikują (co może być efektem maskulinizującego lub feminizującego wpływu preparatów hormonalnych). Funkcjonując w zgodzie z płcią doświadczaną, osoby te potencjalnie mniej często znajdują się w sytuacji nieintencjonalnego, mimowolnego ujawnienia swojego statusu mniejszościowego, w porównaniu do drugiej wspomnianej grupy osób, których prezentacja może odbiegać od cispłciowych norm dotyczących wyglądu przedstawicieli danej płci. Co z kolei może przekładać się na wzmożoną tendencję do analizowania osób i sytuacji społecznych w kontekście ujawniania swojego statusu mniejszościowego oraz oceny zagrożenia transfobiczną reakcją innych na coming out (Mizock i Mueser, 2014).

Ujawniono istotne różnice w poziomie stosowania strategii radzenia sobie z transfobią pomiędzy osobami, które podjęły się operacyjnej korekty płci (chirurgicznych interwencji afirmujących płeć), a osobami, które nie podjęły się jej. Różnice te zostały zaobserwowane w przypadku strategii społeczno-relacyjnej, duchowo-religijnej oraz polityczno-upodmiotawiającej. Osoby, które nie podjęły się chirurgicznych interwencji afirmujących płeć, deklarowały częstsze stosowanie strategii społeczno-relacyjnej niż osoby, które podjęły się tych interwencji. Odnotowane różnice mogą być bardziej związane z okresem funkcjonowania w roli zgodnej z płcią doświadczaną niż bezpośrednio z interwencjami chirurgicznymi. Osoby, które wspomnianych interwencji się nie podjęły, mogły względnie niedawno rozpocząć tranzycję społeczną, kiedy to właśnie buduje się sieć wsparcia społecznego. Natomiast osoby, które zdecydowały się na operacyjną korektę płci, potencjalnie dłużej funkcjonują w zgodzie z płcią doświadczaną i tym samym miały więcej czasu na zbudowanie sieci wsparcia; w badaniu mogły deklarować niższy poziom stosowania strategii społeczno-relacyjnej niż osoby, które interwencji się nie podjęły (Mizock i Mueser, 2014).

Osoby, które podjęły się chirurgicznych interwencji afirmujących płeć, deklarowały częstsze stosowanie strategii duchowo-religijnej niż osoby, które tych interwencji się nie podjęły. Zaobserwowana tendencja może potencjalnie być związana z większym poczuciem legitymizacji doświadczanej płci wśród

osób, które przeszły operacyjną korektę płci niż wśród osób, które się jej nie podjęły. Legitymizacja ta w kontekście norm dotyczących płci w wielu wyznaniach oraz grupach wyznaniowych może dotyczyć prawa do przynależności do takiej grupy oraz uczestnictwa w praktykach religijnych, z którymi osoba transseksualna lub niebinarna może wiązać nadawanie znaczenia doświadczanej dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej transfobią (Mizock i Mueser, 2014; Pastwa-Wojciechowska i in., 2021).

Osoby, które nie podjęły się operacyjnej korekty płci, deklarowały częstsze stosowanie strategii polityczno-upodmiotawiającej niż osoby, które się jej podjęły. Zaobserwowana tendencja może wiązać się z większym poczuciem legitymizacji medycznej, jak również społecznej, doświadczanej płci przez osoby, które tych zabiegów się podjęły. Z kolei stosowanie tej strategii przez osoby, które nie podjęły się chirurgicznych interwencji (dopiero zamierzają się ich podjąć czy też nie odczuwają takiej potrzeby), wobec dominacji cispłciowych norm w społeczeństwie, może wiązać się z większą tendencją do radzenia sobie z transfobią poprzez działania aktywistyczne, mające na celu uprawomocnienie doświadczeń osób transpłciowych i niebinarnych (Mizock i Mueser, 2014).

6.2. Ograniczenia badań

Przed przedstawieniem wniosków wysnutych na podstawie przeprowadzonego badania konieczne jest omówienie jego podstawowych ograniczeń oraz czynników, które mogły zniekształcić jego wyniki oraz zaważyć na potencjale generalizacji ich na populację ogólną.

Pierwszym czynnikiem, który mógł determinować zaprezentowane wyniki, jest sposób rekrutacji grupy, dobór próby. Osoby badane rekrutowane były zarówno do badania typu „papier-ołówek", jak i jego wersji internetowej. W pierwszym przypadku zapraszano osoby uczestniczące w różnych wydarzeniach (i proszono je o przekazanie informacji o badaniu innym uczestnikom) organizowanych przez organizacje pozarządowe działające na rzecz między innymi osób z mniejszości płciowych, co mogło wiązać się z udziałem w badaniu osób, które z jakiegoś powodu w tych wydarzeniach uczestniczyły – z chęci uzyskania wsparcia ze strony tych organizacji w obliczu doświadczanej dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej między innymi transfobią czy chęci uczestniczenia w życiu społeczności osób transpłciowych i niebinarnych

i np. związanej z tym dumy z przynależności do niej. W obu tych przypadkach, grupy mogły w odmienny sposób spostrzegać zarówno doświadczaną transfobię ze strony innych, jak i zinternalizowaną transfobię u siebie. Osoby dążące do uczestniczenia w życiu kulturalnym środowisk osób z mniejszości płciowych mogły zgłaszać zinternalizowaną transfobię potencjalnie niższą niż osoby poszukujące pomocy w obliczu doświadczanej dyskryminacji i/lub przemocy. W kontekście części internetowej badania mogły wystąpić podobne tendencje dotyczące spostrzeganej transfobii. W tym wypadku również pewnym ograniczeniem była potencjalnie mniejsza gotowość wśród osób w późnej dorosłości do uczestniczenia w tego typu badaniach, co mogło wynikać np. z bariery technologicznej. Takie sposoby rekrutacji grupy mogły prowadzić do pominięcia osób, które nie uczestniczą w życiu środowisk osób z mniejszości płciowych.

Kolejnym aspektem koniecznym do uwzględnienia w interpretacji wyników prezentowanego badania jest heterogeniczność grupy. Wśród uczestników były zarówno osoby identyfikujące się binarnie (jako kobiety lub mężczyźni), osoby niebinarne oraz osoby transwestytyczne w typie podwójnej roli; w przypadku tych ostatnich funkcjonowanie w roli płciowej innej niż ta przypisana po urodzeniu jest ograniczone, również nierzadko (przynajmniej w warunkach polskich) tworzą one oddzielne społeczności, a co za tym idzie ich relacja z piętnem może być również inna. Co do proporcji występowania osób o binarnej i niebinarnej tożsamości płciowej w warunkach polskich – brak danych. W grupie badanej również nikt nie zadeklarował tożsamości ksenopłciowej.

W badaniu zaobserwowano przewagę osób we wczesnej i średniej dorosłości oraz ze średnim i wyższym wykształceniem, co może utrudnić generalizację wyników na populację ogólną osób z mniejszości płciowych. Proporcja osób o męskiej płci przypisanej po urodzeniu do osób o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu w grupie badawczej zdaje się zbliżona do tej zaprezentowanej we wcześniejszych badaniach (Godlewski, 1988; Dulko i Imieliński, 2004).

Przeważająca część osób badanych zadeklarowała inną niż heteroseksualna orientację. W tym kontekście istnieje potencjalne zagrożenie, że doświadczana przez nie dyskryminacja czy przemoc mogła mieć źródło w uprzedzeniach dotyczących mniejszości seksualnych (homofobii, bifobii), a została zakwalifikowana przez respondentów/respondentki jako motywowana transfobią innych (Crenshaw, 2017). Podobnie mogło być w przypadku, jeśli uczestnicy/uczestniczki badania należeli do innych mniejszości (etnicznych, religijnych) (Crenshaw, 2017).

W wielu badaniach (Testa i in., 2015; Askevis-Leherpeux i in., 2019; Ashley, 2019; Beckwith i in., 2019; Burgwal i in., 2019; Hermosa i Agossou, 2019; Fernández-Rouco i in., 2019; Griffin i in., 2019; Lefevor i in., 2019a; Hughto i in., 2019; Lloyd i in., 2019; Moyer, 2019; Parr i Howe, 2019; Reisner i Hughto, 2019; Scandurra, Vitelli i in., 2019; Valdiserri i in., 2019; Delozier i in., 2020; DiPlacido i Fallahi, 2020; Fabbre i Gaveras, 2020; Gomes de Jesus i in., 2020; Rothblum, 2020; Smith, 2020) wykazano, że doświadczanie stresu mniejszościowego wpływa na nieproporcjonalnie wysoki odsetek między innymi symptomów zaburzeń psychicznych. Zaburzenia te wiążą się z określonymi profilami poznawczymi, które mogą wpływać na deklarowany poziom zinternalizowanej i spostrzeganej transfobii. Z tej perspektywy, w kontekście badań zdają się ważne szczególnie trzy zaburzenia – zaburzenia stresu pourazowego (PTSD i cPTSD), depresja oraz zaburzenia lękowe. Nawet połowa osób z mniejszości płciowych może doświadczać depresji (Lindsay i in., 2016; Lytle i in., 2016; Owen-Smith i in., 2016; Peterson i in., 2016; Nahata i in., 2017; Williams i in., 2017; Oswalt i Lederer, 2017; Quinn i in., 2017; Lobato i in., 2019; Wanta i in., 2019; Srivastava, Sivasubramanian i Goldbach, 2020), ponad 40% cierpi na zaburzenia lękowe (Heylens, Elaut i in., 2014; Mazaher i Meybodi i in., 2014a; Millet i in., 2017; Quinn i in., 2017; Borgogna i in., 2019; Johnson i in., 2019; Lipson i in., 2019; Lobato i in., 2019; Wanta i in., 2019; Weiss i in., 2020), a prawie 40% doświadcza zespółu stresu pourazowego (Hepp i in., 2005; Gómez-Gil i in., 2008; Mizock i Lewis, 2008; Fisher i in., 2013; Mazaheri Meybodi i in., 2014a; Brown i Jones, 2015; Paquette i in., 2019; Wanta i in., 2019; Pantalone i in., 2020). Biorąc pod uwagę, że zaburzenia lękowe i PTSD wiążą się z unikaniem bodźców lękorodnych (Beck, 2012) (np. związanych z dysforią płciową), zwłaszcza w przypadku zaburzeń stresu pourazowego, w którym jednym z podstawowych symptomów jest unikanie bodźców kojarzonych z traumą (Foa i Kozak, 1986), osoby badane mogły nie ujawniać faktycznych poziomów doświadczanej dyskryminacji i/lub przemocy oraz zinternalizowania transfobii. W skrajnych przypadkach, gdy symptomy tych zaburzeń były szczególnie dotkliwe, osoby te mogły w ogóle nie wziąć udziału w badaniu, tym samym zniekształcając wyniki ogólne grupy i jej reprezentatywność. Kolejnym czynnikiem, który mógł wpłynąć na wyniki badań, jest pamięć (a w zasadzie jej brak) osób badanych dotycząca np. doświadczeń transfobicznych.

Nie można pominąć również kwestii oczekiwań społecznych oraz dążenia do ich spełnienia wśród osób badanych, zwłaszcza w kontekście grupy

społecznej zagrożonej wykluczeniem. W takim przypadku osoby uczestniczące w badaniu mogły deklarować bardziej cisnormatywne cechy w *Inwentarzu płci psychologicznej* oraz bardziej społecznie akceptowane cechy osobowości i ustosunkowania interpersonalne w kwestionariuszu TIPI-PL oraz *Skali ustosunkowań interpersonalnych.*

Tym, co również może wpłynąć na zasadność generalizacji wyników badania na ogólną populację osób z mniejszości płciowych, jest długość baterii kwestionariuszy. Gotowość do uzupełnienia ich przez osoby badane mogła wynikać z uwarunkowań osobowościowych, przekładających się na analizę zmiennych osobowościowych w relacji z pozostałymi zmiennymi, w tym ze spostrzeganą i zinternalizowaną transfobią.

Ostatni czynnik, który mógł wpłynąć na możliwość generalizacji wyników badań, to zastosowanie nowych autorskich kwestionariuszy (*Skali Spostrzeganej transfobii*, *Skali zinternalizowanej transfobii*, *Inwentarza spostrzeganego poziomu dysforii płciowej* i *Kwestionariusza radzenia sobie z transfobią*), których wcześniejsze sprawdzenie było niemożliwe ze względu na trudnodostępną grupę badawczą. Narzędzia te cechują się jednak dobrymi właściwościami psychometrycznymi.

Pomimo wskazanych ograniczeń wyniki zaprezentowanych badań zdają się umożliwiać ocenę relacji między spostrzeganą a zinternalizowaną transfobią, jak również strategiami radzenia sobie z konsekwencjami uprzedzeń, dysforią płciową, stylami i umiejętnościami interpersonalnymi, zmiennymi osobowościowymi, płcią psychologiczną, samooceną oraz poziomem ujawnienia swojej transpłciowości – co, zgodnie z dostępną wiedzą, nie było dotąd przedmiotem badań. Zaletą niniejszych badań również zdaje się relatywnie wysoka liczebność grupy badawczej, na tle badań zarówno krajowych, jak i części zagranicznych.

6.3. Wnioski

Przedstawione wyniki dotyczące związku pomiędzy spostrzeganą i zinternalizowaną transfobią zdają się zgodne z badaniami wcześniejszymi, a także założeniami teoretycznymi modelu stresu mniejszościowego doświadczanego przez osoby z mniejszości płciowych (Hendricks i Testa, 2012; Testa i in., 2015; Rood i in., 2016; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Staples i in., 2018; Galupo i in., 2020; Lindley i Galupo, 2020). Ponadto analizy statystyczne

wykazały pozytywny związek między spostrzeganą transfobią a dysforią płciową, stylami uległo-zależnym, wycofująco-masochistycznym, buntowniczo-podejrzliwym i agresywno-sadystycznym, umiejętnością ujawniania siebie, strategiami płciowo-normatywną i prewencyjno-przygotowawczą oraz negatywny związek między spostrzeganą transfobią a poczuciem psychicznej męskości, spostrzeganym emocjonalnym wsparciem społecznym, ekstrawersją i stabilnością emocjonalną, samooceną oraz poziomem ujawnienia swojej transpłciowości wśród członków rodziny. W przypadku zinternalizowanej transfobii w badaniu zaobserwowano pozytywny związek z dysforią płciową, stylami wycofująco-masochistycznym i buntowniczo-podejrzliwym, strategiami płciowo-normatywną i prewencyjno-przygotowawczą.

Kolejnym istotnym punktem przeprowadzonych badań są obserwacje dotyczące dysforii płciowej – przede wszystkim jej roli jako mediatora relacji między spostrzeganą a zinternalizowaną transfobią. Wyniki te zdają się potwierdzać postulaty Galupo i współpracowników (2020) oraz Lindley i Galupo (2020) dotyczące włączenia dysforii płciowej jako nowego, kolejnego stresora proksymalnego do modelu stresu mniejszościowego doświadczanego przez osoby z mniejszości płciowych (Hendricks i Testa, 2012; Testa i in., 2015). Analizy wykazały również pozytywny związek dysforii płciowej między innymi z ugodowością, strategiami płciowo-normatywną i społeczno-relacyjną, stylami podtrzymująco-przesadnie opiekuńczym, współpracująco-przyjacielskim, uległo-zależnym i wycofująco-masochistycznym oraz poziomem ujawnienia swojej transpłciowości (w miejscu pracy/edukacji, wśród znajomych oraz poziomem ogólnym ujawnienia swojej transpłciowości). Z kolei negatywny związek zaobserwowano między dysforią płciową a – między innymi – stabilnością emocjonalną, samooceną, strategią duchowo-religijną i długością okresu funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje.

Również wyniki dotyczące poziomu ujawnienia swojej transpłciowości oraz jego związki ze spostrzeganą i zinternalizowaną transfobią zdają się potwierdzać założenia teoretyczne modelu stresu mniejszościowego doświadczanego przez osoby z mniejszości płciowych (Hendricks i Testa, 2012; Testa i in., 2015). Szczególnie istotny jest tutaj jego wpływ na internalizację piętna, co również zdaje się pośrednio zgodne z modelem mocnych stron mniejszości, niedawno zaproponowanym przez Perrina i współpracowników (2020). Wyniki wskazują na to, że tylko poziom ujawnienia wśród członków rodziny pośredniczy w relacji zachodzącej między spostrzeganą a zinternalizowaną transfobią; ma to

pozytywny charakter, ponieważ hamuje internalizację piętna, a jak wskazują dalsze analizy – ułatwia pozyskiwanie wsparcia społecznego, które również sprzyja restrukturyzacji dezadaptacyjnych przekonań na temat mniejszości płciowych (w tym siebie jako ich przedstawiciela/przedstawicielki) (Beck, 2012). W analizie mediacji spostrzeganego wsparcia społecznego pomiędzy poziomami ujawnienia swojej transpłciowości a zinternalizowaną transfobią istotność pośredniczenia zaobserwowano w odniesieniu do poziomu ujawnienia swojej transpłciowości w miejscu pracy/edukacji, wśród znajomych oraz ogólnego poziomu ujawnienia swojej transpłciowości. W każdym z tych przypadków ujawnienie sprzyjało pozyskaniu wsparcia społecznego i spadkowi zinternalizowania transfobii. Szczególnie ważne zdaje się jednak to, że tylko w odniesieniu do poziomu ujawnienia wśród członków rodziny obserwuje się negatywne oddziaływanie spostrzeganej dyskryminaci i/lub przemocy motywowanych transfobią. Wynikać to może z tego, że relacje z rodziną między innymi w kontekście tranzycji społecznej są szczególnie wrażliwe.

Ponadto, w badaniu stwierdzono pozytywny związek między poziomem ujawnienia swojej transpłciowości wśród członków rodziny a poczuciem psychicznej męskości, spostrzeganym wsparciem społecznym, ekstrawersją, sumiennością, stabilnością emocjonalną, otwartością na doświadczenia, samoocenę, umiejętnością nawiązywania kontaktu i ujawniania siebie, strategiami autoafirmującą, regulującą emocje, poznawczo-restrukturyzującą i społeczno-relacyjną oraz negatywny związek ze strategią prewencyjno-przygotowawczą, stylami wycofująco-masochistycznym i buntowniczo-podejrzliwym. Analizy statystyczne wykazały pozytywny związek pomiędzy poziomem ujawnienia swojej transpłciowości w miejscu pracy/edukacji a poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, spostrzeganym wsparciem społecznym, ekstrawersją, stabilnością emocjonalną, otwartością na doświadczenia, stylami podtrzymująco-przesadnie opiekuńczym i uległo-zależnym, samoocenę, umiejętnością nawiązywania kontaktu, wyrażania negatywnych emocji i ujawniania siebie, strategiami autoafirmującą, regulującą emocje, poznawczo-restrukturyzującą, społeczno-relacyjną i polityczno-upodmiotawiającą oraz negatywny związek ze strategiami prewencyjno-przygotowawczą i duchowo-religijną, stylami wycofująco-masochistycznym i buntowniczo-podejrzliwym. W badaniu zaobserwowano pozytywny związek pomiędzy poziomem ujawnienia swojej transpłciowości wśród znajomych a poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, spostrzeganym wsparciem społecznym, ekstrawersją, ugodowością, stabilnością

emocjonalną, otwartością na doświadczenia, stylami kierowniczo-autorytatywnym, podtrzymująco-przesadnie opiekuńczym i uległo-zależnym, samooceną, umiejętnościami interpersonalnymi, strategiami autoafirmującą, regulującą emocje, społeczno-relacyjną, polityczno-upodmiotawiającą oraz negatywny związek ze strategią prewencyjno-przygotowawczą, stylami wycofująco-masochistycznym i buntowniczo-podejrzliwym. Wykazano pozytywny związek pomiędzy poziomem ogólnym ujawnienia swojej transpłciowości a poczuciem psychicznej męskości i kobiecości, spostrzeganym wsparciem społecznym, ekstrawersją, stabilnością emocjonalną, otwartością na doświadczenia, stylami kierowniczo-autorytatywnym, podtrzymująco-przesadnie opiekuńczym i uległo-zależnym, samooceną, umiejętnością nawiązywania kontaktu, wyrażania negatywnych emocji, ujawniania siebie, strategiami autoafirmującą, regulującą emocje, poznawczo-restrukturyzującą i społeczno-relacyjną oraz negatywny związek ze strategią prewencyjno-przygotowawczą, stylami wycofująco-masochistycznym i buntowniczo-podejrzliwym.

W badaniu zaobserwowano pozytywny związek pomiędzy długością okresu funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje, a sumiennością, stabilnością emocjonalną, samooceną, strategiami autoafirmującą i duchowo-religijną, oraz negatywny związek ze strategią prewencyjno-przygotowawczą i stylem wycofująco-masochistycznym.

Spośród zaproponowanych przez Mizock i Mueser (2014) strategii radzenia sobie z transfobią w prezentowanych badaniach relację pomiędzy spostrzeganą a zinternalizowaną transfobią mediują strategie płciowo-normatywna, autoafirmująca i prewencyjno-przygotowawcza. Pierwsza i ostatnia z nich stosowane w obliczu doświadczanej dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej transfobią zdają się nasilać zinternalizowaną transfobię. Wyniki te są spójne z aktualnym rozumieniem stresu mniejszościowego doświadczanego przez osoby z mniejszości płciowych (Hendricks i Testa, 2012; Testa i in., 2015; Rood, Maroney i in., 2017; Rood, Reisner i in., 2017; Galupo i in., 2020; Lindley i Galupo, 2020) – strategie opierające się na ukrywaniu statusu mniejszościowego oraz podporządkowywaniu się cisnormom nasilają internalizację transfobii. W tym przypadku charakter buforujący ma tylko strategia autoafirmująca, polegająca na rozwijaniu poczucia własnej wartości oraz samoświadomości w obliczu dyskryminacji (Mizock i Mueser, 2014). Również strategia społeczno-relacyjna zdaje się obniżać poziom zinternalizowanej transfobii, jednak nie w modelu mediacji.

Istotne wnioski w kontekście strategii radzenia sobie z transfobią płyną z analizy mediacji relacji pomiędzy poszczególnymi sposobami radzenia sobie z piętnem a zinternalizowaną transfobią, gdzie mediatorem było spostrzegane wsparcie społeczne. Istotne mediacje zaobserwowano w przypadku strategii autoafirmującej, regulującej emocje, prewencyjno-przygotowawczej i polityczno-upodmiotawiającej. W tym przypadku do strategii, które wspierają pozyskiwanie wsparcia społecznego pomagającego redukować poziom internalizacji piętna, należą strategie: autoafirmująca, regulująca emocje i polityczno-upodmiotawiająca. Dezadaptacyjny charakter, i w tym przypadku, miała strategia prewencyjno-przygotowawcza.

Przeprowadzone analizy wykazały pozytywny związek między strategią płciowo-normatywną a poczuciem psychicznej kobiecości, ugodowością i sumiennością, stylami podtrzymująco-przesadnie opiekuńczym, uległo-zależnym, wycofująco-masochistycznym oraz negatywny związek z poczuciem psychicznej męskości, stabilnością emocjonalną, otwartością na doświadczenia oraz samooceną.

W odniesieniu do strategii autoafirmującej, w badaniu ujawniono pozytywny jej związek z poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, spostrzeganym wsparciem społecznym, ekstrawersją, ugodowością, sumiennością, stabilnością emocjonalną, stylami kierowniczo-autorytatywnym i współpracująco-narcystycznym, samooceną, umiejętnością nawiązywania kontaktu, ujawniania siebie, zarządzania konfliktem oraz negatywny związek ze stylem wycofująco-masochistycznym. Natomiast w przypadku strategii regulującej emocje analizy wykazały jej pozytywny związek z poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, spostrzeganym wsparciem społecznym, ekstrawersją, sumiennością, stabilnością emocjonalną, otwartością na doświadczenia, stylami kierowniczo-autorytatywnym i współzawodniczącо-narcystycznym, samooceną, umiejętnością nawiązywania kontaktu, wyrażania negatywnych emocji i ujawniania siebie oraz negatywny związek ze stylem wycofująco-masochistycznym.

Przeprowadzone analizy wykazały pozytywny związek pomiędzy strategią poznawczo-restrukturyzującą a poczuciem psychicznej kobiecości, stylami podtrzymująco-przesadnie opiekuńczym i uległo-zależnym, samooceną, umiejętnością nawiązywania kontaktu i zarządzania konfliktem oraz negatywny związek ze stylem buntowniczo-podejrzliwym. W przypadku strategii społeczno-relacyjnej zaobserwowano pozytywny jej związek z poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, spostrzeganym wsparciem społecznym, ekstrawersją

i ugodowością, stylami podtrzymująco-przesadnie opiekuńczym, współpracująco-przyjacielskim i uległo-zależnym, umiejętnościami interpersonalnymi (nawiązywania kontaktu, wyrażania negatywnych emocji, ujawniania siebie, zarządzania konfliktem oraz okazywania wsparcia emocjonalnego) oraz negatywny związek ze stylem buntowniczo-podejrzliwym. W przypadku stylu prewencyjno-przygotowawczego w badaniu zaobserwowano jego pozytywny związek ze stylami współpracująco-przyjacielskim, wycofująco-masochistycznym, buntowniczo-podejrzliwym oraz negatywny związek z poczuciem psychicznej męskości, spostrzeganym wsparciem społecznym, ekstrawersji, stabilnością emocjonalną, samooceną, umiejętnością nawiązywania kontaktu, wyrażania negatywnych emocji i ujawniania siebie. W badaniu stwierdzono negatywny związek między strategią odcinania się a ekstrawersją, otwartością na doświadczenia i umiejętnością ujawniania siebie. W przypadku strategii korzystania z zasobów analizy statystyczne wskazały jej pozytywny związek z poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, spostrzeganym wsparciem społecznym, ekstrawersją, ugodowością, sumiennością, stylami kierowniczo-autorytatywnym, uległo-zależnym i współzawodniczącо-narcystycznym, umiejętnością nawiązywania kontaktu, wyrażania negatywnych emocji oraz ujawniania siebie. W badaniu zaobserwowano pozytywny związek między strategią duchowo-religijną a poczuciem psychicznej kobiecości, stylami buntowniczo-podejrzliwym i współzawodniczącо-narcystycznym oraz negatywny związek ze stabilnością emocjonalną. W przypadku strategii polityczno-upodmiotawiającej analizy statystyczne wykazały pozytywny związek z poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, spostrzeganym wsparciem społecznym, ekstrawersją, ugodowością, otwartością na doświadczenia, stylami kierowniczo-autorytatywnym, podtrzymująco-przesadnie opiekuńczymi uległo-zależnym, samooceną, umiejętnością nawiązywania kontaktu, wyrażania negatywnych emocji, ujawniania siebie i okazywania wsparcia emocjonalnego.

Wśród zmiennych osobowościowych istotnym mediatorem relacji zachodzącej między spostrzeganą a zinternalizowaną transfobią okazała się ekstrawersja. Wskazuje to, że pozytywna emocjonalność, towarzyskość oraz przyjacielskie nastawienie w obliczu doświadczanej dyskryminacji i/lub przemocy pomagają redukować ich wpływ na internalizację piętna. W dalszych analizach mediacji ujawniono, że ekstrawersja potencjalnie sprzyja również pozyskiwaniu wsparcia społecznego. Podobny wpływ na zinternalizowaną transfobię oraz spostrzegane wsparcie społeczne zaobserwowano w przypadku stabilności

emocjonalnej oraz otwartości na doświadczenia. Z kolei sumienność zdaje się ograniczać internalizację transfobii, jednak nie w modelu mediacji.

W kontekście płci psychologicznej, poczucie psychicznej męskości zdaje się wpływać pozytywnie na wzrost spostrzeganego wsparcia społecznego i spadek poziomu zinternalizowanej transfobii. Zależność ta może wynikać z tego, że cechy stereotypowo związane z męskością, takie jak asertywność, mogą sprzyjać zarówno pozyskiwaniu wsparcia społecznego, jak i restrukturyzacji dezadaptacyjnych przekonań będących konsekwencją napiętnowania (Mandal, 2003, 2004).

Poziomy spostrzeganego wsparcia społecznego w przeprowadzonych analizach okazały się nieistotnymi mediatorami w relacji między spostrzeganą a zinternalizowaną transfobią. Jednak zarówno spostrzegane wsparcie społeczne – emocjonalne, instrumentalne, jak i jego ogólny poziom zdają się wpływać na spadek zinternalizowanej transfobii, spostrzegane wsparcie społeczne zaś jest redukowane przez spostrzeganą transfobię.

Podobny charakter ma relacja między spostrzeganą i zinternalizowaną transfobią a samooceną. Spostrzegane wsparcie społeczne zdaje się jednak mediować relację między samooceną a zinternalizowaną transfobią. Pozytywna samoocena zdaje się mieć w tym przypadku jednoznacznie adaptacyjny charakter.

Pośród umiejętności interpersonalnych istotnym mediatorem relacji między spostrzeganą a zinternalizowaną transfobią okazała się umiejętność ujawniania siebie. Wyniki te zdają się być zgodne z teoretycznymi podstawami modelu stresu mniejszościowego doświadczanego przez osoby z mniejszości płciowych (Hendricks i Testa, 2012; Testa i in., 2015; Lindley i Galupo, 2020). Umiejętność ujawniania prywatnych informacji, a w kontekście problematyki niniejszej pracy – ujawniania swojego statusu mniejszościowego w sposób dostosowany do sytuacji, może sprzyjać takim doświadczeniom, które będą przekładać się na mniejszy poziom zinternalizowania piętna. Dalsze analizy mediacji wykazały, że umiejętność wyrażania negatywnych emocji w sposób adaptacyjny i asertywny sprzyja pozyskiwaniu wsparcia społecznego i hamowaniu internalizacji piętna. Również umiejętność nawiązywania kontaktu ma redukować zinternalizowaną transfobię, gdzie potencjalnie może mieć wpływ umiejętne wywieranie pierwszego wrażenia na innych, pozyskiwanie akceptacji w tych relacjach i hamowanie internalizowania piętna.

Wśród stylów ustosunkowań interpersonalnych istotnym mediatorem relacji zachodzącej między spostrzeganą a zinternalizowaną transfobią okazał

się styl buntowniczo-podejrzliwy, który w obliczu uzyskanych wyników zdaje się nasilać wpływ doświadczanej dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej uprzedzeniami wobec osób transpłciowych i niebinarnych. Wynikać to może między innymi z – charakterystycznych dla tego stylu – braku zaufania do innych i bierno-agresywnych zachowań w relacjach interpersonalnych które mogą sprzyjać występowaniu w nich napięć oraz większej ilości sytuacji wzmacniających internalizację piętna. Analizy mediacji związków między stylami ustosunkowań interpersonalnych a zinternalizowaną transfobią wykazały, że spostrzegane wsparcie społeczne pośredniczy w przypadku relacji między stylami kierowniczo-autorytatywnym, wycofująco-masochistycznym i buntowniczo-podejrzliwym a poziomem zinternalizowania transfobii. Wyniki analizy mediacji wskazują, że adaptacyjny charakter posiada tylko styl kierowniczo-autorytatywny, ponieważ sprzyja hamowaniu internalizacji piętna i pozyskiwaniu wsparcia społecznego.

Przeprowadzone analizy różnic międzygrupowych wykazały, że osoby o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu częściej stosują strategię płciowo-normatywną niż osoby o męskiej płci przypisanej po urodzeniu, które z kolei deklarują wyższe poziomy spostrzeganej transfobii. Tymczasem osoby o binarnej tożsamości płciowej częściej stosują strategię płciowo-normatywną oraz deklarują wyższy poziom zinternalizowanej transfobii niż osoby o niebinarnej tożsamości płciowej, które to częściej stosują strategie duchowo-religijną i polityczno-upodmiotowającą. Natomiast osoby posiadające diagnozę transseksualizmu / dysforii płciowej częściej stosują strategie płciowo-normatywną i korzystania z zasobów oraz deklarują wyższy poziom zinternalizowanej transfobii niż osoby, które nie posiadają takiej diagnozy, i częściej stosują strategię polityczno-upodmiotawiającą. Osoby, które nie podejmują się hormonalnych interwencji afirmujących płeć, częściej stosują strategię prewencyjno-przygotowawczą niż osoby, które ich się podjęły. Natomiast osoby, które podjęły się chirurgicznych interwencji afirmujących płeć, częściej stosują strategię duchowo-religijną niż osoby, które tych interwencji nie podjęły się; te drugie częściej stosują strategie społeczno-relacyjną i polityczno-upodmiotawiającą. Zidentyfikowano różnice zdają się wskazywać na to, że osoby podejmujące się interwencji medycznych afirmujących płeć (jak również poddające się diagnostyce) rzadziej stosują strategie radzenia sobie z transfobią, których, jak się zdaje, jednym z kluczowych aspektów jest legitymizacja płci doświadczanej, co może wynikać z tego, że wspomniane interwencje w ich przypadku mają ją

uprawomocniać. Podobnie – w przypadku wykazanych różnic pomiędzy osobami o binarnej i niebinarnej tożsamości płciowej – kluczowym aspektem może być źródło legitymizacji doświadczanej płci. Interesujący jest również wyższy poziom zinternalizowania piętna wśród osób, które posiadają diagnozę transseksualizmu / dysforii płciowej, niż wśród osób, które jej nie posiadają – na zaobserwowaną zależność może wpływać medykalizacja (w tym psychiatryzacja) doświadczanej płci.

Odnosząc zaprezentowane wyniki do postawionych hipotez badawczych, można stwierdzić, że każda z nich została przynajmniej częściowo potwierdzona.

6.4. Potencjalne zastosowania praktyczne wyników badań

Głównym obszarem zastosowania w praktyce wyników i wniosków płynących z przedstawionych badań zdaje się być pomoc psychologiczna. Wyniki te wskazują, jakie obszary funkcjonowania osób transpłciowych i niebinarnych są narażone na wpływ dyskryminacji i/lub przemocy motywowanej transfobią. Na pierwszy plan wysuwa się tu doświadczana dyskryminacja, ponieważ w znacznej mierze przyczynia się ona do występowania zaburzeń psychicznych w grupie osób z mniejszości płciowych (Chakrapani i in., 2018; Hughto i Reisner, 2018; Jäggi i in., 2018; Smith i in., 2018; Tabaac i in., 2018; Brewster i in., 2019; Carter i in., 2019; Dyar i in., 2019; Kidd i in., 2019; Liu i in., 2019; Parr i Howe, 2019; Johnson, LeBlanc i in., 2020; Kattari i in., 2020; Kcomt, Evans-Polce i in., 2020; Keating i Muller, 2020; Kota i in., 2020; Puckett i in., 2020; Radusky i in., 2020; Tan, Ellis i in., 2020; Truszczynski i in., 2020). Ważne jest promowanie adaptacyjnych strategii radzenia sobie z transfobią, które nie nasilają internalizacji piętna, mającej, jak wielokrotnie wykazano, negatywny wpływ na zdrowie psychiczne (Breslow i in., 2015; Fisher i in., 2016; Brennan i in., 2017; Fisher, Castellini i in., 2017; Barr, 2018; Jackman, Dolezal i in., 2018; Scandurra i in., 2018; Staples i in., 2018; Ashraf i Khan, 2019; Cronin i in., 2019; Watson, Fish i in., 2019; Lee, Operario i in., 2020; Scandurra i in., 2020). W kontekście radzenia sobie z transfobią adaptacyjne są więc te strategie, które pozwalają redukować doświadczanie transfobii ze strony innych, a jednocześnie nie hamują kształtowania dumy z własnej tożsamości mniejszościowej i przynależności do grupy mniejszościowej, wspierają ten proces (Corrigan i in., 2013; Scandurra i in., 2017; Perrin i in., 2020); strategie, które nie polegają przede wszystkim na

bezkrytycznym ukrywaniu swojego statusu mniejszościowego lub podporządkowywaniu się, wbrew sobie, cispłciowym normom.

Kolejnym czynnikiem wpływającym negatywnie na zdrowie psychiczne osób z mniejszości płciowych jest dysforia płciowa (Gonzalez, 2017; Jackman, Dolezal i in., 2018; Chodzen i in., 2019). Jak wykazały wyniki omawianych tu badań, dodatkowo nasila ona już i tak niekorzystny wpływ zinternalizowanej transfobii. W tym przypadku zdaje się istotne między innymi wzmacnianie eksplorowania ekspresji płciowej w zgodzie z płcią doświadczaną przez jednostkę, oprócz interwencji chirurgicznych afirmujących płeć (jeśli sama osoba zainteresowana widzi potrzebę podjęcia się ich). Za istotne należy też uznać uwzględnienie interwencji związanych z samooceną i samoakceptacją (Strain i Shuff, 2011; Gonzalez i in., 2012; Stotzer i in., 2014; Bouman, Davey i in., 2016; Glynn i in., 2016; Reyes i in., 2016; Gonzalez i in., 2017; Timmins i in., 2017; Witcomb i in., 2018; Chang i in., 2019; Lindley i Galupo, 2020; Perrin i in., 2020), które powiązane są, jak wykazano, z bardziej adaptacyjnymi strategiami radzenia sobie z piętnem.

W kontekście relacji interpersonalnych i umiejętności społecznych wydaje się istotne rozwijanie umiejętności nawiązywania kontaktu, wyrażania negatywnych emocji oraz ujawniania siebie, które mogą sprzyjać doświadczaniu afirmujących relacji i wsparcia społecznego, hamującemu proces internalizacji piętna.

Przeprowadzone analizy różnic grupowych wskazują na potencjalnie szczególnie ważne obszary, które powinny być uwzględnione w interwencjach psychologicznych i terapeutycznych w analizowanych grupach. W przypadku osób o męskiej płci przypisanej po urodzeniu wydaje się, że powinno się kłaść nacisk na wzmacnianie i rozwijanie wachlarza strategii radzenia sobie z dyskryminacją oraz przemocą motywowaną transfobią. Z kolei w postępowaniu terapeutycznym dotyczącym osób o binarnej tożsamości płciowej większy nacisk powinien być położony na restrukturyzację przekonań związanych ze zinternalizowanym piętnem niż w przypadku osób o niebinarnej tożsamości płciowej. Natomiast w odniesieniu do osób rozpoczynających proces tranzycji medycznej powinno się również uwzględniać wpływ medykalizacji i psychiatryzacji na poziom internalizacji piętna.

Bibliografia

Abramovich, A., Oliveira, C. de, Kiran, T., Iwajomo, T., Ross, L. E., i Kurdyak, P. (2020). Assessment of health conditions and health service use among transgender patients in Canada. *JAMA Network Open*, *3*(8), e2015036-e2015036. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.15036

Abreu, R. L., Gonzalez, K. A., Capielo Rosario, C., Lockett, G. M., Lindley, L., i Lane, S. (2021). "We are our own community": Immigrant Latinx transgender people community experiences. *Journal of Counseling Psychology*, *68*(4), 390–403. https://doi.org/10.1037/cou0000546

Abreu, R. L., Gonzalez, K. A., Mosley, D. V., Pulice-Farrow, L., Adam, A., i Duberli, F. (2020). "They feel empowered to discriminate against las chicas": Latina transgender women's experiences navigating the healthcare system. *International Journal of Transgender Health*, *23*(1–2), 178–193. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1767752

Acker, G. M. (2017). Transphobia among students majoring in the helping professions. *Journal of Homosexuality*, *64*(14), 2011–2029. https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1293404

Adams, N., Hitomi, M., i Moody, C. (2017). Varied reports of adult transgender suicidality: synthesizing and describing the peer-reviewed and gray literature. *Transgender Health*, *2*(1), 60–75. https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0036

Adams, E. M., Hitter, T. L., i Longoria, V. (2021). A loving kindness meditation to heal from heterosexism, transphobia, and other forms of oppression. W: J. S. Whitman i C. J. Boyd (eds.), *Homework assignments and handouts for LGBTQ+ clients: A mental health and counseling handbook* (s. 82–89). Columbia University Press.

Adessa, M., Weston, Z., Ruthberg, J., i Bryson, P. C. (2023). Gender-affirming voice modification for transgender women: characteristics and outcomes. *Transgender Health*, *8*(4), 352–362. https://doi.org/10.1089/trgh.2021.0071

Adler, R. K., Hirsch, S. i Pickering, J. (eds.). (2018). *Voice and communication therapy for the transgender/gender diverse client: A comprehensive clinical guide*. Plural Publishing.

Adorno, T., Frenkel-Brenswik, E., Levinson, D. J., i Nevitt Sanford, R. (2019). *The authoritarian personality*. Verso Books.

Aghabikloo, A., Bahrami, M., Saberi, S. M., i Emamhadi, M. A. (2012). Gender identity disorders in Iran; request for sex reassignment surgery. *International Journal of Medical Toxicology and Forensic Medicine*, *2*(4), 128–134.

Agosto, S., Reitz, K., Ducheny, K., i Moaton, T. (2019). Substance use and recovery in the transgender and gender nonconforming (TGNC) older adult community. W: C. Hardacker, K. Ducheny i M. Houlberg, (eds.), *Transgender and gender nonconforming health and aging* (s. 97–112). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-95031-0_6

Aguirre-Sánchez-Beato, S. (2020). Explaining transphobia and discrimination against trans people: A review of theoretical approaches. *Psicologia & Sociedade*, *32*, e190274. https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32190274

Ainsworth, T. A., i Spiegel, J. H. (2010). Quality of life of individuals with and without facial feminization surgery or gender reassignment surgery. *Quality of Life Research*, *19*(7), 1019–1024. https://doi.org/10.1007/s11136-010-9668-7

Akcakaya, R. L. R., i Mori, D. L. (2021). The assessment of readiness and consent for hormone therapy: A semi-structured interview for use with transgender and gender nonconforming individuals. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, *62*(3), 345–352. https://doi.org/10.1016/j.psym.2020.02.008

Alessi, E. J., Greenfield, B., Manning, D., i Dank, M. (2020). Victimization and resilience among sexual and gender minority homeless youth engaging in survival sex. *Journal of interpersonal violence*, *36*(23–24), 11236–11259. https://doi.org/10.1177%2F0886260519898434

Ålgars, M., Alanko, K., Santtila, P., i 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

Ali, N., Fleisher, W., i Erickson, J. (2016). Psychiatrists' and psychiatry residents' attitudes toward transgender people. *Academic Psychiatry*, *40*, 268–273. https://doi.org/10.1007/s40596-015-0308-y

Allgayer, R. M. M., Silva Borba, G. da, Moraes, R. S., Ramos, R. B., i Spritzer, P. M. (2023). The effect of gender-affirming hormone therapy on the risk of subclinical atherosclerosis in the transgender population: a systematic review. *Endocrine Practice*, *29*(6), 498–507. https://doi.org/10.1016/j.eprac.2022.12.017

Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice.* Perseus Book Publishing, L.L.C.

Altemeyer, B. (1988). *Enemies of freedom: Understanding right-wing authoritarianism.* Jossey-Bass.

Altman, K. (2018). Facial feminization surgery. W: W. P. Bouman i J. Arcleus (eds.), *The transgender handbook: A guide for transgender people, their families and professionals* (s. 301–318). Nova Science.

Alves Rodrigues, C., Marguilho, M., Ferreira, B., Nascimento, S., Nascimento, M., Cardoso, S., Silva, M., Pablo, A. C., Soares, C., Fernandes, C., i Gonçalves, M. (2024). Gender dysphoria: Concepts, diagnosis and clinical management. *Acta medica portuguesa*, *37*(5), 379–385. https://doi.org/10.20344/amp.21057

Amend, B., Seibold, J., Toomey, P., Stenzl, A., i Sievert, K. D. (2013). Surgical reconstruction for male-to-female sex reassignment. *European Urology*, *64*(1), 141–149. https://doi.org/10.1016/j.eururo.2012.12.030

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. Text revision. DSM-IV-TR* American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. Text revision. DSM-5-TR (2013).* American Psychiatric Association.

American Psychological Association (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*, *70*(9), 832–864.

Anchersen, P. (1957). Problems of transvestism. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *31* (suppl. 106), 249–256.

Anderson, B. F. (1997). Ethical implications for psychotherapy with individuals seeking gender reassignment. W: G. E. Israel i D. E. Tarver (eds.), *Transgender care: Recommended guidelines, practical information, and personal accounts* (s. 185–189). Temple University Press.

Anderson, Ch., i Loftus, G. (1970). *Life and letters of Vasco Núñez de Balboa*. Greenwood Press.

Anderson, V. N. (2018). Cisgender men and trans prejudice: Relationships with sexual orientation and gender self-esteem. *Psychology of Men & Masculinity*, *19*(3), 373–384. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/men0000125

Anderssen, N., Sivertsen, B., Lønning, K. J., i Malterud, K. (2020). Life satisfaction and mental health among transgender students in Norway. *BMC public health*, *20*(1), 1–11. https://doi.org/10.1186/s12889-020-8228-5

Andrinopoulos, K., Hembling, J., Guardado, M. E., Maria Hernández, F. de, Nieto, A. I., i Melendez, G. (2015). Evidence of the negative effect of sexual minority stigma on HIV testing among MSM and transgender women in San Salvador, El Salvador. *AIDS and Behavior*, *19*(1), 60–71. https://doi.org/10.1007/s10461-014-0813-0

Ansara, Y. G., i Hegarty, P. (2012). Cisgenderism in psychology: Pathologising and misgendering children from 1999 to 2008. *Psychology and Sexuality*, *3*(2), 137–160. https://doi.org/10.1080/19419899.2011.576696

Anspach, R. R. (1979). From stigma to identity politics: Political activism among the physically disabled and former mental patients. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, *13*, 765–773. https://doi.org/10.1016/0271-7123(79) 90123-8

Antonil, C. (2018). Voice, speech and language therapy. W: W. P. Boumani i J. Arcleus (eds.), *The transgender handbook: A guide for transgender people, their families and professionals* (s. 319–332). Nova Science.

Antoszewski, B., Kasielska, A., Jędrzejczak, M., i Kruk-Jeromin, J. (2007). Knowledge of and attitude toward transsexualism among college students. *Sexuality and Disability*, *25*(1), 29–35. https://doi.org/10.1007/s11195-006-9029-1

Antoszewski, B., Kasielska, A., Jędrzejczak, M., i Kruk-Jeromin, J. (2008). Akceptacja transseksualizmu wśród studentów łódzkich uczelni wyższych. *Psychiatria Polska*, *42*(1), 125–134.

Antoszewski, B., Kasielska, A., i Kruk-Jeromin, J. (2009). Stereotyp transseksualisty typu kobieta-mężczyzna wśród studentów uczelni wyższych na podstawie dyferencjału semantycznego. *Psychiatria Polska*, *43*(6), 729–737.

Antoszewski, B., Kruk-Jeromin, J., i Malinowski, A. (1998). Body structure of female-to-male transsexuals. *Acta Chirurgica Plastica*, *40*(2), 54–58.

Antoszewski, B., Zadzińska, E., i Foczpański, J. (2009). The metric features of teeth in female-to-male transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, *38*(3), 351–358. https://doi.org/10.1007/s10508-008-9315-3

Anzani, A., Morris, E. R., i Galupo, M. P. (2019). From absence of microaggressions to seeing authentic gender: Transgender clients' experiences with microaffirmations in therapy. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, *13*(4), 258–275. https://doi.org/10.1080/15538605.2019.1662359

Anzani, A., Panfilis, C. D., Scandurra, C., i Prunas, A. (2020). Personality disorders and personality profiles in a sample of transgender individuals requesting gender-affirming treatments. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(5), 1521. https://doi.org/10.3390/ijerph17051521

Aranda, G., Halperin, I., Gomez-Gil, E., Hanzu, F. A., Seguí, N., Guillamon, A., i Mora, M. (2021). Cardiovascular risk associated with gender affirming hormone therapy in transgender population. *Frontiers in Endocrinology*, *12*, 718–200. https://doi.org/10.3389/fendo.2021.718200

Arayasirikul, S., i Wilson, E. C. (2019). Spilling the T on trans-misogyny and microaggressions: An intersectional oppression and social process among trans women. *Journal of Homosexuality*, *66*(10), 1415–1438. https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1542203

Arayasirikul, S., Wilson, E. C., i Raymond, H. F. (2017). Examining the effects of transphobic discrimination and race on HIV risk among transwomen in San Francisco. *AIDS and Behavior*, *21*(9), 2628–2633. https://doi.org/10.1007/s10461-017-1728-3

Arcelus, J., Bouman, W. P., Noortgate, W. van den, Claes, L., Witcomb, G., i Fernandez-Aranda, F. (2015). Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *European Psychiatry*, *30*(6), 807–815. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.005

Arcelus, J., Claes, L., Witcomb, G. L., Marshall, E., i Bouman, W. P. (2016). Risk factors for non-suicidal self-injury among trans youth. *Journal of Sexual Medicine*, *13*(3), 402–412. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.003

Arístegui, I., Radusky, P. D., Zalazar, V., Lucas, M., i Sued, O. (2018). Resources to cope with stigma related to HIV status, gender identity, and sexual orientation in gay men and transgender women. *Journal of Health Psychology*, *23*(2), 320–331. https://doi.org/10.1177%2F1359105317736782

Arnež, Z. M., Ramella, V., i Papa, G. (2015). Total phallic reconstruction in female-to-male transsexuals by the pedicle anterolateral (ALT) flap. W: C. Trombetta,

G. Liguori i M. Bertolotto (eds.), *Management of gender dysphoria* (s. 241–248). Springer Milan.

Ash, M., i Mackereth, C. J. (2013). Assessing the mental health and wellbeing of the lesbian, gay, bisexual and transgender population. *Community Practitioner*, *86*(3), 24–27.

Ashbrook, E. (2017). A discussion on whether gender roles are the main barrier to the achievement of sex equality. *Androgyny*, *1*(1), 11–16.

Ashley, F. (2019). The misuse of gender dysphoria: Toward greater conceptual clarity in transgender health. *Perspectives on Psychological Science*, *16*(6), 1159–1164. https://doi.org/d100i.1or1g7/170/.1177475/617941561991861792897827 98

Ashley, F. (2020). Homophobia, conversion therapy, and care models for trans youth: Defending the gender-affirmative approach. *Journal of LGBT Youth*, *17*(4), 361–383. https://doi.org/10.1080/19361653.2019.1665610

Ashley, F., Parsa, N., kus, t., i MacKinnon, K. R. (2024). Do gender assessments prevent regret in transgender healthcare? A narrative review. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *11*(4), 553–562. https://doi.org/10.1037/sgd0000672

Ashley, F., St. Amand, C. M., i Rider, G. N. (2021). The continuum of informed consent models in transgender health. *Family Practice*, *38*(4), 543–544. https://doi.org/10.1093/fampra/cmab047

Ashraf, R., i Khan, N. (2019). Internalized transphobia, copying strategies and common mental disorders in transgender. *European Journal of Research in Social Sciences*, (1), 13–26.

Askevis-Leherpeux, F., Chenelière, M. de la, Baleige, A., Chouchane, S., Martin, M.-J., Robles-García, R., i Roelandt, J.-L. (2019). Why and how to support depsychiatrisation of adult transidentity in ICD-11: A French study. *European Psychiatry*, *59*, 8–14. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.03.005

Asokan, A., Sudheendran, M. K., Mohandas, M., George, P. S., i Nair, R. M. (2023). Facial feminization surgery: Preoperative planning and surgical technique for a harmonious outcome. *Indian Journal of Plastic Surgery: Official Publication of the Association of Plastic Surgeons of India*, *56*(4), 298–309. https://doi.org/10.1055/s-0042-1759692

Asscheman, H., Gooren, L. J. G., i Eklund, P. L. E., (1989). Mortality and morbidity in transsexual patients with cross-gender hormone treatment. *Metabolism*, *38*(9), 869–873. https://doi.org/10.1016/0026-0495(89)90233-3

Asscheman, H., T'Sjoen, G., Lemaire, A., Mas, M., Meriggiola, M. C., Mueller, A., Kuhn, A., Dhejne, C., Morel-Journel, N., i Gooren, L. J. (2014). Venous thrombo-embolism as a complication of cross-sex hormone treatment of male-to-female transsexual subjects: A review. *Andrologia*, *46*(7), 791–795. https://doi.org/10.1111/and.12150

Astuti, D. A., i Kurniati, N. (2018). Factors influencing stigma to lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) among teenagers at Ngaran Village, Gamping, Sleman, Indonesia. *GHMJ (Global Health Management Journal), 2*(2), 19–24.

Atwood, S. (2016). *Implicit and explicit attitudes towards transgender people: The role of demographic and psychosocial variables* [referat]. Senior Symposium 2016,

Oberlin, OH, United States, 29.04.2016. Pobrano 12.08.2025 z https://digitalcommons.oberlin.edu/seniorsymp/2016/presentations/4

Auer, M. K., Höhne, N., Bazarra-Castro, M. Á., Pfister, H., Fuss, J., Stalla, G. K., Sievers, C., i Ising, M. (2013). Psychopathological profiles in transsexuals and the challenge of their special status among the sexes. *PLoS One*, *8*(10), e78469. http://www.doi.org/10.1371/journal.pone.0078469

Austin, A., i Craig, S. L. (2015a). Transgender affirmative cognitive behavioral therapy: Clinical considerations and applications. *Professional Psychology: Research and Practice*, *46*(1), 21–29. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0038642

Austin, A., i Craig, S. L. (2015b). Empirically supported interventions for sexual and gender minority youth. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, *12*(6), 567–578. https://doi.org/10.1080/15433714.2014.884958

Austin, A., i Craig, S. L. (2019). Transgender affirmative cognitive-behavioral therapy. W: J. E. Pachankis i S. A. Safren (eds.), *Handbook of evidence-based mental health practice with sexual and gender minorities* (s. 74–96). Oxford University Press.

Austin, A., Craig, S. L., i Alessi, E. J. (2016). Affirmative cognitive behavior therapy with transgender and gender nonconforming adults. *Psychiatric Clinics*, *40*(1), 141–156. https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.003

Austin, A., Craig, S. L., D'Souza, S., i McInroy, L. B. (2020a). Suicidality among transgender youth: Elucidating the role of interpersonal risk factors. *Journal of Interpersonal Violence*. https://doi.org/10.1177%2F0886260520915554

Austin, A., Craig, S. L., Navega, N., i McInroy, L. B. (2020b). It's my safe space: The life-saving role of the internet in the lives of transgender and gender diverse youth. *International Journal of Transgender Health*, *21*(1), 33–44. https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1700202

Austin, A., i Goodman, R. (2017). The impact of social connectedness and internalized transphobic stigma on self-esteem among transgender and gender non-conforming adults. *Journal of Homosexuality*, *64*(6), 825–841. https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1236587

Ayhan, C. H. B., Bilgin, H., Uluman, O. T., Sukut, O., Yilmaz, S., i 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. http://dx.doi.org/10.1177/0020731419885093

Azeem, R., Bin Zubair, U., Jalil, A., Kamal, A., Nizami, A., i Minhas, F., (2019). Prevalence of suicide ideation and its relationship with depression among transgender population. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, *29*(4), 349–352.

Babbar, P., Anup Shah, A., Abelson, B., i Rhee, A. C. (2020). Disorders of sexual development. W: C. A. Ferrando (ed.), *Comprehensive care of the transgender patient* (s. 25–33). Elsevier.

Bailey, J., Dunne, M., i Martin, N. (2000). Genetic and environmental influences on sexual orientation and its correlates in an Australian twin sample. *Journal*

of Personality and Social Psychology, *78*(3), 524–536. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.78.3.524

Bailey, M. (2014). Transgender workplace discrimination in the age of gender dysphoria and ENDA. *Law & Psychology Review*, *38*, 193–210.

Bailey, M. (2011). Gender/Racial realness: Theorizing the gender system in ballroom culture. *Feminist Studies*, *37*(2), 365–386. http://www.jstor.org/stable/23069907

Baker, K. E., Wilson, L. M., Sharma, R., Dukhanin, V., McArthur, K., i Robinson, K. A. (2021). Hormone therapy, mental health, and quality of life among transgender people: a systematic review. *Journal of the Endocrine Society*, *5*(4), bvab011. https://doi.org/10.1210/jendso/bvab011

Baldwin, A., Dodge, B., Schick, V. R., Light, B., Schnarrs, P. W., Herbenick, D., i Fortenberry, J. D. (2018). Transgender and genderqueer individuals' experiences with health care providers: what's working, what's not, and where do we go from here? *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, *29*(4), 1300–1318. http://doi.org/10.1353/hpu.2018.0097

Ball, J. R. R. (1968). Transsexualism and Transvestitism (II). *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *2*(1), 24–32. https://doi.org/10.3109/00048676809159204

Balsam, K. F., Martell, C. R., Jones, K. P., i Safren, S. A. (2019). Affirmative cognitive behavior therapy with sexual and gender minority people. W: G. Y. Iwamasa i P. A., Hays (ed.), *Culturally responsive cognitive behavior therapy: Practice and supervision* (s. 287–314). American Psychological Association.

Baltieri, D. A., i Andrade, A. G. de (2009). Schizophrenia modifying the expression of gender identity disorder. *Journal of Sexual Medicine*, *6*(4), 1185–1188. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00655.x

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., i 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. http://www.doi.org/10.1111/jsm.12062

Bandini, E., i Maggi, M. (2014). *Transphobia*. W: G. Corona, E. A. Jannini i M. Maggi (eds.), *Emotional, physical and sexual abuse* (s. 49–59). Springer.

Barbee, H., Hassan, B., i Liang, F. (2024). Postoperative regret among transgender and gender-diverse recipients of gender-affirming surgery. *JAMA Surgery*, *159*(2), 125–126. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2023.6052

Barbir, L. A., Vandevender, A. W., i Cohn, T. J. (2017). Friendship, attitudes, and behavioral intentions of cisgender heterosexuals toward transgender individuals. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, *21*(2), 154–170. https://doi.org/10.1080/19359705.2016.1273157

Barbone, F. (2015). Epidemiologic considerations on transsexualism. W: C. Trombetta, G. Liguori i M. Bertolotto (eds.), *Management of gender dysphoria* (s. 39–46). Springer Milan.

Barclay, J. M., i Scott, L. J. (2006). Transsexuals and workplace diversity: A case of "change" management. *Personnel Review*, *35*(4), 487–502.

Bariola, E., Lyons, A., Leonard, W., Pitts, M., Badcock, P., i Couch, M. (2015). Demographic and psychosocial factors associated with psychological distress and resilience among transgender individuals. *American Journal of Public Health*, *105*(10), 2108–2116. https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302763

Barnhart, W. R., Cui, S., Cui, T., Hong, D., i He, J. (2023). Transgender congruence, body appreciation, body dissatisfaction, and disordered eating in Chinese transgender adults. *International Journal of Eating Disorders*, *56*(6), 1125–1134. https://doi.org/10.1002/eat.23932

Barr, S. M. (2018). *Understanding the relationship between anti-transgender bias, non-affirmation, and post-traumatic stress: A model of internalized transphobia mediated post-traumatic stress* [praca dyplomowa, University of Louisville]. https://doi.org/10.18297/etd/3106

Barr, S. M., Budge, S. L., i Adelson, J. L. (2016). Transgender community belongingness as a mediator between strength of transgender identity and well-being. *Journal of Counseling Psychology*, *63*(1), 87–97. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/cou0000127

Barrett J. (1998). Psychological and social function before and after phalloplasty. *International Journal of Transgenderism*, *2*(1). Pobrano 16.11.2020 z http://www.symposion.com/ijt/ijtc0301.htm

Barrientos, J., Cárdenas, M., Gómez, F., i Guzmán, M. (2016). Gay men and male-to-female transgender persons in Chile: An exploratory quantitative study on stigma, discrimination, victimization, happiness and social well-being. W: T. Köllen (ed.), *Sexual orientation and transgender issues in organizations* (s. 253–270). Springer.

Barrington, C., Arandi, C. G., Aguilar-Martínez, J. M., i Miller, W. M. (2018). Understanding HIV disparities among transgender women in Guatemala: Linking social and structural factors to HIV vulnerability. W: D. Kerrigan i C. Barrington (eds.), *Structural dynamics of HIV* (s. 3–17). Springer.

Basson, R. J. (2001). Towards optimal hormonal treatment of male to female gender identity disorder. *Journal of Sexual and Reproductive Medicine*, *1*(1), 45–51.

Bättig, F. (1952). *Beitragezur Frage des Transvestitismus.* Dissertation Buchdruckerie. Fluntern.

Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M., i Boyce, M. (2009). "I don't think this is theoretical; this is our lives": How erasure impacts health care for transgender people. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, *20*(5), 348–361. https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.07.004

Bauer, G. R., Zong, X., Scheim, A. I., Hammond, R., i Thind, A. (2015). Factors impacting transgender patients' discomfort with their family physicians: a respondent-driven sampling survey. *PLoS One*, *10*(12), e0145046. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145046

Bauermeister, J. A., Goldenberg, T., Connochie, D., Jadwin-Cakmak, L., i Stephenson, R. (2016). Psychosocial disparities among racial/ethnic minority transgender young adults and young men who have sex with men living in Detroit. *Transgender Health*, *1*(1), 279–290. https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0027

Baumann, R. M., Hamilton-Wright, S., Riley, D. L., Brown, K., Hunt, C., Michalak, A., i Matheson, F. I. (2019). Experiences of violence and head injury among women and transgender women sex workers. *Sexuality Research and Social Policy*, *16*, 278–288. https://doi.org/10.1007/s13178-018-0334-0

Bazargan, M., Galvan, F. (2012). Perceived discrimination and depression among low-income Latina male-to-female transgender women. *BMC Public Health*, *12*(1), e663. http://www.doi.org/10.1186/1471-2458-12-663

Beazer, M., Breiger, M., i Keuroghlian, A. S. (2024). The role of psychiatry for transgender and gender diverse adults. *Harvard Review of Psychiatry*, *32*(2), 58–62. https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000392

Beck, J. S. (2012). *Terapia poznawczo-behawioralna: podstawy i zagadnienia szczegółowe.* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Becker-Hebly, I., Fahrenkrug, S., Campion, F., Richter-Appelt, H., Schulte-Markwort, M., i Barkmann, C. (2020). Psychosocial health in adolescents and young adults with gender dysphoria before and after gender-affirming medical interventions: a descriptive study from the Hamburg Gender Identity Service. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *30*(11), 1755–1767. https://doi.org/10.1007/s00787-020-01640-2

Becking, A. G., Tuinzing, D. B., Hage, J. J., i Gooren, L. J. (2007). Transgender feminization of the facial skeleton. *Clinics in Plastic Surgery*, *34*(3), 557–564. https://doi.org/10.1016/j.cps.2007.04.009

Beckman, K., Shipherd, J., Simpson, T., i Lehavot, K. (2018). Military sexual assault in transgender veterans: Results from a nationwide survey. *Journal of Traumatic Stress*, *31*(2), 181–190. https://doi.org/10.1002/jts.22280

Beckwith, N., McDowell, M. J., Reisner, S. L., Zaslow, S., Weiss, R. D., Mayer, K. H., i Keuroghlian, A. S. (2019). Psychiatric epidemiology of transgender and nonbinary adult patients at an urban health center. *LGBT Health*, *6*(2), 51–61. http://www.doi.org/10.1089/lgbt.2018.0136

Beemyn, B. (2003). Serving the needs of transgender college students. *Journal of Gay & Lesbian Issues in Education*, *1*(1), 1–26. https://doi.org/10.1300/J367v01n01_03

Beemyn, B. G. (2005). Making campuses more inclusive of transgender students. *Journal of Gay & Lesbian Issues in Education*, *3*(1), 77–87. https://doi.org/10.1300/J367v03n01_08

Beemyn, B., Curtis, B., Davis, M., i Tubbs, N. J. (2005). Transgender issues on campus. W: R. L. Sanlo (ed.), *Gender identity and sexual orientation: Research, policy, and personal perspectives: New directions for student services* (s. 49–60). Jossey-Bass.

Beemyn, G. (2012). The experiences and needs of transgender community college students. *Community College Journal of Research and Practice*, *36*(7), 504–510. https://doi.org/10.1080/10668926.2012.664089

Begun, S., i Kattari, S. K. (2016). Conforming for survival: Associations between transgender visual conformity/passing and homelessness experiences. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, *28*(1), 54–66. https://doi.org/10.1080/10538720.2016.1125821

Beijsterveldt, C. van, Hudziak, J., i Boomsma, D. (2006). Genetic and environment influences on cross-gender behavior and relation to behavior problems: A study of Dutch twins at ages 7 and 10. *Archives of Sexual Behavior*, *35*, 647–658. https://doi.org/10.1007/s10508-006-9072-0

Beitel, A. (1985). The spectrum of gender identity disturbances: An intrapsychic model. W: B. W. Steiner (ed.), *Gender dysphoria: Development, research, management* (s. 189–206). Springer US.

Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *42*(2), 155–162. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0036215

Bem, S. L. (1983). Gender schema theory and its implications for child development: Raising gender-aschematic children in a gender-schematic society. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, *8*(4), 598–616.

Benjamin, H. (1953). Transvestism and transsexualism. *International Journal of Sexology*, *7*, 12–14.

Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon.* Julian Press.

Benjamin, H., Gutheil, E. A., Deutsch, D., i Shervin, R. V. (1954). Transsexualism and transvestism – a symposium. *American Journal of Psychotherapy*, *8*, 219–244.

Benotsch, E. G., Zimmerman, R. S., Cathers, L., Heck, T., McNulty, S., Pierce, J., Perrin, P. B., i Snipes, D. J. (2014). Use of the internet to meet sexual partners, sexual risk behavior, and mental health in transgender adults. *Archives of Sexual Behavior*, *45*, 597–605. https://doi.org/10.1007/s10508-014-0432-x

Benotsch, E. G., Zimmerman, R., Cathers, L., McNulty, S., Pierce, J., Heck, T., Perrin, P. B., i Snipes, D. (2013). Non-medical use of prescription drugs, polysubstance use, and mental health in transgender adults. *Drug and Alcohol Dependence*, *132*(1–2), 391–394. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.027

Benson, K. E. (2013). Seeking support: Transgender client experiences with mental health services. *Journal of Feminist Family Therapy*, *25*(1), 17–40. https://doi.org/10.1080/08952833.2013.755081

Bentler, P. M. (1976). A typology of transsexualism: Gender identity theory and data. *Archives of sexual behavior*, *5*(6), 567–584. https://doi.org/10.1007/BF01541220

Bento, B., i Pelúcio, L. (2012). Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. *Revista Estudos Feministas*, *20*(2), 569–581. https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000200017

Bentz, E., Hefler, L. A., Kaufmann, U., Huber, J. C., Kolbus, A., i Tempfer, C. B. (2008). A polymorphism of the CYP17 gene related to sex steroid metabolism is associated with female-to-male but not male-to-female transsexualism. *Fertility and Sterility*, *90*(1), 56–59. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.05.056

Bergero-Miguel, T., García-Encinas, M. A., Villena-Jimena, A., Pérez-Costillas, L., Sánchez-Álvarez, N., de Diego-Otero, Y., i Guzman-Parra, J. (2016). Gender dysphoria and social anxiety: An exploratory study in Spain. *Journal of Sexual Medicine*, *13*(8), 1270–1278. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.05.009

Berli, J. U., Capitán, L., Simon, D., Bluebond-Langner, R., Plemons, E., i Morrison, S. D. (2017). Facial gender confirmation surgery – review of the literature and recommendations for Version 8 of the WPATH Standards of Care. *International Journal of Transgenderism*, *18*(3), 264–270. https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1302862

Bernal, G. (2006). Intervention development and cultural adaptation research with diverse families. *Family Process*, *45*(2), 143–151. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2006.00087.x

Berner, A. M., i Atkinson, S. E. (2024). The implications of hormone treatment for cancer risk, screening and treatment in transgender individuals. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, *38*(5), 101909. https://doi.org/10.1016/j.beem.2024.101909

Best, J., Tang, W., Zhang, Y., Han, L., Liu, F., Huang, S., Yang, B., Wei, Ch., i Tucker, J. D. (2015). Sexual behaviors and HIV/syphilis testing among transgender individuals in China: implications for expanding HIV testing services. *Sexually Transmitted Diseases*, *42*(5), 281–285. https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000269

Bettcher, T. M. (2007). Evil deceivers and make-believers: On transphobic violence and the politics of illusion. *Hypatia*, *22*(3), 43–65. https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2007.tb01090.x

Bettocchi C., i Spilotros, M. (2015). Surgical therapy: Phalloplasty with suprapubic flap, Pryor's technique. W: C. Trombetta, G. Liguori i M. Bertolotto (eds.), *Management of gender dysphoria* (s. 267–270). Springer Milan.

Bevan, D. J. (2015). *The psychobiology of transsexualism and transgenderism: A new view based on scientific evidence: A new view based on scientific evidence.* ABC-CLIO.

Bhargava, S. C., i Sethi, S. (2002). Transsexualism and schizophrenia: A case report. *Indian Journal of Psychiatry*, *44*(2), 177–178.

Bhatia, M. S., i Kaur, J. (2015). Homosexual obsessive compulsive disorder (HOCD): A rare case report. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*, *9*(1), VD01–VD02. https://doi.org/10.7860%2FJCDR%2F2015%2F10773.5377

Bhatt, N., Cannella, J., i Gentile, J. P. (2022). Gender-affirming care for transgender patients. *Innovations in Clinical Neuroscience*, *19*(4–6), 23–32.

Bhattacharya, S., i Ghosh, D. (2020). Studying physical and mental health status among hijra, kothi and transgender community in Kolkata, India. *Social Science & Medicine*, *265*, 113412. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113412

Bielska-Brodziak, A., Gawlik-Starzyk, A., Jakubowski, T., i Trofimiuk-Muldner, M. (2024). Split genders: Medical versus legal understanding of gender identity (*de lege lata* and *de lege ferenda*). *Bialostockie Studia Prawnicze*, *29*, 105–130.

Bieńkowska, M. (2013). Transobywatelstwo po polsku. Transseksualista/tka jako obywatel. *Pogranicze. Studia Społeczne*, *22*, 171–183. https://doi.org/10.15290/pss.2013.22.12

Bieschke, K. J., Perez, R. M., i DeBord, K. A. (2006). *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients.* American Psychological Association.

Bilodeau, B. (2005). Beyond the gender binary: A case study of two transgender students at a Midwestern Research University. *Journal of Gay & Lesbian Issues in Education*, *3*(1), 29–44. https://doi.org/10.1300/J367v03n01_05

Birkett, M., Newcomb, M. E., i Mustanski, B. (2015). Does it get better? A longitudinal analysis of psychological distress and victimization in lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning youth. *Journal of Adolescent Health*, *56*(3), 280–285. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.275

Bith-Melander, P., Sheoran, B., Sheth, L., Bermudez, C., Drone, J., Wood, W., i Schroeder, K. (2010). Understanding sociocultural and psychological factors affecting transgender people of color in San Francisco. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, *21*(3), 207–220. https://doi.org/10.1016/j.jana.2010,01.008

Bitton, M. S., i Weiss, S. (2024). The interrelations between resilience, distress, and transphobia among transgender individuals in Israel. *Current Psychology*, *43*(12), 10839–10849. https://doi.org/10.1007/s12144-023-05116-9

Bizic, M. R., i Djordjevic, M. L. (2020). Genital gender confirmation surgery for patients assigned female at birth. W: C. A. Ferrando (ed.), *Comprehensive care of the transgender patient* (s. 93–113). Elsevier.

Bizic, M. R., Stojanovic, B., Joksic, I., i Djordjevic, M. L. (2019). Metoidioplasty. *The Urologic Clinics of North America*, *46*(4), 555–566. https://doi.org/10.1016/j.ucl.2019.07.009

Blanchard, R. (1985). Typology of male-to-female transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, *14*, 247–261. https://doi.org/10.1007/BF01542107

Blanchard, R. (1988). Nonhomosexual gender dysphoria. *Journal of Sex Research*, *24*(1), 188–193. https://doi.org/10.1080/00224498809551410

Blanchard, R. (1989a). The classification and labeling of nonhomosexual gender dysphorics. *Archives of Sexual Behavior*, *18*, 315–334. https://doi.org/10.1007/BF01541951

Blanchard, R. (1989b). The concept of autogynephilia and the typology of male gender dysphoria. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *177*(10), 616–623. https://psycnet.apa.org/doi/10.1097/00005053-198910000-00004

Blanchard, R. (1994). A structural equation model for age at clinical presentation in nonhomosexual male gender dysphorics. *Archives of Sexual Behavior*, *23*, 311–320. https://doi.org/10.1007/BF01541566

Blanchard, R., Dickey, R., i Jones, C. L., (1995). Comparison of height and weight in homosexual versus nonhomosexual male gender dysphorics. *Archives of Sexual Behavior*, *24*, 543–554. https://doi.org/10.1007/BF01541833

Blaschke, E., Bales, G. T., i Thomas, S. (2014). Postoperative imaging of phalloplasties and their complications. *American Journal of Roentgenology*, *203*(2), 323–328. https://doi.org/10.2214/AJR.13.12190

Blehar, M. C., i Oren, D. A., (1995). Women's increased vulnerability to mood disorders: Integrating psychobiology and epidemiology. *Depression*, *3*(1–2), 3–12. https://doi.org/10.1002/depr.3050030103

Block, C., Papp, V., G., i Adler, R., K. (2018). Transmasculine voice and communication. W: R. K. Adler, S. Hirsch i J. Pickering (eds.), *Voice and communication therapy for the transgender/gender diverse client: A comprehensive clinical guide* (s. 141–190). Plural Publishing.

Blok, C. J. M. de, Dreijerink, K. M., i Heijer, M. den (2019). Cancer risk in transgender people. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, *48*(2), 441–452. https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.02.005

Blok, C. J. M. de, Klaver, M., Wiepjes, C. M., Nota, N. M., Heijboer, A. C., Fisher, A. D., Schreiner, T., T'Sjoen, G., i Heijer, M. den (2017). Breast development in transwomen after 1 year of cross-sex hormone therapy: Results of a prospective multicenter study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *103*(2), 532–538. https://doi.org/10.1210/jc.2017-01927

Blok, C. J. M. de, Wiepjes, C. M., Nota, N. M., Engelen, K. van, Adank, M. A., Dreijerink, K. M. A., Barbé, E., Konings, I. R. H. M., i Heijer, M. den (2018). Breast cancer in transgender people receiving hormone treatment: results of a nationwide cohort study. *Endocrine Abstracts*, *56*, 955.

Blosnich, J. R., Marsiglio, M. C., Gao, S., Gordon, A. J., Shipherd, J. C., Kauth, M., Brown, G. R., i Fine, M. J. (2016). Mental health of transgender veterans in US states with and without discrimination and hate crime legal protection. *American Journal of Public Health*, *106*(3), 534–540. https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302981

Bockting, W. (2015). Internalized transphobia. W: P. Whelehan i A. Bolin (eds), *The international encyclopedia of human sexuality* (s. 583–625). Wiley Blackwell. https://doi.org/10.1002/9781118896877.wbiehs236

Bockting, W., i Coleman, E. (2016). Developmental stages of the transgender coming-out process: Toward an integrated identity. W: R. Ettner, S. Monstrey i E. Coleman (eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (s. 137–158). Routledge.

Bockting, W., Coleman, E., Deutsch, M. B., Guillamon, A., Meyer, I., Meyer, W., Sevelius, J., i Ettner, R. (2016). Adult development and quality of life of transgender and gender nonconforming people. *Endocrinology & Diabetes and Obesity*, *23*(2), 188–197. https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000232

Bockting, W. O. (2013). Transgender identity development. W: D. L. Tolman i L. M. Diamond (eds.), *APA handbook of sexuality and psychology*: *Vol. 1. Person-based approaches* (s. 739–758). American Psychological Association.

Bockting, W. O. (2014). The impact of stigma on transgender identity development and mental health. W: B. P. C. Kreukels, T. D. Steensma i A. L. C. de Vries (eds.), *Gender dysphoria and disorders of sex development* (pp. 319–330). Springer.

Bockting, W. O., i Coleman, E. (2007). Developmental stages of the transgender coming out process: Toward an integrated identity. W: R. Ettner, S. Monstreyi E. Eyler (eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (s. 185–208). Haworth Press.

Bockting, W. O., Knudson, G., i Goldberg, J. M. (2006). Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism*, *9*(3–4), 35–82. https://doi.org/10.1300/J485v09n03_03

Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., i Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender

population. *American Journal of Public Health*, *103*(5), 943–951. https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301241

Bockting, W. O., Robinson, B. E., Forberg, J., i Scheltema, K. (2005). Evaluation of a sexual health approach to reducing HIV/STD risk in the transgender community. *AIDS care*, *17*(3), 289–303. https://doi.org/10.1080/09540120412331299825

Bodlund, O., i Armelius, K., (1994). Self-image and personality traits in gender identity disorder: An empirical study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *20*(4), 303–317. https://doi.org/10.1080/00926239408404380

Bodlund, O., i Kullgren, G., (1996). Transsexualism – general outcome and prognostic factors: A five-year follow-up study of nineteen transsexuals in the process of changing sex. *Archives of Sexual Behavior*, *25*(3), 303–316. https://doi.org/10.1007/BF02438167

Bonomi, P. U. (2000). *Lord Cornbury scandal: The politics of reputation in British America*. The University of North Carolina Press.

Boonyapisomparn, N., Manojai, N., Srikummoon, P., Bunyatisai, W., Traisathit, P., i Homkham, N. (2023). Healthcare discrimination and factors associated with gender-affirming healthcare avoidance by transgender women and transgender men in Thailand: findings from a cross-sectional online-survey study. *International Journal for Equity in Health*, *22*(1), 31. https://doi.org/10.1186/s12939-023-01843-4

Borgogna, N. C., McDermott, R. C., Aita, S. L., i Kridel, M. M. (2019). Anxiety and depression across gender and sexual minorities: Implications for transgender, gender nonconforming, pansexual, demisexual, asexual, queer, and questioning individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *6*(1), 54. http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000306

Bornstein, K. (1994). *Gender outlaw: On men, women, and the rest of us*. Random House.

Bornstein, K. (2013). *My gender workbook: How to become a real man, a real woman, the real you, or something else entirely*. Routledge.

Boroughs, M. S., Bedoya, C. A., O'Cleirigh, C., i Safren, S. A. (2015). Toward defining, measuring, and evaluating LGBT cultural competence for psychologists. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *22*(2), 151–171. https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/cpsp.12098

Borras, L., Huguelet, Ph., i Eytan, A. (2007). Delusional'pseudotranssexualism' in schizophrenia. *Psychiatry*, *70*(2), 175–179. https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.2.175

Bouman, M. B., Sluis, W. B. van der, Buncamper, M. E., Özer, M., Mullender, M. G., i Meijerink, W. J. (2016). Primary total laparoscopic sigmoid vaginoplasty in transgender women with penoscrotal hypoplasia: A prospective cohort study of surgical outcomes and follow-up of 42 patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *138*(4), 614e–623e. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000002549

Bouman, M. B., Sluis, W. B. van der, Woudenberg Hamstra, L. E. van, Buncamper, M. E., Kreukels, B. P., Meijerink, W. J., i Mullender, M. G. (2016). Patient-reported esthetic and functional outcomes of primary total laparoscopic intestinal

vaginoplasty in transgender women with penoscrotal hypoplasia. *The Journal of Sexual Medicine*, *13*(9), 1438–1444. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.06.009

Bouman, M. B., Zeijl, M. C. van, Buncamper, M. E., Meijerink, W. J., Bodegraven, A. A. van, i Mullender, M. G. (2014). Intestinal vaginoplasty revisited: A review of surgical techniques, complications, and sexual function. *The Journal of Sexual Medicine*, *11*(7), 1835–1847. https://doi.org/10.1111/jsm.12538

Bouman, W. P., Claes, L., Brewin, N., Crawford, J. R., Millet, N., Fernandez-Aranda, F., i Arcelus, J. (2017). Transgender and anxiety: A comparative study between transgender people and the general population. *International Journal of Transgenderism*, *18*(1), 16–26. https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1258352

Bouman, W. P., Claes, L., Marshall, E., Pinner, G. T., Longworth, J., Maddox, V., Witcomb, G., Jimenez-Murcia, S., Fernandez-Aranda, F., i Arcelus, J., (2016). Sociodemographic variables, clinical features, and the role of preassessment cross-sex hormones in older trans people. *Journal of Sexual Medicine*, *13*(4), 711–719. https://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.009

Bouman, W. P., Davey, A., Meyer, C., Witcomb, G. L., i Arcelus, J. (2016). Predictors of psychological well-being among treatment seeking transgender individuals. *Sexual and Relationship Therapy*, *31*(3), 359–375. https://dx.doi.org/10.1080/14681994.2016.1184754

Bouris, A., i Hill, B. J. (2017). Exploring the mother–adolescent relationship as a promotive resource for sexual and gender minority youth. *Journal of Social Issues*, *73*(3), 618–636. https://doi.org/10.1111/josi.12234

Bowling, J., Barker, J., Gunn, L. H., i Lace, T. (2020). "It just feels right": Perceptions of the effects of community connectedness among trans individuals. *PLOS One*, *15*(10), e0240295. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240295

Bowman, C. i Goldberg, J., M. (2006). Care of the patient undergoing sex reassignment surgery. *International Journal of Transgenderism*, *9*(3–4), 135–165. https://doi.org/10.1300/J485v09n03_07

Boza, C., i Nicholson Perry, K. (2014). Gender-related victimization, perceived social support, and predictors of depression among transgender Australians. *International Journal of Transgenderism*, *15*(1), 35–52. https://doi.org/10.1080/15532739.2014.890558

Brabender, V. A., i Mihura, J. L. (eds.) (2016). *The handbook of gender and sexuality in psychological assessment*. Routledge.

Bradford, J., Reisner, S. L., Honnold, J. A., i Xavier, J. (2013). Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: results from the Virginia Transgender Health Initiative Study. *American Journal of Public Health*, *103*(10), 1820–1829. https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300796

Brakel, W. H. van, Anderson, A. M., Mutatkar, R. K., Bakirtzief, Z., Nicholls, P. G., Raju, M. S., i Das-Pattanayak, R. K. (2006). The participation scale: measuring a key concept in public health. *Disability and Rehabilitation*, *28*(4), 193–203. https://doi.org/10.1080/09638280500192785

Brannon, R., i David, D. (1976). The male sex role: our culture's blueprint for manhood, and what it's done for us lately. W: D. David i R. Brannon (eds.), *The forty-nine percent majority: The male sex role* (s. 1–48). Addison-Wesley.

Bränström, R., i Pachankis, J. E. (2020). Reduction in mental health treatment utilization among transgender individuals after gender-affirming surgeries: A total population study. *American Journal of Psychiatry*, *177*(8), 727–734. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010080

Bränström, R., Stormbom, I., Bergendal, M., i Pachankis, J. E. (2022). Transgender-based disparities in suicidality: A population-based study of key predictions from four theoretical models. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *52*(3), 401–412. https://doi.org/10.1111/sltb.12830

Brennan, S. L., Irwin, J., Drincic, A., Amoura, N. J., Randall, A., i Smith-Sallans, M. (2017). Relationship among gender-related stress, resilience factors, and mental health in a Midwestern US transgender and gender-nonconforming population. *International Journal of Transgenderism*, *18*(4), 433–445. https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1365034

Breslow, A. S., Brewster, M. E., Velez, B. L., Wong, S., Geiger, E., i Soderstrom, B. (2015). Resilience and collective action: Exploring buffers against minority stress for transgender individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *2*(3), 253–265. http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000117

Bretherton, I., Thrower, E., Grossmann, M., Zajac, J. D., i Cheung, A. S. (2019). Cross-sex hormone therapy in Australia: The prescription patterns of clinicians experienced in adult transgender healthcare. *Internal Medicine Journal*, *49*(2), 182–188. https://doi.org/10.1111/imj.14035

Brewster, M. E., Velez, B. L., Breslow, A. S., i 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://psycnet.apa.org/doi/10.1037/cou0000333

Brigham, J. C. (1971). Ethnic stereotypes. *Psychological Bulletin*, *76*(1), 15–38. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0031446

Broockman, D. i Kalla, J. (2016). Durably reducing transphobia: A field experiment on door-to-door canvassing. *Science*, *352*(6282), 220–224. https://doi.org/10.1126/science.aad9713

Brookfield, S., Dean, J., Forrest, C., Jones, J., i Fitzgerald, L. (2020). Barriers to accessing sexual health services for transgender and male sex workers: A systematic qualitative meta-summary. *AIDS and Behavior*, *24*(3), 682–696. https://doi.org/10.1007/s10461-019-02453-4

Brookings, J. B., Zembar, M. J., i Hochstetler, G. M. (2003). An interpersonal circumplex/five-factor analysis of the Rejection Sensitivity Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, *34*(3), 449–461. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00065-X

Brooks, Virginia R. (1981). *Minority stress and lesbian women.* Lexington Books, D.C. Heath and Co.

Brower, T. (2016). Visibility and the workplace experiences of trans persons in the United States. W: T. Köllen (ed.), *Sexual orientation and transgender issues in organizations: Global perspectives on LGBT workforce diversity* (s. 149–166). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-29623-4_9

Brown, G. R. (2010). Autocastration and autopenectomy as surgical self-treatment in incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, *12*(1), 31–39. https://doi.org/10.1080/15532731003688970

Brown, G. R., i Jones, K. T. (2016). Mental health and medical health disparities in 5135 transgender veterans receiving healthcare in the Veterans Health Administration: A case-control study. *LGBT Health*, *3*(2), 122–131. https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0058

Brown, S., Kucharska, J., i Marczak, M. (2018). Mental health practitioners' attitudes towards transgender people: A systematic review of the literature. *International Journal of Transgenderism*, *19*(1), 4–24. https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1374227

Bry, L. J., Mustanski, B., Garofalo, R., i Burns, M. N. (2018). Resilience to discrimination and rejection among young sexual minority males and transgender females: A qualitative study on coping with minority stress. *Journal of Homosexuality*, *65*(11), 1435–1456. https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1375367

Bucci, S., Mazzon, G., Liguori, G., Pavan, N., i Trombetta, C. (2015). Surgery complications: Management of neovaginal prolapse. W: C. Trombetta, G. Liguori i M. Bertolotto (eds.), *Management of gender dysphoria* (s. 175–180). Springer Milan.

Buck, D. M., i Obzud, T. (2018). Context-dependent transprejudice: Attitudes toward transgender individuals in gender-integrated and gender-segregated settings. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *5*(1), 117–121. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/sgd0000251

Buckley, V. (2004). *Christina, queen of Sweden: The restless life of a European eccentric.* Harper Collins.

Budge, S. L. (2020). Suicide and the transgender experience: A public health crisis. *American Psychologist*, *75*(3), 380–390. https://doi/10.1037/amp0000619

Budge, S. L., i dickey, l. m. (2017). Barriers, challenges, and decision-making in the letter writing process for gender transition. W: L. Carroll i L. Mizock (eds.), *Clinical issues and affirmative treatment with transgender clients* (s. 65–78). Elsevier.

Budge, S. L., Domínguez Jr, S., i Goldberg, A. E. (2019). Minority stress in nonbinary students in higher education: The role of campus climate and belongingness. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *7*(2), 222–229. http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000360

Budge, S. L., Israel, T. i Merrill, C. R. (2017). Improving the lives of sexual and gender minorities: The promise of psychotherapy research. *Journal of Counseling Psychology*, *64*(4), 376384. https://doi/10.1037/cou0000215

Budge, S. L., Rossman, H. K., i Howard, K. A. S. (2014). Coping and psychological distress among genderqueer individuals: The moderating effect of social support. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, *8*(1), 95–117. https://doi.org/10.1080/15538605.2014.853641

Budge, S. L., Sinnard, M. T., i Hoyt, W. T. (2021). Longitudinal effects of psychotherapy with transgender and nonbinary clients: A randomized controlled pilot trial. *Psychotherapy*, *58*(1), 1–11. https://doi/10.1037/pst0000310

Budge, S. L., Tebbe, E. N., i Howard, K. A. S. (2010). The work experiences of transgender individuals: Negotiating the transition and career decision-making processes. *Journal of Counseling Psychology*, *57*, 377–393. https://doi.org/10.1037/a0020472

Budhwani, H., Hearld, K. R., Hasbun, J., Charow, R., Rosario, S., Tillotson, L., McGlaughlin, E., i Waters, J. (2017). Transgender female sex workers' HIV knowledge, experienced stigma, and condom use in the Dominican Republic. *PLoS One*, *12*(11), e0186457. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186457

Budhwani, H., Hearld, K. R., Milner, A. N., Charow, R., McGlaughlin, E. M., Rodriguez-Lauzurique, M., Rosario, S., i Paulino-Ramirez, R. (2018). Transgender women's experiences with stigma, trauma, and attempted suicide in the Dominican Republic. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *48*(6), 788–796. https://doi.org/10.1111/sltb.12400

Budhwani, H., Hearld, K. R., Milner, A. N., McGlaughlin, E., Charow, R., Rodriguez-Lauzurique, R. M., Rosario, S., i Paulino-Ramirez, R. (2017). Transgender women's drug use in the Dominican Republic. *Transgender Health*, *2*(1), 188–194. https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0032

Buhrich, N. (1977). A case of familial heterosexual transvestism. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *55*, 199–201. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1977.tb00161.x

Buhrich, N., i McConaghy, N. (1977a). Can fetishism occur in transsexuals? *Archives of Sexual Behavior*, *6*, 223–235. https://doi.org/10.1007/BF01541130

Buhrich, N., i McConaghy, N. (1977b). The discrete syndromes of transvestism and transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, *6*, 483–495. https://doi.org/10.1007/BF01541153

Buhrich, N., i McConaghy, N. (1978). Two clinically discrete syndromes of transsexualism. *British Journal of Psychiatry*, *133*(1), 73–76. https://doi.org/10.1192/bjp.133.1.73

Buhrich, N., i McConaghy, N. (1979). Three clinically discrete categories of fetishistic transvestism. *Archives of Sexual Behavior*, *8*, 151–157. https://doi.org/10.1007/BF01541235

Buhrmester, D., Furman, W., Wittenberg, M. T., i Reis, H. T. (1988). Five domains of interpersonal competence in peer relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, *55*(6), 991–1008. https://doi/10.1037/0022-3514.55.6.991

Buist, C. L., i Stone, C. (2014). Transgender victims and offenders: Failures of the United States criminal justice system and the necessity of queer criminology. *Critical Criminology*, *22*(1), 35–47. https://doi.org/10.1007/s10612-013-9224-1

Bukhari, S., Mushtaq, H., i Aurangzaib, S. (2016). Attitudes towards transgender: A study of gender and influencing factors. *Journal of Gender & Social Issues*, *15*(2), 93–112.

Bullock, W., i Wood, N. (2016). Psychological assessment with trans people. W: V. A. Brabender i J. L. Mihura (eds.), *The handbook of gender and sexuality in psychological assessment* (s. 489–510). Routledge.

Bullough, V. L. (1975). Transsexualism in history. *Archives of Sexual Behavior*, *9*, 561–571.

Bullough, V. L., i Bullough, B. (1993). *Cross dressing, sex, and gender*. University of Pennsylvania Press.

Bultynck, C., Pas, C., Defreyne, J., Cosyns, M., Heijer, M. den, i T'Sjoen, G. (2017). Self-perception of voice in transgender persons during cross-sex hormone therapy. *Laryngoscope*, *127*(12), 2796–2804. https://doi.org/10.1002/lary.26716

Buncamper, M. E., Honselaar, J. S., Bouman, M. B., Özer, M., Kreukels, B. P., i Mullender, M. G. (2015). Aesthetic and functional outcomes of neovaginoplasty using penile skin in male-to-female transsexuals. *The Journal of Sexual Medicine*, *12*(7), 1626–1634. https://doi.org/10.1111/jsm.12914

Bund, A. A. (2013). Other sex: A study on problems of transgender women of district Srinagar. *IOSR Journal of Humanities and Social Science*, *17*(2), 78–82.

Burgess, D., Lee, R., Tran, A., i Van Ryn, M. (2007). Effects of perceived discrimination on mental health and mental health services utilization among gay, lesbian, bisexual and transgender persons. *Journal of LGBT Health Research*, *3*(4), 1–14. https://doi.org/10.1080/15574090802226626

Burgwal, A., Gvianishvili, N., Hård, V., Kata, J., García Nieto, I., Orre, C., Smiley, A., Vidić, J., i Motmans, J. (2019). Health disparities between binary and non binary trans people: A community-driven survey. *International Journal of Transgenderism*, *20*(2–3), 218–229. https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1629370

Burri, A., Cherkas, L., Spector, T., i Rahman, Q. (2011). Genetic and environmental influences on female sexual orientation, childhood gender typicality and adult gender identity. *PloS One*, *6*(7), e21982. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0021982

Butler, C. (2009). Sexual and gender minority therapy and systemic practice. *Journal of Family Therapy*, *31*(4), 338–358. https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2009.00472.x

Butler, J. (2011). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. Routledge.

Byers, D. S., McInroy, L. B., Craig, S. L., Slates, S., i Kattari, S. K. (2020). Naming and addressing homophobic and transphobic microaggressions in social work classrooms. *Journal of Social Work Education*, *56*(3), 484–495. https://doi.org/10.1080/10437797.2019.1656688

Byne, W., Karasic, D. H., Coleman, A., Eyler, E., Kidd, J. D., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Peak, R. R., i Pula, J. (2018a). Gender dysphoria in adults: An overview and primer for psychiatrists. *Transgender Health*, *3*(1), 57–70. https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0053

Byne, W., Karasic, D. H., Coleman, A., Eyler, E., Kidd, J. D., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Peak, R. R., i Pula, J. (2018b). Gender dysphoria in adults: An overview and

primer for psychiatrists. *Transgender Health*, *3*(1), 57–70. https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0053

Cabrera, C., Dueñas, J. M., Cosi, S., i Morales-Vives, F. (2021). Transphobia and gender bashing in adolescence and emerging adulthood: the role of individual differences and psychosocial variables. *Psychological reports*, *125*(3), 1648–1666. https://doi.org/10.1177/00332941211002130

Caceres, B. A., Jackman, K., Edmondson, D., i Bockting, W. (2019). Minority stress, social support, and cardiovascular risk factors in transgender and gender nonconforming persons. *Circulation*, *140* (suppl. 1), A10202–A10202.

Cai, X., Hughto, J. M., Reisner, S. L., Pachankis, J. E., i Levy, B. R. (2019). Benefit of gender-affirming medical treatment for transgender elders: Later-life alignment of mind and body. *LGBT Health*, *6*(1), 34–39. https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0262

Caldwell, C., i Keshvan, M. S. (1991). Schizophrenia with secondary transsexualism. *Canadian Journal of Psychiatry*, *36*(4), 300–301. https://doi.org/10.1177%2F070674379103600412

Callahan, M. P., i Zukowski, K. T. (2019). Reactions to transgender women and men in public restrooms: Correlates and gender differences. *Journal of Homosexuality*, *66*(1), 117–138. https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1395661

Campbell, M., Hinton, J. D., i Anderson, J. R. (2019). A systematic review of the relationship between religion and attitudes toward transgender and gender-variant people. *International Journal of Transgenderism*, *20*(1), 21–38. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1545149

Campo, J. M., Nijman, H., Merckelbach, H. L., i Decker, I. (2001). Gender identity disorders as a symptom of psychosis, schizophrenia in particular. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, *39*, 1876–1880. Pobrano 12.08.2025 z http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11605311

Cancela, D., Stutterheim, S. E., i Uitdewilligen, S. (2024). The workplace experiences of transgender and gender diverse employees: A Systematic literature review using the minority stress model. *Journal of Homosexuality*, *72*(1), 60–88. https://doi.org/10.1080/00918369.2024.2304053

Cannon, Y., Speedlin, S., Avera, J., Robertson, D., Ingram, M., i Prado, A. (2017). Transition, connection, disconnection, and social media: Examining the digital lived experiences of transgender individuals. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, *11*(2), 68–87. https://doi.org/10.1080/15538605.2017.1310006

Capitan, L., Simon, D., i Capitan-Cariadas, F. (2020). Facial feminization surgery and facial gender confirmation surgery. W: C. A. Ferrando (ed.), *Comprehensive care of the transgender patient* (s. 54–72). Elsevier.

Carlström, R., Ek, S., i Gabrielsson, S. (2021). "Treat me with respect": transgender persons' experiences of encounters with healthcare staff. *Scandinavian journal of caring sciences*, *35*(2), 600–607. https://doi.org/10.1111/scs.12876

Carrico, A. W, Gómez, W., i Reback, C. J. (2019). Evidence-based alcohol and substance use disorder treatment with sexual and gender minorities. W: J. E. Pachankis

i S. A. Safren (eds.), *Handbook of evidence-based mental health practice with sexual and gender minorities* (s. 222–243). Oxford University Press.

Carroll, L. (2017). Therapeutic issues with transgender elders. *Psychiatric Clinics*, *40*(1), 127–140. https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.004

Carroll, L., Gilroy, P. J., i Ryan, J. (2002). Counseling transgendered, transsexual, and gender-variant clients. *Journal of Counseling & Development*, *80*(2), 131–139. https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2002.tb00175.x

Carroll, L., i Mizock, L. (eds.). (2017). *Clinical issues and affirmative treatment with transgender clients.* Elsevier.

Carter, S. P., Allred, K. M., Tucker, R. P., Simpson, T. L., Shipherd, J. C., i Lehavot, K. (2019). Discrimination and suicidal ideation among transgender veterans: The role of social support and connection. *LGBT Health*, *6*(2), 43–50. https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0239

Carvalho, S. A., Carvalho, F., Fonseca, L., Santos, G., i Castilho, P. (2024). Beyond the centrality of shame: How self-concealment and fear of receiving compassion from others impact psychological suffering in transgender adults. *Journal of Homosexuality*, *71*(6), 1373–1391. https://doi.org/10.1080/00918369.2022.2114398

Case, K. A., i Stewart, B. (2013). Intervention effectiveness in reducing prejudice against transsexuals. *Journal of LGBT Youth*, *10*(1–2), 140–158. https://doi.org/10.1080/19361653.2012.718549

Casey, L. S., Reisner, S. L., Findling, M. G., Blendon, R. J., Benson, J. M., Sayde, J. M., i Miller, C. (2019). Discrimination in the United States: Experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer Americans. *Health Services Research*, *54*(S2), 1454–1466. https://doi.org/10.1111/1475-6773.13229

Caspari, D., Sittinger, H., i Lang, B. (1999). Transsexualism and schizophrenic psychosis: Problems preparing expert opinion on transsexualism. *Psychiatrische Praxis*, *26*(2), 89–92. Pobrano 12.08.2025 z http://europepmc.org/abstract/med/10226303

Cassius Dio Cocceianus (1955). *Dio's Roman history, with an English translation by E. Cary*. Harvard University Press.

Castellini, G., Ristori, J., Fisher, A., Casale, H., Carone, N., Fanni, E., Mosconi, M. Jannini, E., Ricca, V., Lingiardi, V., i Maggi, M. (2017). Transphobia and homophobia levels in gender dysphoric individuals, general population and health care providers. *The Journal of Sexual Medicine*, *14*(4), e107. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.03.073

Castelo-Branco, C., Ribera Torres, L., Gómez-Gil, E., Uribe, C., i Cañizares, S. (2021). Psychopathological symptoms in Spanish subjects with gender dysphoria: A cross-sectional study. *Gynecological Endocrinology*, *37*(6), 534–540. https://doi.org/10.1080/09513590.2021.1913113

Cavalot, A. L., i Cossu, D. (2015). Feminization laryngoplasty: Surgical therapy. W: C. Trombetta, G. Liguori i M. Bertolotto (eds.), *Management of gender dysphoria* (s. 135–144). Springer Milan.

Cavanagh, S. L. (2010). *Queering bathrooms: Gender, sexuality, and the hygienic imagination.* University of Toronto Press.

Cavanaugh, T., Hopwood, R., i Lambert, C. (2016). Informed consent in the medical care of transgender and gender-nonconforming patients. *AMA Journal of Ethics*, *18*(11), 1147–1155. https://doi.org/10.1001/journalofethics.2016.18.11.sect1-1611

Cense, M., de Haas, S., i Doorduin, T. (2017). Sexual victimisation of transgender people in the Netherlands: prevalence, risk factors and health consequences. *Journal of Gender-Based Violence*, *1*(2), 235–252.

Chadwick, K. A., Coleman, R., Andreadis, K., Pitti, M., i Rameau, A. (2022). Outcomes of gender-affirming voice and communication modification for transgender individuals. *The Laryngoscope*, *132*(8), 1615–1621. https://doi.org/10.1002/lary.29946

Chakrapani, V., Newman, P.A., Shunmugam, M., Logie, C.H., i Samuel, M. (2015). Syndemics of depression, alcohol use, and victimisation, and their association with HIV-related sexual risk among men who have sex with men and transgender women in India. *Global Public Health*, *12*(2), 250–265. https://dx.doi.org/10.1080/17441692.2015.1091024

Chakrapani, V., Vijin, P. P., Logie, C. H., Newman, P. A., Shunmugam, M., Sivasubramanian, M., i Samuel, M. (2017). Understanding how sexual and gender minority stigmas influence depression among trans women and men who have sex with men in India. *LGBT Health*, *4*(3), 217–226. https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0082

Chakrapani, V., Willie, T. C., Shunmugam, M., i Kershaw, T. S. (2018). Syndemic classes, stigma, and sexual risk among transgender women in India. *AIDS and Behavior*, *23*(6), 1518–1529. https://doi.org/10.1007/s10461-018-2373-1

Chang, M. (2019). The effects of stigma on access to healthcare services for transgender women in Chiang Mai, Thailand. *The Berkeley Mcnair Research Journal*, *26* (Spring), 39–60.

Chang, O. H., i Ferrando, C. A. (2021). Surgical anatomy – hysterectomy for transgender men. W: D. Nikolavskyi S. A. Blakely (eds.), *Urological care for the transgender patient: A comprehensive guide* (s. 101–114). Springer Nature.

Chang, R., Wang, H., She, R., Zhang, S., Tsamlag, L., Shen, Q., Shi, Y., Wang, Z., Lau, J. T. F., Wang, Y., i Cai, Y. (2019). Feelings of entrapment and defeat mediate the association between self-esteem and depression among transgender women sex workers in China. *Frontiers in Psychology*, 10, e2241. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02241.

Chang, S. C., i Singh, A. A. (2016). Affirming psychological practice with transgender and gender nonconforming people of color. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *3*(2), 140–147. https://doi/10.1037/sgd0000153

Chang, S. C., Singh, A. A. i dickey, l. m. (2018). *A Clinician's guide to gender-affirming care: Working with transgender and gender nonconforming clients.* New Harbinger Publications.

Chang, T. K., i Chung, Y. B. (2015). Transgender microaggressions: Complexity of the heterogeneity of transgender identities. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, *9*(3), 217–234. https://doi.org/10.1080/15538605.2015.1068146

Charlton, L., & Bond, R. (2024). Clinical considerations and endocrinological implications in the detransition process. *Best Practice & Research. Clinical Endocrinology & etabolism*, *38*(5), 101932. https://doi.org/10.1016/j.beem.2024.101932

Chavanduka, T. M., Gamarel, K. E., Todd, K. P., i Stephenson, R. (2020). Responses to the gender minority stress and resilience scales among transgender and nonbinary youth. *Journal of LGBT Youth*, *18*(2), 135–154. https://doi.org/10.1080/19361653.2020.1719257

Chavez, J. (2021). Survival in an unjust world: A tool for coping with multiple forms of oppression. W: J. S. Whitman i C. J. Boyd (eds.), *Homework assignments and handouts for LGBTQ+ clients: A mental health and counseling handbook* (s. 70–75). Columbia University Press.

Chen, E. C., Boyd, D. M., i Cunningham, C. A. (2020). Demarginalizing stigmatized identities of transgender and gender nonconforming individuals through affirmative group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 70(4), 552–578. https://doi.org/10.1080/00207284.2020.1755291

Chen, R., Zhu, X., Wright, L., Drescher, J., Gao, Y., Wu, L., Ying, X., Qi, J., Chen., C., Xi, Y., Ji, L., Zhao, H., Ou, J., i Broome, M.R. (2019). Suicidal ideation and attempted suicide amongst Chinese transgender persons: national population study. *Journal of Affective Disorders*, *245*, 1126–1134. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.011

Cheung, A. S., Wynne, K., Erasmus, J., Murray, S., i Zajac, J. D. (2019). Position statement on the hormonal management of adult transgender and gender diverse individuals. *Medical Journal of Australia*, *211*(3), 127–133.

Ching, T. H., Lee, S. Y., Chen, J., So, R. P., i Williams, M. T. (2018). A model of intersectional stress and trauma in Asian American sexual and gender minorities. *Psychology of Violence*, *8*(6), 657–668. https://doi.apa.org/doi/10.1037/vio0000204

Chivers, M. L., i Bailey, J. M. (2000). Sexual orientation of female to-male transsexuals: a comparison of homosexual and nonhomosexual types. *Archives of Sexual Behavior*, 29, 259–278. https://doi.org/10.1023/A:1001915530479

Chodzen, G., Hidalgo, M. A., Chen, D., i Garofalo, R. (2019). Minority stress factors associated with depression and anxiety among transgender and gender-nonconforming youth. *Journal of Adolescent Health*, *64*(4), 467–471. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.07.006

Chodzen, G., Mays, V. M., i Cochran, S. D. (2020). Depression and mood disorders among sexual and gender minority populations. W: E. D. Rothblum (ed.), *The oxford handbook of sexual and gender minority mental health* (s. 35–46). Oxford University Press.

Chong, E. S., i Mohr, J. J. (2020). How far can stigma-based empathy reach? Effects of societal (in) equity of LGB people on their allyship with transgender and Black people. *American Journal of Orthopsychiatry*, *90*(6), 760–771. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/ort0000510

Christopher, N., Ralph, D., i Garaffa, G. (2018). Genital reconstructive surgery for transgender men. W: W. P. Bouman i J. Arcleus (eds.), *The transgender handbook: A guide for transgender people, their families and professionals* (s. 277–300). Nova Science.

Chumakov, E. M., Ashenbrenner, Y. V., Petrova, N. N., Zastrozhin, M. S., Azarova, L. A., i Limankin, O. V. (2021). Anxiety and depression among transgender people: Findings from a cross-sectional online survey in Russia. *LGBT Health*, *8*(6), 412–419. https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0464

Chung, M. (2017). *Hegemonic masculinity and transphobia* [praca magisterska]. Southern Illinois University Carbondale.

Chung, W. C., Vries, G. J. de, i Swaab, D. F. (2002). Sexual differentiation of the bed nucleus of the stria terminalis in humans may extend into adulthood. *Journal of Neuroscience, 22*(3), 1027–1033. https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.22-03-01027.2002

Cicero, E. C., Reisner, S. L., Merwin, E. I., Humphreys, J. C., i Silva, S. G. (2020). The health status of transgender and gender nonbinary adults in the United States. *PLOS One*, *15*(2), e0228765. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228765

Cicero, E. C., Reisner, S. L., Silva, S. G., Merwin, E. I., i Humphreys, J. C. (2019). Healthcare experiences of transgender adults: an integrated mixed research literature review. *ANS. Advances in Nursing Science*, *42*(2), 123–138. https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000256

Claes, K. E., D'Arpa, S., i Monstrey, S. J. (2018). Chest surgery for transgender and gender nonconforming individuals. *Clinics in Plastic Surgery*, *45*(3), 369–380. https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.010

Claes, K. E., Pattyn, P., D'Arpa, S., Robbens, C., i Monstrey, S. J. (2018). Male-to-female gender confirmation surgery: Intestinal vaginoplasty. *Clinics in plastic surgery*, *45*(3), 351–360. https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.006

Claes, L., Bouman, W. P., Witcomb, G., Thurston, M., i Arcelus, J. (2015). Non-suicidal self-injury in transsexualism: Associations with psychological symptoms, victimization, interpersonal functioning and perceived social support. *Journal of Sexual Medicine*, *12*(1), 168–179. http://www.doi.org/10.1111/jsm.12711

Claman, E. E. (2007). *An examination of the predictors of attitudes toward transgender individuals.* The Ohio State University.

Clark, K., Fletcher, J. B., Holloway, I. W., i Reback, C. J. (2018). Structural inequities and social networks impact hormone use and misuse among transgender women in Los Angeles County. *Archives of Sexual Behavior*, *47*(4), 953–962. https://doi.org/10.1007/s10508-017-1143-x

Clark, K. A., Hughto, J. M. W., i Pachankis, J. E. (2017). "What's the right thing to do?" Correctional healthcare providers' knowledge, attitudes and experiences caring for transgender inmates. *Social Science & Medicine*, *193*, 80–89. https://doi.org/10.1016%2Fj.socscimed.2017.09.052

Clark, R., Anderson, N. B., Clark, V. R. i Williams, D. R. (1999). Racism as a stressor for African Americans: A biopsychosocial model. *American Psychologist*, *54*(10), 805–816.

Clark, T. C., Lucassen, M. F., Bullen, P., Denny, S. J., Fleming, T. M., Robinson, E. M., i Rosen, F. M. (2014). The health and well-being of transgender high school

students: results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *Journal of Adolescent Health*, *55*(1), 93–99. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.008

Clements-Nolle, K., Marx, R., Guzman, R., i Katz, M. (2001). HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons: implications for public health intervention. *American Journal of Public Health*, *91*(6), 915–921. https://dx.doi.org/10.2105%2Fajph.91.6.915

Clements, K., Mitchell K., i Rani, M. (1999). *The transgender community health project: prevalence of HIV infection in transgender individuals in San Francisco*. San Francisco.

Clements-Nolle, K., Marx, R., i Katz, M. (2006). Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization. *Journal of Homosexuality*, *51*(3), 53–69. https://dx.doi.org/10.1300/J082v51n03_04

Coates, S., i Person, E. S. (1985). Extreme boyhood femininity: isolated behavior or pervasive disorder? *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, *24*(6), 702–709. https://doi.org/10.1016/S0002-7138(10)60113-6

Coates, S., i Wolfe, S. (1995). Gender identity disorder in boys: The interference of constitution and early experience. *Psychoanalytic Inquiry*, *15*(1), 6–38. https://doi.org/10.1080/07351699509534015

Cocchetti, C., Ristori, J., Romani, A., Maggi, M., i Fisher, A. D. (2020). Hormonal treatment strategies tailored to non-binary transgender individuals. *Journal of Clinical Medicine*, *9*(6), 1609. https://doi.org/10.3390/jcm9061609

Cogan, C. M., Scholl, J. A., Cole, H. E., i Davis, J. L. (2020a). The moderating role of community resiliency on suicide risk in the transgender population. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, *14*(1), 2–17. https://doi.org/10.1080/15538605.2020.1711291

Cogan, C. M., Scholl, J. A., Lee, J. Y., Cole, H. E., i Davis, J. L. (2020b). Sexual violence and suicide risk in the transgender population: The mediating role of proximal stressors. *Psychology & Sexuality*, *12*(1–2), 129–140. https://doi.org/10.1080/19419899.2020.1729847

Cohen-Kettenis, P. T., Elaut, E., i Kreukels, B. P. C. (2015). Psychological characteristics and sexuality of natal males with gender dysphoria. W: C. Trombetta, G. Liguori i M. Bertolotto (eds.), *Management of gender dysphoria* (s. 75–82). Springer Milan.

Cohen-Kettenis, P. T., i Gooren, L. V. (1999). Transsexualism: A review of etiology, diagnosis and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, *46*(4), 315–333. https://doi.org/10.1016/S0022-3999(98)00085-3

Coker, T. R., Austin, S. B., i Schuster, M. A. (2009). Health and healthcare for lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: reducing disparities through research, education, and practice. *Journal of Adolescent Health*, *45*(3), 213–215. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.06.020

Cole, C. M., O'Boyle, M., Emory, L. E., i Meyer III, W. J. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*, *26*(1), 13–26.

Cole, K. H., Poulakis, M., Nabors, L., Kazi, N. F., Chu, K. S. J., Carter, E., i Sengupta, R. (2016). The effect of formal clinical training on stigma surrounding transgender individuals. *Journal of Scholastic Inquiry: Behavioral Sciences*, *5*, 32–52.

Colebunders, B., Brondeel, S., D'Arpa, S., Hoebeke, P., i Monstrey, S. (2017). An update on the surgical treatment for transgender patients. *Sexual Medicine Reviews*, *5*(1), 103–109. https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.08.001

Colebunders, B., D'Arpa, S., Weijers, S., Lumen, N., Hoebeke, P., i Monstrey S. (2016b). Female-to-male gender reassignment surgery. W: R. Ettner, S. Monstrey i E. Coleman (eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (s. 279–317). Routledge.

Colebunders, B., Verhaeghe, W., Bonte, K., D'Arpa, S., i Monstrey S. (2016a). Male-to-female gender reassignment surgery. W: R. Ettner, S. Monstrey i E. Coleman (eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (s. 250–278). Routledge.

Coleman, E. (1982). Developmental stages of the coming out process. *Journal of Homosexuality*, *7*(2–3), 31–43. https://doi.org/10.1300/J082v07n02_06

Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., De Cuypere, G., Feldman J., Fraser, L., Green, J., Knudsson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, ... Zucker, K. (2012a). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *International Journal of Transgenderism*, *13*(4), 165–232. https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873

Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., ... Zucker, K. (2012b). *The World Professional Association for Transgender Health (WPATH) standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people* (A. M. Kłonkowska, B. Grabski, D. Rachoń i N. Kuta, tłum.). WPATH. http://www.wpath.org/site_page.cfmpk_association_webpage_menu=1351&pk_association_webpage,3926. Pobrano 4.12.2019, z https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Polish.pdf?_t=1573660119

Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G.A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., ... Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health*, *23* (suppl. 1), S1–S259. https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644

Colizzi, M., Costa, R., i Todarello, O. (2014). Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: Results from a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology*, *39*, 65–73. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.09.029

Collazo, A., Austin, A., i Craig, S. L. (2013). Facilitating transition among transgender clients: Components of effective clinical practice. *Clinical Social Work Journal*, *41*(3), 228–237. https://doi.org/10.1007/s10615-013-0436-3

Collin, L., Goodman, M., i Tangprichna, V. (2016). Worldwide prevalence of transgender and gender non-conformity. W: R. Ettner, S. Monstrey i E. Coleman (eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (s. 16–35). Routledge.

Collin, L., Reisner, S.L., Tangpricha, V., i Goodman, M. (2016). Prevalence of transgender depends on the "case" definition: A systematic review. *Journal of Sexual Medicine*, *13*(4), 613–626. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.02.001

Collins, J. C., McFadden, C., Rocco, T. S., i Mathis, M. K. (2015). The problem of transgender marginalization and exclusion: Critical actions for human resource development. *Human Resource Development Review*, *14*(2), 205–226. https://doi.org/10.1177%2F1534484315581755

Commander, M., i Dean, C. (1990). Symptomatic trans-sexualism. *British Journal of Psychiatry*, *156*(6), 894–896. https://doi.org/10.1192/bjp.156.6.894

Conlin, S. E., Pierre, C. C., Greene, D. N., i Gill, E. L. (2024). Affirmative healthcare for transgender and gender nonconforming patients: A guide to patient assessment. *Clinics in Laboratory Medicine*, *44*(4), 719–728. https://doi.org/10.1016/j.cll.2024.07.012

Connell, C. (2010). Doing, undoing, or redoing gender? Learning from the workplace experiences of transpeople. *Gender & Society*, *24*(1), 31–55. https://doi.org/10.1177%2F0891243209356429

Connell, R. W. (1995). *Masculinities.* Berkeley.

Connell, R.W., i Messerschmidt, J. W. (2005). Hegemonic masculinity: Rethinking the concept. *Gender & Society*, *19*(6), 829–859. https://doi.org/10.1177%2F0891243205278639

Connelly, P. J., Clark, A., Touyz, R. M., i Delles, C. (2021). Transgender adults, gender-affirming hormone therapy and blood pressure: a systematic review. *Journal of Hypertension*, *39*(2), 223–230. https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002632

Connolly, D., i Gilchrist, G. (2020). Prevalence and correlates of substance use among transgender adults: A systematic review. *Addictive Behaviors*, *111*, 106–544. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106544

Connolly, F. H., i Gittleson, N. L. (1971). The relationship between delusions of sexual change and olfactory and gustatory hallucinations in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, *119*(551), 443–444. https://doi.org/10.1192/bjp.119.551.443

Cook-Daniels, L. (2018). Trauma and aging. W: C. Hardacker, K. Ducheny i M. Houlberg (eds.), *Transgender and gender nonconforming health and aging* (s. 113–130). Springer.

Cook-Daniels, L., i Munson, M. (2010). Sexual violence, elder abuse, and sexuality of transgender adults, age 50+: Results of three surveys. *Journal of GLBT Family Studies*, *6*(2), 142–177.

Coolidge, F. L., Thede, L. L., i Young, S. E. (2002). The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. *Behavior Genetics, 32*, 251–257. https://doi.org/10.1023/A:1019724712983

Cooper, K., Russell, A., Mandy, W., i Butler, C. (2020). The phenomenology of gender dysphoria in adults: A systematic review and meta-synthesis. *Clinical Psychology Review, 80*, 101875. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101875

Correro, A. N., i Nielson, K. A. (2020). A review of minority stress as a risk factor for cognitive decline in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) elders. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 24*(1), 2–19. https://doi.org/10.1080/19359705.2019.1644570

Corrigan, P. W., Kosyluk, K. A., i Rüsch, N. (2013). Reducing self-stigma by coming out proud. *American Journal of Public Health, 103*(5), 794–800. https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301037

Costa, P. A., i Davies, M. (2012). Portuguese adolescents' attitudes toward sexual minorities: Transphobia, homophobia, and gender role beliefs. *Journal of Homosexuality, 59*(10), 1424–1442. https://doi.org/10.1080/00918369.2012.724944

Costa Jr., P. T., i McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEOFFI) professional manual.* Psychological Assessment Resources.

Cosyns, M., Borsel, J. van, Wierckx, K., Dedecker, D., Peer, F. van de, Daelman, T., Laenen, S., i T'Sjoen, G. (2014). Voice in female-to-male transsexual persons after long-term androgen therapy. *Laryngoscope, 124*(6), 1409-1414. https://doi.org/10.1002/lary.24480

Couch, M., Pitts, M., Mulcare, H., Croy, S., Mitchell, S., i Patel, S. (2007). *TranZnation: A report on the health and wellbeing of transgendered people in Australia and New Zealand* (Series no. 65). La Trobe University, Australian Research Centre in Sex, Health & Society.

Coulter, R. W. S., Blosnich, J. R., Bukowski, L. A., Herrick, A. L., Siconolfi, D. E., i Stall, R. D. (2015). Differences in alcohol use and alcohol-related problems between transgender and nontransgender-identified young adults. *Drug and Alcohol Dependence, 154*, 251–259. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.07.006

Coulter, R. W. S., Mair, C., Miller, E., Blosnich, J. R., Matthews, D. D., i McCauley, H. L. (2017). Prevalence of past-year sexual assault victimization among undergraduate students: Exploring differences by and intersections of gender identity, sexual identity, and race/ethnicity. *Prevention Science, 18*, 726–736. https://doi.org/10.1007/s11121-017-0762-8

Cragun, R. T., i Sumerau, J. E. (2015). The last bastion of sexual and gender prejudice? Sexualities, race, gender, religiosity, and spirituality in the examination of prejudice toward sexual and gender minorities. *Journal of Sex Research, 52*(7), 821–834. https://doi.org/10.1080/00224499.2014.925534

Craig, S. L., i Austin, A. (2016). The AFFIRM open pilot feasibility study: A brief affirmative cognitive behavioral coping skills group intervention for sexual and

gender minority youth. *Children and Youth Services Review*, *64*, 136–144. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.02.022

Craig, S. L., Austin, A., i Huang, Y. T. (2018). Being humorous and seeking diversion: Promoting healthy coping skills among LGBTQ+ youth. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, *22*(1), 20–35. https://doi.org/10.1080/19359705.2017.1385559

Craig, S. L., Eaton, A. D., Leung, V. W., Iacono, G., Pang, N., Dillon, F., Austin, A., Pascoe, R., i Dobinson, C. (2021). Efficacy of affirmative cognitive behavioural group therapy for sexual and gender minority adolescents and young adults in community settings in Ontario, Canada. *BMC Psychology*, *9*(1), 94. https://doi.org/10.1186/s40359-021-00595-6

Craig, S. L., Eaton, A. D., McInroy, L. B., D'Souza, S. A., Krishnan, S., Wells, G. A., Twum-Siaw, L., i Leung, V. W. (2020). Navigating negativity: a grounded theory and integrative mixed methods investigation of how sexual and gender minority youth cope with negative comments online. *Psychology & Sexuality*, *11*(3), 161–179. https://doi.org/10.1080/19419899.2019.1665575

Craig, S. L., Leung, V. W., Pascoe, R., Pang, N., Iacono, G., Austin, A., i Dillon, F. (2021). AFFIRM online: Utilising an affirmative cognitive–behavioural digital intervention to improve mental health, access, and engagement among LGBTQA+ youth and young adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(4), 1541. https://doi.org/10.3390/ijerph18041541

Craig, S. L., McInroy, L. B., Eaton, A. D., Iacono, G., Leung, V. W., Austin, A., i Dobinson, C. (2019). An affirmative coping skills intervention to improve the mental and sexual health of sexual and gender minority youth (Project Youth AFFIRM): Protocol for an implementation study. *JMIR Research Protocols*, *8*(6), e13462. https://doi.org/10.2196/13462

Crenshaw, K. W. (2017). *On intersectionality: Essential writings*. The New Press.

Crissman, H. P., Stroumsa, D., Kobernik, E. K., i Berger, M. B. (2019). Gender and frequent mental distress: Comparing transgender and non-transgender individuals' self-rated mental health. *Journal of Women's Health*, *28*(2), 143–151. https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7411

Crocker, J., Major, B., i Steele, C. (1998). Social stigma. W: D. T. Gilbert, S. T. Fiske i G. Lindzey (eds.), *The handbook of social psychology* (4 ed., vol. 2, s. 504–553). McGraw-Hill.

Cronin, T. J., Pepping, C. A., i Lyons, A. (2019). Internalized transphobia and well-being: The moderating role of attachment. *Personality and Individual Differences*, *143*, 80–83. https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.02.018

Cruz, T. M. (2014). Assessing access to care for transgender and gender nonconforming people: a consideration of diversity in combating discrimination. *Social Science & Medicine*, *110*, 65–73. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.032

Cuccolo, N. G., Kang, C. O., Boskey, E. R., Ibrahim, A. M. S., Blankensteijn, L. L., Taghinia, A., Lee, B. T., Lin, S. J., i Ganor, O. (2019a). Masculinizing chest reconstruction in transgender and nonbinary individuals: An analysis of epidemiology,

surgical technique, and postoperative outcomes. *Aesthetic Plastic Surgery*, *43*(6), 1575–1585. https://doi.org/10.1007/s00266-019-01479-2

Cuccolo, N. G., Kang, C. O., Boskey, E. R., Ibrahim, A. M., Blankensteijn, L. L., Taghinia, A., Lee, B. T., Lin, S. J., i Ganor, O. (2019b). Mastectomy in transgender and cisgender patients: A comparative analysis of epidemiology and postoperative outcomes. *Plastic and Reconstructive Surgery Global Open*, *7*(6). 1–9. https://doi.org/10.1097%2FGOX.0000000000002316

Currah, P. (2008). Expecting bodies: The pregnant man and transgender exclusion from the employment Non-Discrimination Act. *Women's Studies Quarterly*, *36*(3/4), 330–336. http://www.jstor.org/stable/27649811

Curth, W., i Mayeux, L. (2024). The unique roles of family, friend, and online support in the psychological adjustment of transgender young adults. *International Journal of Transgender Health*, 1–16. https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2443744

Curtin, A., Ryu, D., i Diamond, L. (2016). Coming out with compassion. W: M. D. Skinta i A. Curtin (eds.), *Mindfulness and acceptance for gender and sexual minorities: A clinician's guide to fostering compassion, connection, and equality using contextual strategies* (s. 49–67). New Harbinger Publications.

Curtis, A. J. (2016). Conformity or nonconformity? Designing legal remedies to protect transgender students from discrimination. *Harvard Journal on Legislation*, *53*(2), 460–497.

Cusack, C. E., i Galupo, M. P. (2020). Body checking behaviors and eating disorder pathology among nonbinary individuals with androgynous appearance ideals. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *26*(6), 1915–1925. https://doi.org/10.1007/s40519-020-01040-0

Dabernig, J., Shelley, O., Cuccia, G., i Schaff, J. (2006). Urethral prelamination in penile reconstruction with an osteo-cutaneous free fibular flap. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery: JPRAS*, *59*(5), 561–562. https://doi.org/10.1016/j.bjps.2005.07.018

Dahl, M., Feldman, J. L., Goldberg, J. M., i Jaberi, A. (2006). Physical aspects of transgender endocrine therapy. *International Journal of Transgenderism*, *9*(3–4), 111–134. https://doi.org/10.1300/J485v09n03_06

Darby, M. E., Bolland-Hillesheim, K., Cervantes, A., i Hitter, T. L. (2020). Ethical considerations in group work with transgender/gender diverse clients. *International Journal of Group Psychotherapy*, *70*(4), 579–598. https://doi.org/10.1080/00207284.2020.1787173

D'Augelli, A. R. (1994). Identity development and sexual orientation: Toward a model of lesbian, gay, and bisexual development. W: E. J. Trickett, R. J. Watts i D. Birman (eds.), *Human diversity: Perspectives on people in context* (s. 312–333). Jossey-Bass.

Davey, A., Bouman, W. P., Arcelus, J., i Meyer, C. (2014). Social support and psychological well-being in gender dysphoria: A comparison of patients with matched controls. *The Journal of Sexual Medicine*, *11*, 2976–2985. http://www.doi.org/10.1111/jsm.12681

David, S., i Cernin, P. A. (2008). Psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, *20*(1–2), 31–49. https://doi.org/10.1080/10538720802178908

Davies, B. M., i Morgenstern, F. S. (1960). A case of cysticercosis, temporal lobe epilepsy and transvestism. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, *23*(3), 247–249. https://doi.org/10.1136%2Fjnnp.23.3.247

Davies, R. D. (2018). Transgender Mental Health. *Book Forum. American Journal of Psychiatry*, *175*(11), 1147. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18070880

Davies, R. D., i Kessel, B. (2017). Gender minority stress, depression, and anxiety in a transgender high school student. *American Journal of Psychiatry*, *174*(12), 1151–1152. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17040439

Davis, H. F. (2014). Sex-classification policies as transgender discrimination: An intersectional critique. *Perspectives on Politics*, *12*(1), 45–60. https://doi.org/10.1017/S1537592713003708

Davis, N. B., i Yeung, S. T. (2022). Transgender equity in the workplace: A systematic review. *Sage Open*, *12*(1), 215824402210828 63. https://doi.org/10.1177/21582440221082863

Davis, S. A., i Meier, C. S. (2014). Effects of testosterone treatment and chest reconstruction surgery on mental health and sexuality in female-to-male transgender people. *International Journal of Sexual Health*, *26*(2), 113–128. http://www.doi.org/10.1111/jsm.12681

Dean, M. A., Victor, E., i Grimes, L. G. (2016). Inhospitable healthcare spaces: Why diversity training on LGBTQIA issues is not enough. *Journal of Bioethical Inquiry*, *13*(4), 557–570. https://doi.org/10.1007/s11673-016-9738-9

Debnam, K., Holt, C. L., Clark, E. M., Roth, D. L., i Southward, P. (2012). Relationship between religious social support and general social support with health behaviors in a national sample of African Americans. *Journal of Behavioral Medicine*, *35*(2), 179–189. https://doi.org/10.1007%2Fs10865-011-9338-4

De Cuypere, G., Jannes, C., i Rubens, R. (1995). Psychosocial functioning of transsexuals in Belgium. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *91*(3), 180–184. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09763.x

De Cuypere, G., TSjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., Sutter, P. de, Hoebeke, P., Monstrey, S., Vansteenwegen, A., i Rubens, R. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, *34*(6), 679–690. https://doi.org/10.1007/s10508-005-7926-5

De Roo, C., Tilleman, K., i Sutter, P. de (2018). Fertility options in transgender people. W: W. P. Bouman i J. Arcleus (eds.), *The transgender handbook: A guide for transgender people, their families and professionals* (s. 133–145). Nova Science.

De Roo, C., Tilleman, K., T'Sjoen, G., i Sutter, P. de (2016). Fertility options in transgender people. *International Review of Psychiatry*, *28*(1), 112–119. https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1084275

De Santis, J. P. (2009). HIV infection risk factors among male-to-female transgender

persons: A review of the literature. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, *20*(5), 362–372. https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.06.005

Deebel, N. A., Morin, J. P., Autorino, R., Vince, R., Grob, B., i Hampton, L. J. (2017). Prostate cancer in transgender women: Incidence, etiopathogenesis, and management challenges. *Urology*, *110*, 166–71. https://doi.org/10.1016/j.urology.2017.08.032

Defreyne, J., Kreukels, B., T'Sjoen, G., Den Heijer, M., i Elaut, E. (2019). Is anger intensity related to serum testosterone levels and/or exogenous testosterone therapy? Results from ENIGI, a large multicenter prospective cohort study in transgender people. *The Journal of Sexual Medicine*, *16*(5), S1. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.03.033

Defreyne, J., Motmans, J., i T'Sjoen, G. (2017). Healthcare costs and quality of life outcomes following gender affirming surgery in trans men: A review. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, *17*(6), 543–556. https://doi.org/10.1080/14737167.2017.1388164

Defreyne, J., Schuylenbergh, J. van, Motmans, J., Tilleman, K. L., i T'Sjoen, G. G. R. (2020). Parental desire and fertility preservation in assigned female at birth transgender people living in Belgium. *Fertility and Sterility*, *113*(1), 149–157.e2. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.09.002

Defreyne, J., i T'Sjoen, G. (2019). Transmasculine hormone therapy. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, *48*(2), P357–375. https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.01.004

Defreyne, J., T'Sjoen, G., Bouman, W. P., Brewin, N., i Arcelus, J. (2018). Prospective evaluation of self-reported aggression in transgender persons. *Journal of Sexual Medicine*, *15*, 768–776. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.079

Delgado, J. B., i Castro, M. C. (2014). Construction and validation of a subjective scale of stigma and discrimination (SISD) for the gay men and transgender women population in Chile. *Sexuality Research and Social Policy*, *11*(3), 187–198. https://doi.org/10.1007/s13178-014-0150-0

Delozier, A. M., Kamody, R. C., Rodgers, S., i Chen, D. (2020). Health disparities in transgender and gender expansive adolescents: A topical review from a minority stress framework. *Journal of Pediatric Psychology*, *45*(8), 842–847. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa040

Denby, K. J., Cho, L., Toljan, K., Patil, M., i Ferrando, C. A. (2021). Assessment of cardiovascular risk in transgender patients presenting for gender-affirming care. *The American Journal of Medicine*, *134*(8), 1002–1008. https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2021.02.031

DePalma, R. i Jennett, M. (2010). Homophobia, transphobia and culture: Deconstructing heteronormativity in English primary schools. *Intercultural Education*, *21*(1), 15–26. https://doi.org/10.1080/14675980903491858

Dessens, A. B., Cohen-Kettenis, P. T., Mellenbergh, G. J., Poll, N., Koppe, J. G., i Boer, K. (1999). Prenatal exposure to anticonvulsants and psychosexual development. *Archives of Sexual Behavior*, *28*, 31–44. https://doi.org/10.1023/A:1018789521375

Deutsch, M. B. (2016). *Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people.* Center of Excellence for Transgender Health, Department of Family and Community Medicine, University of California, San Fracisco. Pobrano 2.10.2020 z www.transhealth.ucsf.edu/

Devor, A. H. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model of transsexual identity formation. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, *8*(1–2), 41–67. https://doi.org/10.1300/J236v08n01_05

Dewey, J. M., i Gesbeck, M. M. (2017). (Dys)functional diagnosing: Mental health diagnosis, medicalization, and the making of transgender patients. *Humanity & Society*, *41*(1), 37–72. https://doi.org/10.1177%2F0160597615604651

Dębińska, M. (2015). *Prawo, seksuologia a transpłciowość. Przemiany społeczno-kulturowych praktyk konstruowania płci w Polsce (1964–2012)* [rozprawa doktorska, Uniwersytet Warszawski]. Repozytorium Uniwersytetu Warszawskiego.

Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L., Långström, N., i Landén, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. *PLOS One*, *6*(2), e16885. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016885

Diamond, G. M., Boruchovitz-Zamir, R., Gat, I., i Nir-Gottlieb, O. (2019). Relationship-focused therapy for sexual and gender minority individuals and their parents. W: J. E. Pachankis i S. A. Safren (eds.), *Handbook of evidence-based mental health practice with sexual and gender minorities* (s. 430–456). Oxford University Press.

Diamond, M. (2013). Transsexuality among twins: Identity concordance, transition, rearing and orientation. *International Journal of Transgenderism*, *14*(1), 24–38. https://doi.org/10.1080/15532739.2013.750222

dickey, l. m. (2020). Gender nonbinary mental health. W: E. D. Rothblum (ed.), *The Oxford handbook of sexual and gender minority mental health* (s. 297–304). Oxford University Press.

dickey, l. m., Reisner, S. L., i Juntunen, C. L. (2015). Non-suicidal self-injury in a large online sample of transgender adults. *Professional Psychology: Research and Practice*, *46*(1), 3–11. https://doi/10.1037/a0038803

dickey, l. m., Singh, A. A., i Walinsky, D. (2017). Treatment of trauma and nonsuicidal self-injury in transgender adults. *Psychiatric Clinics of North America*, *40*(1), 41–50. https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.007

Diekman, A. B., Brown, E. R., Johnston, A. M., i Clark, E. K. (2010). Seeking congruity between goals and roles: A new look at why women opt out of science, technology, engineering, and mathematics careers. *Psychological Science*, *21*(8), 1051–1057. https://doi.org/10.1177/0956797610377342

Diemer, E. W., Grant, J. D., Munn-Chernoff, M. A., Patterson, D. A., i Duncan, A. E. (2015). Gender identity, sexual orientation, and eating-related pathology in a national sample of college students. *Journal of Adolescent Health*, *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., i 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

Dierckx, M., Meier, P., i Motmans, J. (2017). "Beyond the box": A comprehensive study of sexist, homophobic, and transphobic attitudes among the Belgian population. *Digest. Journal of Diversity and Gender Studies*, *4*(1), 5–34.

Dierckx, M., Motmans, J., i Meier, P. (2014). *Mesure d'attitudes en matière de sexisme, d'homophobie et de transphobie. « Beyond the box »*. Gelijkheid en Diversiteit de l'Université d'Anvers, Université Saint-Louis Bruxelles.

Dietert, M., i Dentice, D. (2009). Gender identity issues and workplace discrimination: The transgender experience. *Journal of Workplace Rights*, *14*(1), 121–140.

Dietert, M., i Dentice, D. (2015). The Transgender military experience: Their battle for workplace rights. *Journal of Workplace Rights*, *5*(2), 1–12. https://doi.org/10.1177%2F2158244015584231

Dijnovic, R. P. (2015a). Surgical Therapy: Metoidioplasty technique and results. W: C. Trombetta, G. Liguori i M. Bertolotto (eds.), *Management of gender dysphoria* (s. 257–266). Springer Milan.

Dijnovic, R. P. (2015b). Surgical therapy: Total phalloplasty using latissimus dorsi flap. W: C. Trombetta, G. Liguori i M. Bertolotto (eds.), *Management of gender dysphoria* (s. 271–280). Springer Milan.

Dimant, O. E., Cook, T. E., Greene, R. E., i Radix, A. E. (2019). Experiences of transgender and gender nonbinary medical students and physicians. *Transgender Health*, *4*(1), 209–216. https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0021

Di Placido, J., i Fallahi, C. R. (2020). Stigma and sexual and gender minority mental health. The Oxford handbook of sexual and gender minority mental health. W: E. D. Rothblum (ed.), *The Oxford handbook of sexual and gender minority mental health* (s. 419–428). Oxford University Press.

Dizon, D. S., Tejada-Berges, T., Koelliker, S., Steinhoff, M., i Granai, C. O. (2006). Ovarian cancer associated with testosterone supplementation in a female-to-male transsexual patient. *Gynecogicl and Obstetric Investigation*, *62*(4), 226–228. https://doi.org/10.1159/000094097

Djordjevic, M. L. (2021). Regrets in transgender female: Reversal phalloplasty. W: D. Nikolavsky i S. A. Blakely (eds.), *Urological care for the transgender patient: A comprehensive guide* (s. 229–236). Springer Nature.

Djordjevic, M. L., Bizic, M. R., Duisin, D., Bouman, M.-B., i Buncamper, M. (2016). Reversal surgery in regretful male-to-female transsexuals after sex reassignment surgery. *Journal of Sexual Medicine*, *13*(6), 1000–1007. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.02.173

Djordjević, M. L., Stanojević, D. S., i Bizić, M. R. (2011). Rectosigmoid vaginoplasty: Clinical experience and outcomes in 86 cases. *The Journal of Sexual Medicine*, *8*(12), 3487–3494. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02494.x

Djordjevic, M. L., Stojanovic, B., i Bizic, M. (2019). Metoidioplasty: Techniques and outcomes. *Translational Andrology and Urology*, *8*(3), 248–253. https://doi.org/10.21037/tau.2019.06.12

Djordjevic, M.L., Stanojevic, D., Bizic, M., Kojovic, V., Majstorovic, M., Vujovic, S., Milosevic, A., Korac, G., i Perovic, S. (2009). Metoidioplasty as a single stage sex reassignment surgery in female transsexuals: Belgrade experience. *The Journal of Sexual Medicine*, *6*(5), 1306–1313. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.01065.x

Docter, R. F. (1988). *Transvestites and transsexuals: Toward a theory of cross-gender behavior*. Springer Science & Business Media.

Dolan, I. J., Strauss, P., Winter, S., i Lin, A. (2020). Misgendering and experiences of stigma in health care settings for transgender people. *The Medical Journal of Australia*, *212*(4), 150–151. https://doi.org/10.5694/ mja2.50497

Dolezal, M. L., Decker, M., Higgins, M., i Littleton, H. (2023). Evaluation of the gender minority stress model in transgender and gender diverse college students. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *12*(2), 348–358. https://doi.org/10.1037/sgd0000669

Dörner, G., Rohde, W., i Krell, L. (1972). Auslosung eines positiven Ostrogenfeedback Effekts bei homosexuellen Mannern. *Endokrinologie*, *60*, 297–301.

Doroszkiewicz, E. (2019). Dyskryminacja osób transpłciowych w sferze zatrudnienia. *Pracownik i Pracodawca*, *4*(1–2), 40–53. https://doi.org/10.12775/Pi P.2019.004

Dosani, R. N., Patidar, J., i Krishnamurthy, D. (2019). Level of depression among transgender – A literature review. *International Journal of Psychiatric Nursing*, *5*(2), 26–31.

Downing, J. M., i Przedworski, J. M. (2018). Health of transgender adults in the US, 2014–2016. *American Journal of Preventive Medicine*, *55*(3), 336–344. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.04.045

Doyle, D. M. (2022). Transgender identity: Development, management and affirmation. *Current Opinion in Psychology*, *48*, 101467. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101467

Drabish, K., i Theeke, L. A. (2022). Health impact of stigma, discrimination, prejudice, and bias experienced by transgender people: a systematic review of quantitative studies. *Issues in Mental Health Nursing*, *43*(2), 111–118. https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1961330

Drescher, Ch. F., Griffin, J. A., Casanova, T., Kassing, F., Wood, E., Brands, S., i Stepleman, L. M. (2019). Associations of physical and sexual violence victimisation, homelessness, and perceptions of safety with suicidality in a community sample of transgender individuals. *Psychology & Sexuality*, *12*(1–2), 52–63. https://doi.org/10.1080/19419899.2019.1690032

Drinane, J. J., i Santucci, R. A. (2021). Surgical anatomy: Vaginoplasty. W: D. Nikolavsky i S. A. Blakely (eds.), *Urological care for the transgender patient: A comprehensive guide* (s. 61–82). Springer Nature.

Du Bois, L. Z., Powers, S., Everett, B. G., i Juster, R. P. (2017). Stigma and diurnal cortisol among transitioning transgender men. *Psychoneuroendocrinology, 82*, 59–66. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.05.008

DuBois, L. Z., Puckett, J. A., Jolly, D., Powers, S., Walker, T., Hope, D. A., Mocarskki, R., Huit, T. Z., Lash, B. R., Holt, N., Ralston, A., Miles, M., Capannola, A., Tipton, C., Eick, G., i Juster, R. P. (2024). Gender minority stress and diurnal cortisol profiles among transgender and gender diverse people in the United States. *Hormones and Behavior, 159*, 105473. https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2023.105473

Du Bois, S. N., Yoder, W., Guy, A. A., Manser, K., i Ramos, S. (2018). Examining associations between state-level transgender policies and transgender health. *Transgender Health, 3*(1), 220–224. https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0031

Duckitt, J. (1994). *The social psychology of prejudice.* Praeger.

Duckitt, J., i Sibley, C. G. (2007). Right wing authoritarianism, social dominance orientation and the dimensions of generalized prejudice. *European Journal of Personality: Published for the European Association of Personality Psychology, 21*(2), 113–130. https://doi.org/10.1002/per.614

Dukor, B. (1951). Probleme um denTransvestitismus. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift, 81*, 516–519.

Dulko, S., i Imieliński, C. (2004). The epidemiology of transsexualism in Poland. *Journal of Psychosomatic Research, 56*(6), 637. http://dx.doi.org/10.1016%2Fj.jpsychores.2004.04.245

Dulko, S. (2003). ABC... płci. *Kosmos, 52*(1), 5–10.

Dulko, S., i Stankiewicz, S. (2010). Klinika transpozycji płci. W: Z. Lew-Starowicz i V. Skrzypulec (eds.), *Podstawy seksuologii* (s. 216–225). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Duišin, D., Batinić, B., Barišić, J., Djordjevic, M. L., Vujović, S., & Bizic, M. (2014). Personality disorders in persons with gender identity disorder. *The Scientific World Journal*, (1), https://doi.org/10.1155/2014/809058.

Dy, G. W., Nolan, I. T., Shakir, N. A., i Zhao, L. C. (2021). Prosthetics: Erectile implant, testicular implants. W: D. Nikolavsky i S. A. Blakely (eds.), *Urological care for the transgender patient: A comprehensive guide* (s. 165–184). Springer Nature.

Dyar, C., Newcomb, M. E., i Mustanski, B. (2019). Longitudinal associations between minority stressors and substance use among sexual and gender minority individuals. *Drug and Alcohol Dependence, 201*, 205–211. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.03.032

Dynarski, W. (2010). Glosariusz. W: A. Śledzińska-Simon (red.), *Prawa osób transseksualnych. Rozwiązania modelowe a sytuacja w Polsce* (s. 281–286). Wolters Kluwer Polska.

Dynarski, W., Grodzka, A., i Podobińska, L. (2010). Tożsamość płciowa – zagadnienia medyczne, społeczne i prawne. W: A. Śledzińska-Simon (red.), *Prawa osób transseksualnych. Rozwiązania modelowe a sytuacja w Polsce* (s. 21–38). Wolters Kluwer Polska.

Dynarski, W., i Kłonkowska, A. (2012). Słownik pojęć. W: M. Makuchowska i M. Pawlęga (red.), *Sytuacja społeczna osób LGBT. Raport za lata 2010 i 2011* (s. 221–228). Wydawnictwo KPH.

Dziemian, A., i Łucka, I. (2008). Transseksualizm czy zinternalizowana homofobia – studium przypadku. *Psychiatria Polska*, *42*(1), 105–114.

Eagly, A. H., i Chaiken, Sh. (1993). *The psychology of attitudes.* Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.

Eagly, A. H., Mladinic, A., i Otto, S. (1994). Cognitive and affective bases of attitudes toward social groups and social policies. *Journal of Experimental Social Psychology*, *30*(2), 113–37. https://doi.org/10.1006/jesp.1994.1006

Eagly, A.H. (1987). *Sex differences in social behavior: A social-role interpretation.* Erlbaum.

Earnshaw, V. A., Bogart, L. M., Poteat, V. P., Reisner, S. L., i Schuster, M. A. (2016). Bullying among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Pediatric Clinics*, *63*(6), 999–1010. https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.07.004

Ebrahimzadeh, S., Sadeghi, R., i Latifnejad Roudsari, R. (2019). Quality of life after sex reassignment surgery: A systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, *13*(3), E69086.

Eden, K., Wylie, K., i Watson, E. (2012). Gender dysphoria: Recognition and assessment. *Advances in psychiatric treatment*, *18*(1), 2–11. https://doi.org/10.1192/apt.bp.109.007211

Eicher, W., Spoljar, M., Cleve, H., Murken, J., Richter, K., i Stengel-Rutkowski, S. (1979). H-Y antigen in transsexuality. *The Lancet*, *2*, 1137–1138. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(79) 92539-X

Ekins, R., i King, D. (2010). The emergence of new transgendering identities in the age of the internet. W: S. Hines i T. Sanger (eds.), *Transgender identities: Towards a social analysis of gender diversity* (s. 25–42). Taylor & Francis.

Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Murad, M. H., Erwin, P. J., i Montori, V. M. (2010). Effect of sex steroid use on cardiovascular risk in transsexual individuals: A systematic review and meta-analyses. *Clinical Endocrinology*, *72*(1), 1–10. https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03632.x

El-Hadi, H., Stone, J., Temple-Oberle, C., i Harrop, A. R. (2018). Gender-affirming surgery for transgender individuals: Perceived satisfaction and barriers to care. *Plastic Surgery*, *26*(4), 263–268. https://doi.org/10.1177%2F2292550318767437

Eliason, M. J. (1996) Identity formation for lesbian, bisexual, and gay persons: beyond a minoritizing view. *Journal of Homosexuality*, *30*(3), 35–62.

Eliason, M. J., i Hughes, T. (2004). Treatment counselor's attitudes about lesbian, gay, bisexual, and transgendered clients: Urban vs. rural settings. *Substance Use & Misuse*, *39*(4), 625–644. https://doi.org/10.1081/JA-120030063

Eliason, M. J., i Schope, R. (2007). Shifting sands or solid foundation? Lesbian, gay, bisexual, and transgender identity formation. W: I. H. Meyer i E. Northridge (eds.), *The health of sexual minorities* (s. 3–26). Springer.

Elischberger, H. B., Glazier, J. J., Hill, E. D., i Verduzco-Baker, L. (2016). "Boys don't cry" – Or do they? Adult attitudes toward and beliefs about transgender youth. *Sex Roles*, *75*(5–6), 197–214. https://doi.org/10.1007/s11199-016-0609-y

Elischberger, H. B., Glazier, J. J., Hill, E. D., i Verduzco-Baker, L. (2018). Attitudes toward and beliefs about transgender youth: A cross-cultural comparison between the United States and India. *Sex Roles*, *78*(1–2), 142–160. https://doi.org/10.1007/s11199-017-0778-3

Ellis, A. E., Meade, N. G., i Brown, L. S. (2020). Evidence-based relationship variables when working with affectional and gender minority clients: A systematic review. *Practice Innovations*, *5*(3), 202–217. https://doi.org/10.1037/pri0000118

Ellis, H. (1914). Sexo-ästhetische Inversion. *Zeitschrift für Psychotherapie und Medizinische Psychologie*, *5*(3–4), 134–162.

Ellis, H. (1928). *Studies in the psychology of sex: Eonism and other supplementary studies* (vol. 7, s. 347–375). F. A. Davis Company.

Ellis, S. J., Bailey, L., i McNeil, J. (2015). Trans people's experiences of mental health and gender identity services: A UK study. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, *19*(1), 4–20. https://doi.org/10.1080/19359705.2014.960990

Ellis, S. J., Bailey, L., i McNeil, J. (2016). Transphobic victimisation and perceptions of future risk: A large-scale study of the experiences of trans people in the UK. *Psychology & Sexuality*, *7*(3), 211–224. https://doi.org/10.1080/19419899.2016.1181669

Embaye, N. (2006). Affirmative psychotherapy with bisexual transgender people. *Journal of Bisexuality*, *6*(1–2), 51–63. https://doi.org/10.1300/J159v06n01_04

ErcanSahin, N., Aslan, F., i Emiroglu, O. N. (2020). Health status, health behaviours and healthcare access of lesbian, gay, bisexual and transgender populations in Turkey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *34*(1), 239–246. https://doi.org/10.1111/scs.12759

Erickson-Schroth, L., Wu, S. X., i Glaeser, E. (2020). Sexual and gender-based violence in lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer communities. W: *Sexual and gender-based violence* (s. 113–126). Springer.

Erlangsen, A., Jacobsen, A. L., Ranning, A., Delamare, A. L., Nordentoft, M., i Frisch, M. (2023). Transgender identity and suicide attempts and mortality in Denmark. *Jama*, *329*(24), 2145–2153. https://doi.org/10.1001/jama.2023.8627

Erni, J. N. (2013). Legitimating transphobia: The legal disavowal of transgender rights in prison. *Cultural Studies*, *27*(1), 136–159. https://doi.org/10.1080/09502386.2012.722305

Ettner, R. (1999). *Gender loving care: A guide to counseling gender variant clients.* WW Norton & Co.

Ettner, R. (2015). Etiopathogenetic hypotheses of transsexualism. W: C. Trombetta, G. Liguori i M. Bertolotto (eds.), *Management of gender dysphoria* (s. 47–54). Springer Milan.

Ettner, R., i Guillamon, A. (2016). Theories of the etiology of transgender identity (2016). W: R. Ettner, S. Monstrey i E. Coleman (eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (s. 3–15). Routledge.

Ettner, R., Monstrey, S., i Coleman, E. (eds.). (2016). *Principles of transgender medicine and surgery*. Routledge.

European Union Agency for Fundamental Rights. (2014). *Being trans in the European Union. Comparative analysis of EU LGBT survey data.* Publications Office of the European Union.

Expósito-Campos, P., Gómez-Balaguer, M., Hurtado-Murillo, F., García-Moreno, R. M., Morillas-Ariño, C., i Armstrong, H. (2021). Medical detransition following transgender identity reaffirmation: two case reports. *Sexual Health*, *18*(6), 498–501. https://doi.org/10.1071/SH21089

Eyler, A. E. (2016). Primary medical care of transgender and gender non-conformig persons. W: R. Ettner, S. Monstrey i E. Coleman (eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (s. 42–63). Routledge.

Fabbre, V. D., i Gaveras, E. (2020). The manifestation of multilevel stigma in the lived experiences of transgender and gender nonconforming older adults. *American Journal of Orthopsychiatry*, *90*(3), 350–360. https://doi.org/10.1037/ort0000440$

Fabris, B., Bernardi, S., i Trombetta, C. (2015). Cross-sex hormone therapy for gender dysphoria. *Journal of Endocrinological Investigation*, *38*, 269–282. https://doi.org/10.1007/s40618-014-0186-2

Factor, R. J., i Rothblum, E. D. (2007). A study of transgender adults and their non-transgender siblings on demographic characteristics, social support, and experiences of violence. *Journal of LGBT Health Research*, *3*(3), 11–30. https://doi.org/10.1080/15574090802092879

Falk, G. (2001). *Stigma: How we treat outsiders.* Prometheus Books.

Faúndes, J. M. M. (2015). Géneros, transgéneros: Haciaunanoción bidimensional de la injusticia. *Andamios. Revista de Investigación Social*, *12*(27), 257–278.

Feather, N. T. (1985). Masculinity, femininity, self-esteem, and subclinical depression. *Sex Roles*, *12*(5), 491–500. https://doi.org/10.1007/BF00288171

Fehrenbacher, A. E., Musto, J., Hoefinger, H., Mai, N., Macioti, P. G., Giametta, C., i Bennachie, C. (2020). Transgender people and human trafficking: Intersectional exclusion of transgender migrants and people of color from anti-trafficking protection in the United States. *Journal of Human Trafficking*, *6*(2), 182–194. https://doi.org/10.1080/23322705.2020.1690116

Feigerlová, E. (2025). Prevalence of detransition in persons seeking gender-affirming hormonal treatments: a systematic review. *The Journal of Sexual Medicine*, *22*(2), 356–368. https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdae186

Feigerlová, E., Pascal, V., Ganne-Devonec, M. O., Klein, M., i Guerci, B. (2019). Fertility desires and reproductive needs of transgender people: Challenges and considerations for clinical practice. *Clinical Endocrinology*, *91*(1), 10–21. https://doi.org/10.1111/cen.13982

Feinstein B. A. (2020). The rejection sensitivity model as a framework for understanding sexual minority mental health. *Archives of Sexual Behavior*, *49*(7), 2247–2258. https://doi.org/10.1007/s10508-019-1428-3

Feldman, J. (2016). Preventive care of the transgender patient: An evidence-based approach. W: R. Ettner, S. Monstreyi E. Coleman (eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (s. 64–99). Routledge.

Felici, N., i Felici, A. (2006). A new phalloplasty technique: The free anterolateral thigh flap phalloplasty. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, *59*(2), 153–157. https://doi.org/10.1016/j.bjps.2005.05.016

Fenaughty, J., Lucassen, M. F., Clark, T., i Denny, S. (2019). Factors associated with academic achievement for sexual and gender minority and heterosexual cisgender students: Implications from a nationally representative study. *Journal of Youth and Adolescence, 48*(10), 1883–1898. https://doi.org/10.1007/s10964-019-01124-w

Ferlatte, O., Salway, T., Rice, S. M., Oliffe, J. L., Knight, R., i Ogrodniczuk, J. S. (2019). Inequities in depression within a population of sexual and gender minorities. *Journal of Mental Health*, *29*(5), 573–580. https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1581345

Fernández, R., Cortés-Cortés, J., Esteva, I., Gómez-Gil, E., Almaraz, M. C., Lema, E., Rumbo, T., Haro-Mora, J.-J., Roda, E., Guillamon, A., i Pásaro, E. (2015). The CYP 17 MspA 1 polymorphism and the gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, *12*(6), 1329–1333. https://doi.org/10.1111/jsm.12895

Fernández-Rouco, N., Carcedo, R. J., López, F., i Orgaz, M. B. (2019). Mental health and proximal stressors in transgender men and women. *Journal of Clinical Medicine*, *8*(3), e413. https://dx.doi.org/10.3390/jcm8030413

Fernie, B. A., Wright, T., Caselli, G., Nikčević, A. V., i Spada, M. M. (2017). Metacognitions as mediators of gender identity-related anxiety. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *24*(1), 264–268. https://doi.org/10.1002/cpp.1992

Ferrando, C. A. (ed.). (2020). *Comprehensive care of the transgender patient.* Elsevier.

Ferrando, C. A., i Bowers, M. (2020). Genital gender confirmation surgery for patients assigned male at birth. W: C. A. Ferrando (ed.), *Comprehensive care of the transgender patient* (s. 82–92). Elsevier.

Fetih, A., Gruntar, A. Š., i Petrović, M. (2015). Surgical therapy: Construction of the neovagina using the pelvic peritoneum. W: C. Trombetta, G. Liguori i M. Bertolotto (eds.), *Management of gender dysphoria* (s. 117–124). Springer Milan.

Fiani, C. N. (2018). Beyond the binary: Gender identity and mental health among transgender and gender non-conforming adults [niepublikowana rozprawa doktorska]. City University of New York.

Finn, S. E. (2016). Using therapeutic assessment in psychological assessments required for sex reassignment surgery. W: V. A. Brabender i J. L. Mihura (eds.), *The handbook of gender and sexuality in psychological assessment* (s. 511–534). Routledge.

Fisher, A. D., Bandini, E., Casale, H., Ferruccio, N., Meriggiola, M. C., Gualerzi, A., Manieri, C., Jannini, E, Mannucci, E., Monami, M., Stoamci, N., Delle Rose, A., Susini, T., Ricca, V., i Maggi, M. (2013). Sociodemographic and clinical features of gender identity disorder: An Italian multicentric evaluation. *Journal of Sexual Mededicine*, *10*(2), 408–419. http://www.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.03006.x

Fisher, A. D., Castellini, G., Bandini, E., Casale, H., Fanni, E., Benni, L., Ferruccio, N., Meriggiola, M. C., Manieri, Ch., Gualerzi, A., Jannini, E., Oppo, A., Ricca, V., Maggi, M., i Rellini, A. H. (2014). Cross-sex hormonal treatment and body uneasiness in individuals with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, *11*(3), 709–719. https://doi.org/10.1111/jsm.12413

Fisher, A. D., Castellini, G., Fanni, E., Casale, H., Tagliagambe, M., Benni, L., Eva, B., Vittorio, L., Giovanardi, G. i Ricca, V. (2016). HP-03-008 transphobia and homophobia levels in gender dysphoric individuals, general population and health care providers. *The Journal of Sexual Medicine*, *13*(5), S124. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.03.118

Fisher, A. D., Castellini, G., Ristori, J., Casale, H., Giovanardi, G., Carone, N., Fanni, E., Mosconi, M., Ciocca, G., Jannini, E. A., Ricca, V., Lingiardi, V., i Maggi, M. (2017). Who has the worst attitudes toward sexual minorities? Comparison of transphobia and homophobia levels in gender dysphoric individuals, the general population and healthcare providers. *Journal of Endocrinological Investigation*, *40*(3), 263–273. https://doi.org/10.1007/s40618-016-0552-3

Fisher, A. D., i Maggi, M. (2015). Endocrine treatment of transsexual male-to-female persons. W: C. Trombetta, G. Liguori i M. Bertolotto (eds.), *Management of gender dysphoria* (s. 83–92). Springer Milan.

Fisher, C. B., Fried, A. L., Desmond, M., Macapagal, K., i Mustanski, B. (2017). Facilitators and barriers to participation in PrEP HIV prevention trials involving transgender male and female adolescents and emerging adults. *AIDS Education and Prevention*, *29*(3), 205–217. https://doi.org/10.1521/aeap.2017.29.3.205

Fisher, C. B., Fried, A. L., Desmond, M., Macapagal, K., i Mustanski, B. (2018). Perceived barriers to HIV prevention services for transgender youth. *LGBT Health*, *5*(6), 350–358. https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0098

Fisher, M., Smith, M., i Perry, A. D. (2019). Gender confirmation surgery. W: W. C. H. L. Poretsky i W. C. Hembree (eds.), *Transgender medicine* (s. 183–196). Springer International Publishing.

Fishman, S. L., Paliou, M., Poretsky, L., i Hembree, W. C. (2019). Endocrine care of transgender adults. W: W. C. H. L. Poretsky i W. C. Hembree (eds.), *Transgender medicine* (s. 143–164). Springer International Publishing.

Fisk, N. M. (1974). Gender dysphoria syndrome. W: D. R. Laub i P. Gandy (eds.), *Proceedings of the Second Interdisciplinary Symposium on Gender Dysphoria Syndrome, Stanford University Medical Center, Stanford, California* (s. 7–14). Stanford University Medical Center.

Flaskerud, J. H., i Lesser, J. (2018). The current socio-political climate and psychological distress among transgender people. *Issues in Mental Health Nursing*, *39*(1), 93–96. https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1368751

Fletcher, J. B., Kisler, K. A., i Reback, C. J. (2014). Housing status and HIV risk behaviors among transgender women in Los Angeles. *Archives of Sexual Behavior*, *43*(8), 1651–1661. https://doi.org/10.1007/s10508-014-0368-1

Flint, C., Förster, K., Koser, S. A., Konrad, C., Zwitserlood, P., Berger, K., Hermesdorf, M., Kircher, T., Nenedic, I., Krug, A., Baune, B. T., Dohm, K., Redlich, R., Opel, N., Arolt, V., Hahn, T., Jiang, X., Dannlowski, U., i Grotegerd, D. (2020). Biological sex classification with structural MRI data shows increased misclassification in transgender women. *Neuropsychopharmacology*, *45*, 1758–1765. https://doi.org/10.1038/s41386-020-0666-3

Flores, A. R. (2015). Attitudes toward transgender rights: Perceived knowledge and secondary interpersonal contact. *Politics, Groups, and Identities*, *3*(3), 398–416. https://doi.org/10.1080/21565503.2015.1050414

Flores, A. R., Haider-Markel, D. P., Lewis, D. C., Miller, P. R., Tadlock, B. L. i Taylor, J. K. (2020). Public attitudes about transgender participation in sports: The roles of gender, gender identity conformity, and sports fandom. *Sex Roles*, *83*, 382–398. https://doi.org/10.1007/s11199-019-01114-z

Foa, E. B., i Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, *99*(1), 20–35. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.99.1.20

Ford, J. D., i Courtois, C. A. (2014). Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *1*(1), 1–17. https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-9

Formby, E. (2013). *The impact of homophobic and transphobic bullying on education and employment: A European survey 2013*. Sheffield Hallam University.

Formby, E. (2015). Limitations of focussing on homophobic, biphobic and transphobic 'bullying' to understand and address LGBT young people's experiences within and beyond school. *Sex Education*, *15*(6), 626–640. https://doi.org/10.1080/14681811.2015.1054024

Fox, R. C. (2014). Affirmative psychotherapy with bisexual transgender people. W: R. C. Fox (ed.), *Affirmative psychotherapy with bisexual women and bisexual men* (s. 65–78). Routledge.

Franco, N., i Cicillini, G. A. (2015). Brazilian trans teachers in their schooling process. *Revista Estudos Feministas*, *23*(2), 325–346. https://doi.org/10.1590/0104-026X2015v23n2p325

Franzini, L. R., i Casinelli, D. L. (1986). Health professionals' factual knowledge and changing attitudes toward transsexuals. *Social Science and Medicine*, *22*(5), 535–539. https://doi.org/10.1016/0277-9536(86)90020-1

Fraser, L. (2015). Gender dysphoria: Definition and evolution through the years. W: C. Trombetta, G. Liguori i M. Bertolotto (eds.), *Management of gender dysphoria* (s. 19–32). Springer Milan.

Fraser, L., i De Cuypere, G. (2016). Psychotherapy with transgender people. W: R. Ettner, S. Monstrey i E. Coleman (eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (s. 120–136). Routledge.

Fredriksen-Goldsen, K. I., Cook-Daniels, L., Kim, H. J., Erosheva, E. A., Emlet, C. A., Hoy-Ellis, C. P., Goldsen, J., i Muraco, A. (2014). Physical and mental health of

transgender older adults: An at-risk and underserved population. *The Gerontologist*, *54*(3), 488–500. https://doi.org/10.1093/geront/gnt021

Freund, K, Steiner, B. W., i Chan, S. (1982). Two types of cross gender identity. *Archives of Sexual Behavior*, *11*, 49–63. https://doi.org/10.1007/BF01541365

Frey, J. D., Poudrier, G., Chiodo, M. V., i Hazen, A. (2017). An update on genital reconstruction options for the female-to-male transgender patient: A review of the literature. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *139*(3), 728–737. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000003062

Frost, D. M., Fine, M., Torre, M. E., i Cabana, A. (2019). Minority stress, activism, and health in the context of economic precarity: Results from a national participatory action survey of lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and gender non-conforming youth. *American Journal of Community Psychology*, *63*(3–4), 511–526. https://doi.org/10.1002/ajcp.12326

Fuller, K. A., i Riggs, D. W., 2018. Family support and discrimination and their relationship to psychological distress and resilience amongst transgender people. *International Journal of Transgender Health*, *19*(4), 379–388. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1500966

Gagné, P., Tewksbury, R., i McGaughey, D. (1997). Coming out and crossing over: Identity formation and proclamation in a transgender community. *Gender & Society*, *11*(4), 478–508. https://doi.org/10.1177%2F089124397011004006

Galinec, M., i Lauri Korajlija, A. (2017). The effect of different ways of providing information about transsexualism on student attitudes. *Psychology & Sexuality*, *8*(4), 280–290. https://doi.org/10.1080/19419899.2017.1383932

Galupo, M. P., Bauerband, L. A., Gonzalez, K. A., Hagen, D. B., Hether, S. D., i Krum, T. E. (2014). Transgender friendship experiences: Benefits and barriers of friendships across gender identity and sexual orientation. *Feminism & Psychology*, *24*(2), 193–215. https://doi.org/10.1177%2F0959353514526218

Galupo, M. P., Henise, S. B., i Davis, K. S. (2014). Transgender microaggressions in the context of friendship: Patterns of experience across friends' sexual orientation and gender identity. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *1*(4), 461–470.

Galupo, M. P., Krum, T. E., Hagen, D. B., Gonzalez, K. A. i Bauerband, L. A. (2014). Disclosure of transgender identity and status in the context of friendship. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, *8*(1), 25–42. https://doi.org/10.1080/15538605.2014.853638

Galupo, M. P., Pulice-Farrow, L., i Lindley, L. (2020). "Every time I get gendered male, I feel a pain in my chest": Understanding the social context for gender dysphoria. *Stigma and Health*, *5*(2), 199–208. https://doi.org/10.1037/sah0000189

Gamarel, K. E., Reisner, S. L., Laurenceau, J. P., Nemoto, T., i Operario, D. (2014). Gender minority stress, mental health, and relationship quality: A dyadic investigation of transgender women and their cisgender male partners. *Journal of Family Psychology*, *28*(4), 437–447. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0037171

Gamarel, K. E., Sevelius, J. M., Reisner, S. L., Coats, C. S., Nemoto, T., i Operario, D. (2019). Commitment, interpersonal stigma, and mental health in romantic relationships

between transgender women and cisgender male partners. *Journal of Social and Personal Relationships*, *36*(7), 2180–2201. https://doi.org/10.1177%2F0265407518785768

Ganju, D., i Saggurti, N. (2017). Stigma, violence and HIV vulnerability among transgender persons in sex work in Maharashtra, India. *Culture, Health & Sexuality*, *19*(8), 903–917. https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1271141

Garaffa, G., i Ralph, D. J. (2015). Penile prosthesis implantation in phalloplasty in female-to-male transsexuals. W: C. Trombetta, G. Liguori i M. Bertolotto (eds.), *Management of gender dysphoria* (s. 311–316). Springer Milan.

Garcia-Falgueras, A., i Swaab, D. F. (2008). A sex difference in the hypothalamic uncinate nucleus: relationship to gender identity. *Brain*, *131*(12), 3132–3146. https://doi.org/10.1093/brain/awn276

Garcia-Rodriguez, L., Thain, L. M., i Spiegel, J. H. (2020). Scalp advancement for transgender women: Closing the gap. *The Laryngoscope*, *130*(6), 1431–1435. https://doi.org/10.1002/lary.28370

Garofalo, R., Osmer, E., Sullivan, C., Doll, M., i Harper, G. (2006). Environmental, psychosocial, and individual correlates of HIV risk in ethnic minority male-to--female transgender youth. *Journal of HIV/AIDS Prevention in Children & Youth*, *7*(2), 89–104. http://dx.doi.org/10.1300/J499v07n02_06

Garthe, R. C., Hidalgo, M. A., Hereth, J., Garofalo, R., Reisner, S. L., Mimiaga, M. J., i Kuhns, L. (2018). Prevalence and risk correlates of intimate partner violence among a multisite cohort of young transgender women. *LGBT Health*, *5*(6), 333–340. https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0034

Garton, S. (2004). *Histories of sexuality*. Routledge.

Gazzola, S. B., i Morrison, M. A. (2014). Cultural and personally endorsed stereotypes of transgender men and transgender women: Notable correspondence or disjunction? *International Journal of Transgenderism*, *15*(2), 76–99. https://doi.org/10.1080/15532739.2014.937041

Gebhard, P. H., Gagnon, J. H., Pomeroy, W., i Christenson, C. (1965). *Sex offenders: An analysis of types*. Harper and Row.

Gelfer, M. P., i Tice, R. M. (2013). Perceptual and acoustic outcomes of voice therapy for male-to-female transgender individuals immediately after therapy and 15 months later. *Journal of Voice*, *27*(3), 335–347. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2012.07.009

Gentile, G., Martino, A., Nadalin, D., Masetti, M., Marta, B. L., Palmisano, F., Franceschelli, A., Stella, P., Sanfelici, A. P., Brunocilla, E., i Colombo, F. (2020). Penile-scrotal flap vaginoplasty versus inverted penile skin flap expanded with spatulated urethra: A multidisciplinary single-centre analysis. *ArchivioItaliano di Urologia e Andrologia*, *92*(3). https://doi.org/10.4081/aiua.2020.3.186

Gerhardstein, K. R., i Anderson, V. N. (2010). There's more than meets the eye: Facial appearance and evaluations of transsexual people. *Sex Roles*, *62*(5–6), 361–373. https://doi.org/10.1007/s11199-010-9746-x

Gerth, J., Becerra-Culqui, T., Bradlyn, A., Getahun, D., Hunkeler, E. M., Lash, T. L., Millman, A., Nash, R., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Vupputuri, S., i Goodman, M. (2018). Agreement between medical records and self-reports: Implications for transgender health research. *Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders*, *19*(3), 263–269. https://doi.org/10.1007/s11154-018-9461-4

Getahun, D., Nash, R., Flanders, W. D., Baird, T. C., Becerra-Culqui, T. A., Cromwell, L., Hunkeler, E., Lash, T. L. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D. Silverberg, M. J., Safer, J., Slovis, J., Tangpricha, V., i Goodman, M. (2018). Cross-sex hormones and acute cardiovascular events in transgender persons: A cohort study. *Annals of Internal Medicine*, *169*(4), 205–213. https://doi.org/10.7326/M17-2785

Gibb, J. K., DuBois, L. Z., Williams, S., McKerracher, L., Juster, R. P., i Fields, J. (2020). Sexual and gender minority health vulnerabilities during the COVID-19 health crisis. *American Journal of Human Biology*, *32*(5), e23499. https://doi.org/10.1002/ajhb.23499

Gijs, L., Putten-Bierman, E. van der, i De Cuypere, G. (2014). Psychiatric comorbidity in adults with gender identity problems. W: B. P. C. Kreukels, T. Steensma i A. L. C. de Vries (eds.), *Gender dysphoria and disorders of sex development* (s. 255–276). Springer.

Gilbert, M. A. (2009). Defeating bigenderism: Changing gender assumptions in the twenty first century. *Hypatia*, *24*(3), 93–112. https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2009.01047.x

Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features. The CBT distinctive features series.* Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203851197

Ginicola, M. M., Smith, C., i Filmore, J. M. (eds.). (2017). *Affirmative counseling with LGBTQI+ people.* John Wiley & Sons.

Gittleson, N. L., i Dawson-Butterworth, K. (1967). Subjective ideas of sexual change in female schizophrenics. *British Journal of Psychiatry*, *113*(498), 491–494. https://doi.org/10.1192/bjp.113.498.491

Gittleson, N. L., i Levine, S. (1966). Subjective ideas of sexual change in male schizophrenics. *British Journal of Psychiatry*, *112*(489), 779–782. https://doi.org/10.1192/bjp.112.489.779

Glass, A. S., i Bowers, M. L. (2015). Complications of MTF vaginoplasty. W: C. Trombetta, G. Liguori i M. Bertolotto (eds.), *Management of gender dysphoria* (s. 153–161). Springer Milan.

Gleason, H. A., Livingston, N. A., Peters, M. M., Oost, K. M., Reely, E., i Cochran, B. N. (2016). Effects of state nondiscrimination laws on transgender and gender-nonconforming individuals' perceived community stigma and mental health. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, *20*(4), 350–362. https://doi.org/10.1080/19359705.2016.1207582

Gleming, M. Z., MacGowan, B. R., Robinson, L., Spitz, J., i Salt, P. (1982). The body image of the postoperative female-to-male transsexual. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *50*(3), 461–462. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.50.3.461

Glick, H., Tang, M., Daignault-Newton, S., i Hadj-Moussa, M. (2023). Assessment of neophallus length following metoidioplasty. *Translational Andrology and Urology*, *12*(9), 1390. https://doi.org/10.21037/tau-23-155

Glick, J. L., Lopez, A., Pollock, M., i Theall, K. P. (2019). "Housing insecurity seems to almost go hand in hand with being trans": Housing stress among transgender and gender non-conforming individuals in New Orleans. *Journal of Urban Health*, *96*(5), 751–759. https://doi.org/10.1007/s11524-019-00384-y

Glick, J. L., Theall, K. P., Andrinopoulos, K. M., i Kendall, C. (2018). The role of discrimination in care postponement among trans-feminine individuals in the US National Transgender Discrimination Survey. *LGBT Health*, *5*(3), 171–179. https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0093

Glick, P., i Fiske, S. T. (2001). An ambivalent alliance: Hostile and benevolent sexism as complementary justifications for gender inequality. *American Psychologist*, *56*(2), 109–118. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.56.2.109

Glotfelter, M. A., i Anderson, V. N. (2017). Relationships between gender self-esteem, sexual prejudice, and trans prejudice in cisgender heterosexual college students. *International Journal of Transgenderism*, *18*(2), 182–198. https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1274932

Glynn, T. R., Gamarel, K. E., Kahler, C. W., Iwamoto, M., Operario, D., i Nemoto, T. (2016). The role of gender affirmation in psychological well-being among transgender women. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *3*(3), 336–344.

Goddard, J. C., Vickery, R. M., Qureshi, A., Summerton, D. J., Khoosal, D., i Terry, T. R. (2007). Feminizing genitoplasty in adult transsexuals: Early and long-term surgical results. *BJU International*, *100*(3), 607–613. https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2007.07017.x

Godlewski J. (1988) Transsexualism and anatomic sex ratio reversal in Poland. *Archives of Sexual Behavior*, *17*, 547–548. https://doi.org/10.1007/BF01542342

Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates.* AnchorBooks.

Goffman, E. (2005). *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości* (A. Dzierżyńska i J. Tokarska-Bakir, tłum.). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne [pierwodruk w 1963 roku].

Goldberg, A. E., Kuvalanka, K. A., i Black, K. (2019). Trans students who leave college: An exploratory study of their experiences of gender minority stress. *Journal of College Student Development*, *60*(4), 381–400. https://doi.org/10.1353/csd.2019.0036

Goldberg, A. E., Kuvalanka, K. A., Budge, S. L., Benz, M. B., i Smith, J. Z. (2019). Health care experiences of transgender binary and nonbinary university students. *The Counseling Psychologist*, *47*(1), 59–97. https://doi.org/10.1177%2F0011000019827568

Goldberg, R. L. (1984). Heterosexual panic. *The American Journal of Psychoanalysis*, *44*(2), 209–211.

Goldenberg, T., Jadwin-Cakmak, L., i Harper, G. W. (2018). Intimate partner violence among transgender youth: Associations with intrapersonal and structural factors. *Violence and Gender*, *5*(1), 19–25. https://doi.org/10.1089/vio.2017.0041

Goldenberg, T., Jadwin-Cakmak, L., Popoff, E., Reisner, S. L., Campbell, B. A., i Harper, G. W. (2019). Stigma, gender affirmation, and primary healthcare use among Black transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, *65*(4), 483–490. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.04.029

Goldenberg, T., Kahle, E. M., i Stephenson, R. (2020). Stigma, resilience, and health care use among transgender and other gender diverse youth in the United States. *Transgender Health*, *5*(3), 173–181. https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0074

Goldenberg, T., Reisner, S. L., Harper, G. W., Gamarel, K. E., i Stephenson, R. (2020). State policies and healthcare use among transgender people in the US. *American Journal of Preventive Medicine*, *59*(2), 247–259. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.01.030

Goldhammer, H., Crall, C., i Keuroghlian, A. S. (2019). Distinguishing and addressing gender minority stress and borderline personality symptoms. *Harvard Review of Psychiatry*, *27*(5), 317–325. https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000234

Goldstein, Z., Khan, M., Reisman, T., i Safer, J. D. (2019). Managing the risk of venous thromboembolism in transgender adults undergoing hormone therapy. *Journal of Blood Medicine*, *10*, 209–216. https://doi.org/10.2147%2FJBM.S166780

Gomes de Jesus, J., Belden, C. M., Huynh, H. V., Malta, M., LeGrand, S., Kaza, V. G. K., i Whetten, K. (2020). Mental health and challenges of transgender women: A qualitative study in Brazil and India. *International Journal of Transgender Health*, *21*(4), 418–430. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1761923

Gonzalez, C. A., Bockting, W. O., Beckman, L. J., i Durán, R. E. (2012). Agentic and communal personality traits: Their associations with depression and resilience among transgender women. *Sex Roles*, *67*(9–10), 528–543. https://doi.org/10.1007/s11199-012-0202-y

Gonzalez, C. A., Gallego, J. D., i Bockting, W. O. (2017). An examination of demographic characteristics, components of sexuality and gender, and minority stress as predictors of excessive alcohol, cannabis, and illicit (noncannabis) drug use among a large sample of transgender people in the United States. *The Journal of Primary Prevention*, *38*(4), 419–445. https://doi.org/10.1007/s10935-017-0469-4

Gonzalez, K. A., Abreu, R. L., Rosario, C. C., Koech, J. M., Lockett, G. M., i Lindley, L. (2020). "A center for trans women where they help you": Resource needs of the immigrant Latinx transgender community. *International Journal of Transgender Health*, 23(1–2), 60–78. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1830222

Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Kreukels, B., Motmans, J., i Coleman, E. (2019). Size and distribution of transgender and gender Nonconforming populations: A narrative review. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, *48*(2), 303–321. https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.01.001

Goodman, M., Getahun, D., Silverberg, M. J., Safer, J., i Tangpricha, V. (2019). Cross-sex hormones and acute cardiovascular events in transgender persons. *Annals of Internal Medicine*, *170*(2), 143. https://doi.org/10.7326/L18-0564

Gooren, L. (2006). The biology of human psychosexual differentiation. *Hormones and Behavior*, *50*(4), 589–601. https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2006.06.011

Gooren, L. J. (2016). Hormone treatment of adult transgender people. W: R. Ettner, S. Monstrey i E. Coleman (eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (s. 167–179). Routledge.

Gooren, L. J., Giltay, E. J., i Bunck, M. C. (2008). Long-term treatment of transsexuals with cross-sex hormones: Extensive personal experience. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *93*(1), 19–25. https://doi.org/10.1210/jc.2007-1809

Gooren, L. J., Sungkaew, T., Giltay, E. J., i Guadamuz, T. E. (2015). Cross-sex hormone use, functional health and mental well-being among transgender men (Toms) and transgender women (Kathoeys) in Thailand. *Culture, Health & Sexuality*, *17*(1), 92–103. https://doi.org/10.1080/13691058.2014.950982

Gooren, L. J., Wierckx, K., i Giltay, E. J. (2014). Cardiovascular disease in transsexual persons treated with cross-sex hormones: Reversal of the traditional sex difference in cardiovascular disease pattern. *European Journal of Endocrinology*, *170*(6), 809–819. https://doi.org/10.1530/EJE-14-0011

Goozen, S. H. M. van, Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L. J. G., Frijda, N. H., i Poll, N. E. van de (1995). Gender differences in behaviour: activating effects of cross-sex hormones. *Psychoneuroendocrinology*, *20*(4), 343–363. https://doi.org/10.1016/0306-4530(94)00076-X

Gordon, A. R., Austin, S. B., Krieger, N., Hughto, J. M. W., i 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

Gorin-Lazard, A., Baumstarck, K., Boyer, L., Maquigneau, A., Gebleux, S., Penochet, J. C., Pringuey, D., Albarel, F., Morange, I., Loundou, A., Berbis, J., Aquier, P., Lançon, C., i Bonierbale, M. (2011). Is hormonal therapy associated with better quality of life in transsexuals? A cross-sectional study. *Journal of Sexual Medicine*, *9*(2), 531–541. http://www.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02564.x

Gorin-Lazard, A., Baumstarck, K., Boyer, L., Maquigneau, A., Penochet, J. C., Pringuey, D., Albarel, F., Morange, I., Bonierbale, M., Lancon, C., i Aquier, P. (2013). Hormonal therapy is associated with better self-esteem, mood, and quality of life in transsexuals. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *201*(11), 996–1000. http://www.doi.org/10.1097/NMD.0000000000000046

Gosling, S. D., Rentfrow, P. J., Swann, W. B. Jr. (2003). A very brief measure of the Big-Five personality domains. *Journal of Research in Personality*, *37*, 504–528.

Gorton, R. N., i Erickson-Schroth, L. (2017). Hormonal and surgical treatment options for transgender men (female-to-male). W: L. Carroll i L. Mizock (eds.), *Clinical issues and affirmative treatment with transgender clients* (s. 79–98). Elsevier.

Gower, A. L., Rider, G. N., Coleman, E., Brown, C., McMorris, B. J., i Eisenberg, M. E. (2018). Perceived gender presentation among transgender and gender diverse

youth: Approaches to analysis and associations with bullying victimization and emotional distress. *LGBT Health*, *5*(5), 312–319. https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0176

Gómez-Gil, E., Esteva, I., Almaraz, M. C., Pasaro, E., Segovia, S., i Guillamon, A. (2010). Familiality of gender identity disorder in non-twin siblings. *Archives of Sexual Behavior*, *39*, 546–552. https://doi.org/10.1007/s10508-009-9524-4

Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godás, T., i Valdés, M., (2009). Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior*, *38*(3), 378–392. http://www.doi.org/10.1007/s10508-007-9307-8

Gómez-Gil, E., Vidal-Hagemeijer, A., i Salamero, M. (2008). MMPI-2 characteristics of transsexuals requesting sex reassignment: Comparison of patients in prehormonal and presurgical phases. *Journal of Personality Assessment*, *90*(4), 368–374. https://doi.org/10.1080/00223890802108022

Gómez-Gil, E., Zubiaurre-Elorza, L., Esteva, I., Guillamon, A., Godás, T., Almaraz, M. C., Halperin, I., i Salamero, M. (2012). Hormone-treated transsexuals report less social distress, anxiety and depression. *Psychoneuroendocrinology*, *37*(5), 662–670. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2011.08.010

Grabski, B. (2020). Modele opieki i standardy postępowania. W: B. Grabski, M. Mijas, M. Dora i G. Iniewicz (red.), *Dysforia i niezgodność płciowa. Kompendium dla praktyków* (s. 41–64). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Grabski, B., Dora, M., Baran, D., Żołądek, S., i Mijas, M. (2020). Zasady diagnostyki i oceny. W: B. Grabski, M. Mijas, M. Dora i G. Iniewicz (red.), *Dysforia i niezgodność płciowa. Kompendium dla praktyków* (s. 65–114). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Grabski, B., Mijas, M., Dora, M. i Iniewicz, G. (red.). (2020). *Dysforia i niezgodność płciowa. Kompendium dla praktyków*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Grabski, B., Rachoń, D., Czernikiewicz, W., Dulko, S., Jakima, S., Müldner-Nieckowski, Ł., Trofimiuk-Müldner, M., Baran, D., Dora, M., Iniewicz, G., Mijas, M., Stankiewicz, S., Adamczewska-Stachura, M., i Mazurczak, A. (2021). Zalecenia Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego dotyczące opieki nad zdrowiem dorosłych osób transpłciowych – stanowisko panelu ekspertów. *Psychiatria Polska*, *55*(3), 701–708. http://dx.doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/125785

Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Harrison, J., Hermann, J. L., i Keisling, M. (2011). *Injustice at every turn: A report of the national transgender discrimination survey*. National Center for Transgender Equality and National Gayand Lesbian Task Force.

Grant, R., Amos, N., Cook, T., Lin, A., Hill, A., Carman, M., i Bourne, A. (2024). From euphoria to wellbeing: Correlates of gender euphoria and its association with mental wellbeing among transgender adults. International Journal of Transgender Health, 1–9. https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2324100

Graziano, W. G., i Tobin, R. M. (2009). Agreeableness. W: M. R. Leary i R. H. Hoyle (eds.), *Handbook of individual differences in social behavior* (s. 46–61). The Guildford Press.

Green, J. (2000). Look! No, don't! The visibility dilemma for transsexual men. W: S. Stryker i S. Whitle (eds.), *The transgender studies reader* (s. 499–508). Routledge.

Green, R. (1974). *Sexual identity conflicts in children and adults.* Penguin Books.

Green, R. (2000). Family cooccurrence of 'gender dysphoria': Ten sibling or parent–child pairs. *Archives of Sexual Behavior*, *29*, 499–507. https://doi.org/10.1023/A:1001947920872

Green, R., i Money, J. (eds.). (1969). *Transsexualism and sex reassignment.* The Johns Hopkins Press.

Green, R., i Stoller, R. (1971). Two pairs of monozygotic (identical) twins discordant for gender identity. *Archives of Sexual Behavior*, *1*, 321–327. https://doi.org/10.1007/BF01638060

Green, R., Stoller, R. J., i MacAndrew, C. (1966). Attitudes toward sex transformation procedures. *Archives of General Psychiatry*, *15*(2), 178–182. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1966.01730140066011

Greenburg, J., i Gaia, A. C. (2019). Interpersonal contact, stereotype acceptance, gender role beliefs, causal attribution, and religiosity as predictors of attitudes toward transgender individuals. *Psi Chi Journal of Psychological Research*, *24*(1), 18–32. https://doi.org/10.24839/2325-7342.JN24.1.18

Greene, D. C., i Britton, P. J. (2015). Predicting adult LGBTQ happiness: Impact of childhood affirmation, self-compassion, and personal mastery. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, *9*(3), 158–179. https://doi.org/10.1080/15538605.2015.1068143

Greytak, E. A., Kosciw, J. G., i Diaz, R. M. (2009). *Harsh realities: The experiences of transgender youth in our nation's schools.* Gay, Lesbian, and Straight Education Network.

Griffin, J. A., Casanova, T. N., Eldridge-Smith, E. D., i Stepleman, L. M. (2019). Gender minority stress and health perceptions among transgender individuals in a small metropolitan southeastern region of the United States. *Transgender Health*, *4*(1), 247–253. https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0028

Grift, T. C. van de, Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T., i Kreukels, B. P. (2018). Surgical satisfaction, quality of life, and their association after gender-affirming surgery: A follow-up study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *44*(2), 138–148. https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1326190

Grigoropoulos, I., i Kordoutis, P. (2015). Social factors affecting antitransgender sentiment in a sample of Greek undergraduate students. *International Journal of Sexual Health*, *27*(3), 276–285. https://doi.org/10.1080/19317611.2014.974792

Grossman, A. H., i D'Augelli, A. R. (2007). Transgender youth and life-threatening behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *37*(5), 527–537. https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.5.527

Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., i Frank, J. A. (2011). Aspects of psychological resilience among transgender youth. *Journal of LGBT Youth*, *8*(2), 103–115. https://doi.org/10.1080/19361653.2011.541347

Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. J., i Hubbard, S. (2005). Parents' reactions to transgender youths' gender nonconforming expression and identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, *18*(1), 3–16. https://doi.org/10.1300/J041v18n01_02

Grossman, A. H., Haney, A. P., Edwards, P., Alessi, E. J., Ardon, M., i Howell, T. J. (2009). Lesbian, gay, bisexual and transgender youth talk about experiencing

and coping with school violence: A qualitative study. *Journal of LGBT Youth*, *6*(1), 24–46. https://doi.org/10.1080/19361650802379748

Grossman, A. H., Park, J. Y., i Russell, S. T. (2016). Transgender youth and suicidal behaviors: Applying the interpersonal psychological theory of suicide. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, *20*(4), 329–349. https://doi.org/10.1080/19359705.2016.1207581

Grubb, H. M. (2016). Marginalization of transgender identities: Implications for health equity. *Psychiatric Annals*, *46*(6), 334–339. https://doi.org/10.3928/00485713-20160418-01

Grzanka, P. R., DeVore, E. N., Frantell, K. A., Miles, J. R., i Spengler, E. S. (2020). Conscience clauses and sexual and gender minority mental health care: A case study. *Journal of Counseling Psychology*, *67*(5), 551–567. https://doi.org/10.1037/cou0000396

Guerra, M. P., Balaguer, M. G., Porras, M. G., Murillo, F. H., Izquierdo, E. S., i Ariño, C. M. (2020). Transsexuality: Transitions, detransitions, and regrets in Spain. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición (English ed.), 67*(9), 562–567. https://doi.org/10.1016/j.endien.2020.03.005

Gussow, Z., i Tracy, G. S. (1968). Status, ideology, and adaptation to stigmatized illness: A study of leprosy. *Human Organization*, *27*(4), 316–325. https://doi.org/10.17730/humo.27.4.c0077788r2v3p2r7

Gutheil, E. A. (1923). Analyse eines Falles von Transvestitismus. W: W. Stekel (Hrsg.), *Der Fetischismus* (s. 535–570). Urban & Schwarzenberg.

Gutheil, E. A. (1954). The psychologic background of transsexualism and transvestism. *American Journal of Psychotherapy*, *8*, 231–239.

Guzmán-Parra, J., Sánchez-Álvarez, N., Diego-Otero, Y. de, Pérez-Costillas, L., Antonio, I. E. de, Navais-Barranco, M., Castro-Zamudio, S., i Bergero-Miguel, T. (2016). Sociodemographic characteristics and psychological adjustment among transsexuals in Spain. *Archives of Sexual Behavior*, *45*(3), 587–596. http://www.doi.org/10.1007/s10508-015-0557-6

Haas, A. P., i Mortali, M. G. (2020). Suicidal behavior among sexual and gender minority populations. W: E. D. Rothblum (ed.), *The Oxford handbook of sexual and gender minority mental health* (s. 159–174). Oxford University Press.

Haas, A. P., Rodgers, P. L., i Herman, J. L. (2014). *Suicide attempts among transgender and gender non-conforming adults.* American Foundation for Suicide Prevention, The Williams Institute.

Habermeyer, E., Kamps, I., i Kawohl, W. (2003). A case of bipolar psychosis and transsexualism. *Psychpathology*, *36*, 168–170. https://doi.org/10.1159/000071262

Hadj-Moussa, M., Agarwal, S., Ohl, D. A., i Kuzon, W. M., Jr. (2019). Masculinizing genital gender confirmation surgery. *Sexual Medicine Reviews*, *7*(1), 141–155. https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.06.004

Hadj-Moussa, M., Ohl, D. A., i Kuzon, W. M., Jr. (2018a). Evaluation and treatment of gender dysphoria to prepare for gender confirmation surgery. *Sexual Medicine Reviews*, *6*(4), 607–617. https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.03.006

Hadj-Moussa, M., Ohl, D. A., i Kuzon Jr., W. M. (2018b). Feminizing genital gender-confirmation surgery. *Sexual Medicine Reviews*, *6*(3), 457–468.e2. https://doiorg/10.1016/j.sxmr.2017.11.005

Hafeez, H., Zeshan, M., Tahir, M. A., Jahan, N., i Naveed, S. (2017). Health care disparities among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: a literature review. *Cureus*, *9*(4), e1184. https://doi.org/10.7759/cureus.1184

Hage, J. J., Dekker, J., Karim, R. B., Verheijen, R. H. M., i Bloemena, E. (2000). Ovarian cancer in female-to-male transsexuals: Report of two cases. *Gynecologic Oncology*, *76*(3), 413–415. https://doi.org/10.1006/gyno.1999.5720

Hage, J. J., i Karim, R. B. (1998). Abdominoplastic secondary full-thickness skin graft vaginoplasty for male-to-female transsexuals. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *101*(6), 1512–1515. https://doi.org/10.1097/00006534-199805000-00013

Hagen, D. B., i Galupo, M. P. (2014). Trans*Individuals' experiences of gendered language with health care providers: Recommendations for practitioners. *International Journal of Transgenderism*, *15*(1), 16–34. https://doi.org/10.1080/15532739.2014.890560

Hailey, J., Burton, W., i Arscott, J. (2020). We are family: Chosen and created families as a protective factor against racialized trauma and anti-LGBTQ oppression among African American sexual and gender minority youth. *Journal of GLBT Family Studies*, *16*(2), 176–191. https://doi.org/10.1080/1550428X.2020.1724133

Hamburger, C. (1953). The desire for change of sex as shown by personal letters from 465 men and women. *Acta Endocrinologica*, *14*(4), 361–375. https://doi.org/10.1530/acta.0, 0140361

Hamburger, C., Stürup, G. K., i Dahl-Iversen, E. (1953). Transvestism: Hormonal, psychiatric, and surgical treatment. *Journal of the American Medical Association*, *152*(5), 391–396. https://doi.org/10.1001/jama.1953.03690050015006

Hamidi, O., i Davidge-Pitts, C. J. (2019). Transfeminine hormone therapy. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, *48*(2), P341–355. https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.02.001

Hamidi, O., i Nippoldt, T. B. (2019). Biology of gender identity and gender incongruence. W: W. C. H. L. Poretsky i W. C. Hembree (eds.), *Transgender medicine* (s. 39–50). Springer International Publishing.

Hamilton, D. L., i Gifford, R. K. (1976). Illusory correlation in interpersonal perception: A cognitive basis of stereotypic judgments. *Journal of Experimental Social Psychology*, *12*(4), 392–407. https://doi.org/10.1016/S0022-1031(76) 80006-6

Hammond, S. E., Cohen, E., i Rosow, D. (2019). Feminization of transgender women with thyroid chondroplasty and laryngoplasty. *Journal of Craniofacial Surgery*, *30*(5), 1409–1413. https://doi.org/10.1097/SCS.0000000000005569

Hancock, A. B., i Garabedian, L. M. (2013). Transgender voice and communication treatment: A retrospective chart review of 25 cases. *International Journal of Language & Communication Disorders*, *48*(1), 54–65. https://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2012.00185.x

Haraldsen, I. R., i Dahl, A. A. (2000). Symptom profiles of gender dysphoric patients of transsexual type compared to patients with personality disorders and healthy

adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *102*, 276–281. https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102004276.x

Hardacker, C. T., Chyten-Brennan, J., i Komar, A. (2018). Transgender physiology, anatomy, and aging: A provider's guide to gender-affirming surgeries. W: C. Hardacker, K. Ducheny i M. Houlberg (eds.), *Transgender and gender nonconforming health and aging* (s. 37–60). Springer.

Hardacker, C., Ducheny, K., i Houlberg, M. (eds.). (2018). *Transgender and gender nonconforming health and aging*. Springer.

Hare, L., Bernard, P., Sánchez, F. J., Baird, P. N., Vilain, E., Kennedy, T., i Harley, V. R. (2009). Androgen receptor repeat length polymorphism associated with male-to-female transsexualism. *Biological Psychiatry*, *65*(1), 93–96. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.08.033

Harrison-Quintana, J., Perez, D., i Grant, J. (2012). Injustice at every turn: A look at Latino/a respondents in the National Transgender Discrimination Survey. Pobrano 3.09.2021 z https://transequality.org/sites/default/files/docs/resources/ntds_latino_english_2.pdf

Hashimoto, M. (1992). Therapy of a case of psychotic personality organization manifesting gender identity disorder. *The Tokai Journal of Experimental and Clinical Medicine*, *17*(5–6), 205–212.

Hatchel, T., i Marx, R. (2018). Understanding intersectionality and resiliency among transgender adolescents: Exploring pathways among peer victimization, school belonging, and drug use. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(6), 1289. https://doi.org/10.3390/ijerph15061289

Hatchel, T., Valido, A., Pedro, K. T. de, Huang, Y., i Espelage, D. L. (2019). Minority stress among transgender adolescents: The role of peer victimization, school belonging, and ethnicity. *Journal of Child and Family Studies*, *28*(9), 2467–2476. https://doi.org/10.1007/s10826-018-1168-3

Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma "Get under the skin"? Apsychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, 135, 707–730. https://doi.org/:10.1037/a0016441

Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., i Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health*, *103*(5), 813–821. https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069

Haynes, A., i Schweppe, J. (2017). *STAD: Stop Transphobia and Discrimination Report 2014–2016*. Pobrano 3.09.2021 z https://ulir.ul.ie/bitstream/handle/10344/6314/STADpercent20-percent20Stoppercent20Transphobiapercent20andpercent20Discriminationpercent20Reportpercent202014-2016.pdf?sequence=2

Healy, K. Z. (2011). *Internalized transphobia, minority stress, and collective self-esteem* [niepublikowana rozprawa doktorska]. The Ohio State University.

Hearld, K. R., Milner, A. N., Budhwani, H., Abreau, N., Rodriguez-Lauzurique, R. M., Charow, R., i Paulino-Ramirez, R. (2019). Alcohol use, high risk behaviors, and

experiences of discrimination among transgender women in the Dominican Republic. *Substance Use & Misuse*, *54*(10), 1725–1733. https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1608253

Heatherton, T. F., Kleck, R. E., Hebl, M. R., i Hull, J. G. (2000). *The social psychology of stigma*. The Guilford Press.

Heck, N. C. (2017a). Group psychotherapy with transgender and gender nonconforming adults: evidence-based practice applications. *Psychiatric Clinics*, *40*(1), 157–175. https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10,010

Heck, N. C. (2017b). Group psychotherapy with transgender and gender nonconforming adults: Evidence-based practice applications. W: L. Carroll i L. Mizock (eds.). *Clinical issues and affirmative treatment with transgender clients* (s. 157–176). Elsevier.

Heck, N. C., Croot, L. C., i Robohm, J. S. (2015). Piloting a psychotherapy group for transgender clients: Description and clinical considerations for practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, *46*(1), 30–36. https://doi.org/10.1037/a0033134

Hegde, P., Hara, H., Narayana, M., & Chennaveerachari, N. K. (2023). Gender incongruence during prodrome of schizophrenia: To diagnose or not to? *Asian Journal of Psychiatry*, *90*, 103830–103830.

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., i T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *102*(11), 3869–3903. https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer III, W. J., Spack, N. P., Tangpricha, V., i Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *94*(9), 3132–3154. https://doi.org/10.1210/jc.2009-0345

Hendricks, M. L., i 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://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0029597

Heng, A., Heal, C., Banks, J., i Preston, R. (2018). Transgender peoples' experiences and perspectives about general healthcare: A systematic review. *International Journal of Transgenderism*, *19*(4), 359–378. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1502711

Hengstschläger, M., Trostenburg, M. von, Repa, C., Marton, E., Huber, J. C., i Bernaschek, G. (2003). Sex chromosome aberrations and transsexualism. *Fertility and Sterility*, *79*(3), P639–640. https://doi.org/10.1016/S0015-0282 (02) 04805-7

Henkin, W. A. (2001). Coming out trans: Questions of identity for therapists working with transgendered individuals. *Electronic Journal of Human Sexuality*, *11*. Pobrano 27.11.2019 z http://www.ejhs.org/volume11/Comingouttrans.htm

Henningsson, S., Westberg, L., Nilsson, S., Lundstrom, B., Ekseliusd, L., i Bodlunde, O. (2005). Sex steroid-related genes and male-to-female transsexualism. *Psychoneuroendocrinology*, *30*(7), 657–664. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.02.006

Henry, R. S., Perrin, P. B., Coston, B. M., i Calton, J. M. (2018). Intimate partner violence and mental health among transgender/gender nonconforming adults. *Journal of Interpersonal Violence*, *36*(7–8), 3374–3399. https://doi.org/10.1177%2F0886260518775148

Hepp, U., Kraemer, B., Schnyder, U., Miller, N., i Delsignore, A. (2005). Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, *58*(3), 259–261. http://www.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.08.010

Herbst, J. H., Jacobs, E. D., Finlayson, T. J., McKleroy, V. S., Neumann, M. S., Crepaz, N., i HIV/AIDS Prevention Research Synthesis Team (2008). Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: A systematic review. *AIDS and Behavior*, *12*(1), 1–17. https://doi.org/10.1007/s10461-007-9299-3

Herek, G. M. (1986). The instrumentality of attitudes: Toward a neofunctional theory. *Journal of Social Issues*, *42*(2), 99–114. https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1986.tb00227.x

Herek, G. M. (2016). A nuanced view of stigma for understanding and addressing sexual and gender minority health disparities. *LGBT Health*, *3*(6), 397–399. https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0154

Herman, J. L. (2013). Gendered restrooms and minority stress: The public regulation of gender and its impact on transgender people's lives. *Journal of Public Management & Social Policy*, *19*, 65–80.

Herodot (1859). *The ancient history of Herodotus* [źródło elektroniczne]. Derby & Jackson.

Herrick, S., Rocchi, M. A., Sweet, S. N., i Duncan, L. R. (2020). Exploring proximal LGBTQ+ minority stressors within physical activity contexts from a self-determination theory perspective. *Annals of Behavioral Medicine*, kaab052. https://doi.org/10.1093/abm/kaab052

Hess, J., Neto, R. R., Panic, L., Rübben, H., i Senf, W. (2014). Satisfaction with male-to-female gender reassignment surgery: Results of a retrospective analysis. *Deutsches Ärzteblatt International*, *111*(47), 795–801. https://doi.org/10.3238%2Farztebl.2014.0795

Heston, A. L., Esmonde, N. O., Dugi III, D. D., i Berli, J. U. (2019). Phalloplasty: Techniques and outcomes. *Translational Andrology and Urology*, *8*(3), 254–265. https://doi.org/10.21037%2Ftau.2019.05.05

Heylens, G., De Cuypere, G., Zucker, K. J., Schelfaut, C., Elaut, E., Vanden Bossche, H., Baere, E. de, i T'Sjoen, G. (2012). Gender identity disorder in twins: A review of the case report literature. *Journal of Sexual Medicine*, *9*, 751–757. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02567.x

Heylens, G., Elaut, E., Kreukels, B. P., Paap, M. C., Cerwenka, S., Richter-Appelt, H., Cohen-Ketteni, P. T., Haraldsen, I. R., i De Cuypere, G. (2014). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries.

The British Journal of Psychiatry, *204*(2), 151–156. http://www.doi.org/10.1192/bjp.bp.112.121954

Heylens, G., Verroken, C., Cock, S. de, T'Sjoen, G., i De Cuypere, G. (2014). Effects of different steps in gender reassignment therapy on psychopathology: A prospective study of persons with a gender identity disorder. *Journal of Sexual Medicine*, *11*, 119–126. http://www.doi.org/10.1111/jsm.12363

Hędzelek, D. (2010). Postępowanie psychologiczne i medyczne w procesie korekty płci u osób transseksualnych. W: M. Cybulski i W. Strzelecki (red.), *Psychologia w naukach medycznych* (s. 125–132). Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego.

Hibbert, M., Wolton, A., Crenna-Jennings, W., Benton, L., Kirwan, P., Lut, I., Okala, S., Ross, M., Furegato, M., Nambiar, K., Douglas, N., Roche, J., Jeffries, J., Reeves, I., Nelson, M., Weerawardhana, C., Jamal, Z., Hudson, A., i Delpech, V. (2018). Experiences of stigma and discrimination in social and healthcare settings among trans people living with HIV in the UK. *AIDS Care*, *30*(7), 836–843. https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1436687

Hidalgo, M. A., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Clark, L. F., Garofalo, R., Rosenthal, S. M., Spack, N. P., i Olson, J. (2013). The Gender Affirmative Model. *Human Development*, *56*(5), 285–290. https://www.jstor.org/stable/26764675

Higgins, A., Doyle, L., Downes, C., Murphy, R., Sharek, D., DeVries, J., Begley, T., McCann, E., Sheerin, F., i Smyth, S. (2016). *The LGBT Ireland report: National study of the mental health and wellbeing of lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people in Ireland*. GLEN – BeLonG To. Pobrano 12.10.2020 z https://www.tcd.ie/equality/assets/docs/LGBTIrelandReport_KeyFindings.pdf

Hill, D. B. (2002). Genderism, transphobia, and gender bashing: A framework for interpreting antitransgender violence. W: B. Wallace i R. Carter (eds.), *Understanding and dealing with violence: A multicultural approach* (s. 113–136). Sage.

Hill, D. B., i Willoughby, B. L. B. (2005). The development and validation of the genderism and transphobia scale. *Sex Roles*, *53*(7/8), 531–544. https://doi.org/10.1007/s11199-005-7140-x

Hilton, J. L., i Hippel, W. von (1996). Stereotypes. *Annual Review of Psychology*, *47*(1), 237–271.

Hines, S., i Sanger, T. (2010). *Transgender identities: Towards a social analysis of gender diversity*. Taylor & Francis.

Hirschfeld, M. (1910). *Die Transvestiten. Über den erotischen Verkleidungstrieb*. Med. Verlag Alfred Pulvermacher.

Hirschfeld, M. (1914). *Die Homosexualitat des Mannes und des Weibes*. Marcus.

Hirschfeld, M. (1923). Die intersexuelle Konstitution. *Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen*, *23*, 3–27.

Hirschfeld, M. (1948). *Sexual anomalies. The origins, nature, and treatment of sexual disorders*. Emerson Books.

Ho, F. (2018). *Social anxiety in trans and gender diverse people* [niepublikowana rozprawa doktorska]. Deakin University.

Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Weyers, S., Decaestecker, K., i Monstrey, S. (2005). Impact of sex reassignment surgery on lower urinary tract function. *European Urology*, *47*(3), 398–402. https://doi.org/10.1016/j.eururo.2004.10.008

Hoenig, J. (1981). Etiological research in transsexualism. *Psychiatry, University of Ottawa*, *6*, 184–189.

Hoenig, J. (1985). Etiology of transsexualism. W: W. B. Steiner (ed.), *Gender dysphoria: Development, research, management* (s. 33–74). Plenum Press.

Hoenig, J., i Kenna, J. C. (1979). EEG abnormalities and transsexualism. *British Journal of Psychiatry*, *134*(3), 293–300. https://doi.org/10.1192/bjp.134.3.293

Hoffarth, M. R., i Hodson, G. (2018). When intergroup contact is uncommon and bias is strong: The case of anti-transgender bias. *Psychology & Sexuality*, *9*(3), 237–250. https://doi.org/10.1080/19419899.2018.1470107

Holewińska-Łapińska, E. (2010). *Sądowa zmiana płci. Analiza orzecznictwa z lat 1991–2008.* Studia i Analizy Sądu Najwyższego.

Holland, D., White, L. C., Pantelic, M., i Llewellyn, C. (2024). The experiences of transgender and nonbinary adults in primary care: A systematic review. *European Journal of General Practice*, 30(1), 2296571. https://doi.org/10.1080/13814788.2023.2296571

Holmes, C. (2016). Exploring the intersections between violence, place, and mental health in the lives of trans and gender nonconforming people in Canada. W: M. D. Giesbrecht i V. A. Crooks (eds.), *Place, health, and diversity: Learning from the Canadian experience* (s. 53–75). Routledge.

Hopwood, R. A. (2017). Supporting the transgender individual in deciding their pathway. W: M. R. Kauthi i J. C. Shipherd (eds.), *Adult transgender care* (s. 61–77). Routledge.

Horbach, S. E., Bouman, M. B., Smit, J. M., Özer, M., Buncamper, M. E., i Mullender, M. G. (2015). Outcome of vaginoplasty in male-to-female transgenders: A systematic review of surgical techniques. *The Journal of Sexual Medicine*, *12*(6), 1499–1512. https://doi.org/10.1111/jsm.12868

Hore, B., Phil, M., Nicolle, F., i Calnan, J. (1973). Male transsexualism: Two cases in a single family. *Archives of Sexual Behavior*, *2*, 317–321. https://doi.org/10.1007/BF01541005

Hoshiai, M., Matsumoto, Y., Sato, T., Ohnishi, M., Okabe, N., Kishimoto, Y., Terada, S., i Kuroda, S. (2010). Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *64*(5), 514–519. http://www.doi.org/10.1111/j.1440-1819.2010.02118.x

Hotton, A. L., Garofalo, R., Kuhns, L. M., i Johnson, A. K. (2013). Substance use as a mediator of the relationship between life stress and sexual risk among young transgender women. *AIDS Education and Prevention*, *25*(1), 62–71.

Houlberg, M. (2018). Endocrinology, hormone replacement therapy (HRT), and aging. W: C. Hardacker, K. Ducheny i M. Houlberg (eds.), *Transgender and gender nonconforming health and aging* (s. 21–36). Springer.

Howard, S. D., Lee, K. L., Nathan, A. G., Wenger, H. C., Chin, M. H., i Cook, S. C. (2019). Healthcare experiences of transgender people of color. *Journal of General Internal Medicine*, *34*(10), 2068–2074. https://doi.org/10.1007/s11606-019-05179-0

Hoxmeier, J. C., i Madlem, M. (2018). Discrimination and interpersonal violence: Reported experiences of trans* undergraduate students. *Violence and Gender*, *5*(1), 12–18. https://doi.org/10.1089/vio.2017.0003

Hoy-Ellis, C. P., i Fredriksen-Goldsen, K. I. (2017). Depression among transgender older adults: General and minority stress. *American Journal of Community Psychology*, *59*(3–4), 295–305. https://doi.org/10.1002/ajcp.12138

Hoy-Ellis, C. P., Shiu, C., Sullivan, K. M., Kim, H. J., Sturges, A. M., i Fredriksen-Goldsen, K. I. (2017). Prior military service, identity stigma, and mental health among transgender older adults. *The Gerontologist*, *57* (suppl. 1), S63–S71. https://doi.org/10.1093/geront/gnw173

Huang, T. T. (1995). Twenty years of experience in managing gender dysphoric patients: I. Surgical management of male transsexuals. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *96*(4), 921–30.

Hudson, K. D. (2019). (Un) doing transmisogynist stigma in health care settings: Experiences of ten transgender women of color. *Journal of Progressive Human Services*, *30*(1), 69–87. https://doi.org/10.1080/10428232.2017.1412768

Huerta, L., Clark, J. L., Sanchez, J., McLean, S. A., Silva-Santisteban, A., Reisner, S. L., McLean, S. A., Silva-Santisteban, A., Huerta, L., Mayer, K. H., Sanchez, J., Clark, J. L., Mimiaga, M. J., i Lama, J. R. (2017). Leveraging social capital: multilevel stigma, associated HIV vulnerabilities, and social resilience strategies among transgender women in Lima, Peru. *Journal of the International AIDS Society*, *20*(1), 21462. https://doi.org/10.7448/IAS.20.1.21462

Huffaker, L., i Kwon, P. (2016). A comprehensive approach to sexual and transgender prejudice. *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, *28*(3), 195–213. https://doi.org/10.1080/10538720.2016.1191405

Hughes, T. L., i Eliason, M. (2002). Substance use and abuse in lesbian, gay, bisexual and transgender populations. *Journal of Primary Prevention*, *22*(3), 263–298. https://doi.org/10.1023/A:1013669705086

Hughto, J. M. W., Clark, K. A., Altice, F. L., Reisner, S. L., Kershaw, T. S., i Pachankis, J. E. (2018). Creating, reinforcing, and resisting the gender binary: A qualitative study of transgender women's healthcare experiences in sex-segregated jails and prisons. *International Journal of Prisoner Health*, *14*(2), 69–88. https://doi.org/10.1108/IJPH-02-2017-0011

Hughto, J. M. W., Gunn, H. A., Rood, B. A., i Pantalone, D. W. (2020). Social and medical gender affirmation experiences are inversely associated with mental health problems in a US non-probability sample of transgender adults. *Archives of Sexual Behavior*, *49*, 2635–2647. https://doi.org/10.1007/s10508-020-01655-5

Hughto, J. M. W., Pachankis, J. E., i Reisner, S. L. (2018). Healthcare mistreatment and avoidance in trans masculine adults: The mediating role of rejection sensitivity. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *5*(4), 471–481. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/sgd0000296

Hughto, J. M. W., Pachankis, J. E., Willie, T. C., i Reisner, S. L. (2017). Victimization and depressive symptomology in transgender adults: The mediating role of avoidant coping. *Journal of Counseling Psychology, 64*(1), 41–51. https://doi.org/10.1037/cou0000184

Hughto, J. M., Quinn, E. K., Dunbar, M. S., Rose, A. J., Shireman, T. I., i Jasuja, G. K. (2021). Prevalence and co-occurrence of alcohol, nicotine, and other substance use disorder diagnoses among US transgender and cisgender adults. *JAMA network open*, *4*(2), e2036512–e2036512. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.36512

Hughto, J. M. W., i 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

Hughto, J. M. W., i Reisner, S. L. (2018). Social context of depressive distress in aging transgender adults. *Journal of Applied Gerontology*, *37*(12), 1517–1539. https://doi.org/10.1177/0733464816675819

Hughto, J. M. W., Reisner, S. L., Kershaw, T. S., Altice, F. L., Biello, K. B., Mimiaga, M. J., Garofalo, R., Kuhns, L. M., i Pachankis, J. E. (2019). A multisite, longitudinal study of risk factors for incarceration and impact on mental health and substance use among young transgender women in the USA. *Journal of Public Health*, *41*(1), 100–109. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy031

Hughto, J. M. W., Reisner, S. L., i Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science & Medicine*, *147*, 222–231. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010

Hwahng, S. J., i Nuttbrock, L. (2007). Sex workers, fem queens, and cross-dressers: Differential marginalizations and HIV vulnerabilities among three ethnocultural male-to-female transgender communities in New York City. *Sexuality Research & Social Policy*, *4*, 36. https://doi.org/10.1525/srsp.2007.4.4.36

Hyde, C., i Kenna, J. (1977). A male MZ twin pair, concordant for transsexualism, discordant for schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *56*(4), 265–273. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1977.tb00227.x

Iacono, G. (2019). An affirmative mindfulness approach for lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer youth mental health. *Clinical Social Work Journal*, *47*(2), 156–166. https://doi.org/10.1007/s10615-018-0656-7

Imieliński, K., i Dulko, S. (2001). *Przekleństwo androgyne. Transseksualizm: Mity i rzeczywistość* (wyd. 2). Wydawnictwo Naukowe PWN [pierwodruk w 1988 roku].

Iniewicz, G. (2015). *Stres mniejszościowy u osób biseksualnych i homoseksualnych. W poszukiwaniu czynników ryzyka i czynników chroniących*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Irwig, M. S. (2017). Testosterone therapy for transgender men. *The Lancet: Diabetes & Endocrinology*, *5*(4), 301–311. https://doi.org/10.1016/S2213-8587(16) 00036-X

Irwig, M. S. (2022). Detransition among transgender and gender-diverse people – an increasing and increasingly complex phenomenon. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *107*(10), e4261–e4262. https://doi.org/10.1210/clinem/dgac356

Irwig, M. S. (2023). Hypertension in transgender individuals. *Journal of Human Hypertension*, *37*(8), 689–693. https://doi.org/10.1038/s41371-022-00721-w

Irwin, J. A. (2014). Lesbian, gay, bisexual, and transgender stress. W: W. Cockerham, R. Dingwall, i S. R. Quah, S. R. (eds.), *The Wiley Blackwell encyclopedia of health, illness, behavior, and society* (s. 1288–1290). Wiley Blackwell.

Israel, G. E., i Tarver, D. E. (1997e). Genital reassignment surgery and gonad removal (castration). W: G. E. Israel i D. E. Tarver (eds.), *Transgender care: Recommended guidelines, practical information, and personal accounts* (s. 81–98). Temple University Press.

Israel, G. E., i Tarver, D. E. (1997f). HIV and AIDS. W: G. E. Israel i D. E. Tarver (eds.), *Transgender care: Recommended guidelines, practical information, and personal accounts* (s. 99–124). Temple University Press.

Israel, G. E., i Tarver, D. E. (1997a). Introduction. W: G. E. Israel i D. E. Tarver (eds.), *Transgender care: Recommended guidelines, practical information, and personal a*ccounts (s. 3–20). Temple University Press.

Israel, G. E., i Tarver, D. E. (1997b). Mental health. W: G. E. Israel i D. E. Tarver (eds.), *Transgender care: Recommended guidelines, practical information, and personal accounts* (s. 21–55). Temple University Press.

Israel, G. E., i Tarver, D. E. (1997g). Support tools. W: G. E. Israel i D. E. Tarver (eds.), *Transgender care: Recommended guidelines, practical information, and personal accounts* (s. 142–163). Temple University Press.

Israel, G. E., i Tarver, D. E. (1997h). Support scenarios. W: G. E. Israel i D. E. Tarver (eds.), *Transgender care: Recommended guidelines, practical information, and personal accounts* (s. 164–184). Temple University Press.

Israel, G. E., i Tarver, D. E. (1997d). Transgender aesthetic surgery. W: G. E. Israel i D. E. Tarver (eds.), *Transgender care: Recommended guidelines, practical information, and personal accounts* (s. 74–80). Temple University Press.

Israel, G. E., i Tarver, D. E. (1997c). Transgender hormone administration. W: G. E. Israel i D. E. Tarver (eds.), *Transgender care: Recommended guidelines, practical information, and personal accounts* (s. 56–73). Temple University Press.

Iuliano, S., Izzo, G., Zagari, M. C., Vergine, M., Brunetti, F. S., Brunetti, A., Di Luigi, L., i Aversa, A. (2021). Endocrine management of transgender adults: A clinical approach. *Sexes*, *2*(1), 104–118. https://doi.org/10.3390/sexes2010009

Jackman, K. B. (2017). *Nonsuicidal self-injury among gender minority populations: A mixed methods investigation* [niepublikowana rozprawa doktorska]. Columbia University.

Jackman, K. B., Dolezal, C., i Bockting, W. O. (2018). Generational differences in internalized transnegativity and psychological distress among feminine spectrum transgender people. *LGBT Health*, *5*(1), 54–60. https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0034

Jackman, K. B., Dolezal, C., Levin, B., Honig, J. C., i Bockting, W. O. (2018). Stigma, gender dysphoria, and nonsuicidal self-injury in a community sample of transgender individuals. *Psychiatry Research*, *269*, 602–609. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.08.092

Jäggi, T., Jellestad, L., Corbisiero, S., Schaefer, D. J., Jenewein, J., Schneeberger, A., Kuhn, A., & Garcia Nuñez, D. (2018). Gender minority stress and depressive symptoms in transitioned Swiss transpersons. *BioMed Research International*, *2018*, Article ID 8639263. https://doi.org/10.1155/2018/8639263

Jakubowski, T. (2013). *Różne oblicza inności – transpłciowość poprzez wieki* [referat]. Sosnowieckie Spotkania Międzywydziałowe: Inność/Różnorodność w języku, interakcji i kulturze, Wydział Filologiczny, Uniwersytet Śląski w Katowicach, Sosnowiec, 16.12.2013.

Jakubowski, T. (2014). *Zjawisko transpłciowości z perspektywy historycznej: od czasów prehistorycznych po wczesną epokę nowożytną* [referat]. II Ogólnopolska Konferencja: Transgender Transdyscyplinarnie, Wydział Pedagogiki i Psychologii, Uniwersytet Śląski w Katowicach, 15–16.04.2014, Katowice.

Jakubowski, T. (2015a). Akty transfobii a twarz i performatywność płci osób transpłciowych. W: D. Kocur i T. Jakubowski (red.), *Transpłciowość transdyscyplinarnie* (t. 1, s. 27–40). Wydawnictwo Naukowe KMB.

Jakubowski, T. (2015b). Inność poprzez wieki – historia transpłciowości W: E. Bogdanowska-Jakubowska (red.), *Inność/różnorodność w języku i kulturze* (s. 109–122). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Jakubowski, T. (2017a). Kobiety i mężczyźni nieheteroseksualni i transpłciowi: Stres mniejszościowy i dyskryminacja społeczna. W: E. Mandal (red.), *Kobiety, mężczyźni i bliskie związki* (s. 204–225). Wydawnictwo Naukowe PWN.

Jakubowski, T. (2017b). Powrót do męskości – studium przypadku detranzycji. W: E. Bogdanowska-Jakubowska (red.), *Oblicza męskości / Faces of masculinity* (s. 25–38). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Jakubowski, T. (2018a). *Kliniczne i etyczne aspekty diagnozowania transseksualizmu* [referat]. Interdyscyplinarna Konferencja Naukowo-Dydaktyczna: Kobieta BEZPIECZNA 7, Wydział Filologiczny, Uniwersytet Śląski w Katowicach, 26.04.2018.

Jakubowski, T. (2018b). *Postawy wobec osób transpłciowych a płeć psychologiczna, agresja i prawicowy autorytaryzm wśród studentów psychologii* [refereat]. II Ogólnopolska Konferencja Psychologii Kobiecości i Męskości oraz Bliskich Związków Interpersonalnych, Katowice, 18–19.10.2018.

Jakubowski, T. (2019). Transseksualizm czy zaburzenia psychotyczne? Opis przypadku. *Psychiatria Polska*, *150*, 1–13. http://dx.doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/112442

Jamel, J. (2018). *Transphobic hate crime.* Springer.

James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., i Anafi, M. (2016). *The report of the 2015 U.S. transgender survey*. National Center for Transgender Equality. Pobrano 24.10.2021 zhttp:// www.ustranssurvey.org/

Janda, L. (2001). *Twój miłosny autoportret*. Jacek Santorski.

Janicka, I. (2021). No licence for love versus same-sex relationships – partner relations and interpersonal commitment. *Current Issues in Personality Psychology*, *9*(2), 101–113. https://doi.org/10.5114/cipp.2021.106590

Janicka, I., i Kwiatkowski, M. (2016). *Homoseksualizm męski i kobiecy w perspektywie psychologicznej*. WydawnictwoNaukowe PWN.

Janssen, A., i Leibowitz, S. (eds.). (2018). *Affirmative mental health care for transgender and gender diverse youth: A clinical guide.* Springer.

Jarolim, L. (2000). Surgical conversion of genitalia in transsexual patients. *BJU International*, *85*(7), 851–856. https://doi.org/10.1046/j.1464-410x.2000.00624.x

Jefferson, K. B., Neilands, T., i Sevelius, J. (2013). Transgender women of color: Discrimination and depression symptoms. *Ethnicity and Inequalities in Health and Social Care*, *6*(4), 121–136. https://doi.org/10.1108/eihsc-08-2013-0013

Jeremiah, R. D., Castillo, A., Brown-Smith, V., Garcia, V., Taylor, B., Raygoza, A., Hernandez, X., i Brandon, Ch. (2020). Intersectional health and wellbeing analysis of racial/ethnic sexual gender minority young adults among an urban minority-serving institution campus community. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, *32*(1), 1–20. https://doi.org/10.1080/10538720.2019.1681341

Jeremy D. Kidd, J. D., Jackman, K. B., Barucco, R., Dworkin, J. D., Dolezal, C., Navalta, T. V., Belloir, J., i Bockting, W. O. (2021). Understanding the impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of transgender and gender nonbinary individuals engaged in a longitudinal cohort study. *Journal of Homosexuality*, *68*(4), 592–611. https://doi.org/10.1080/00918369.2020.1868185

Jiloha, R. C., Bathla, J. C., Baweja, A., i Gupta, V. (1998). Transsexualism in schizophrenia: A case report. *Indian Journal of Psychiatry*, *40*(2), 186–188.

Jin, H., Restar, A., Biello, K., Kuhns, L., Reisner, S., Garofalo, R., i Mimiaga, M. J. (2019). Burden of HIV among young transgender women: factors associated with HIV infection and HIV treatment engagement. *AIDS Care*, *31*(1), 125–130. https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1539213

Johns, M. M., Beltran, O., Armstrong, H. L., Jayne, P. E., i Barrios, L. C. (2018). Protective factors among transgender and gender variant youth: A systematic review by socioecological level. *The Journal of Primary Prevention*, *39*(3), 263–301. https://doi.org/10.1007/s10935-018-0508-9

Johnson, A. H., Hill, I., Beach-Ferrara, J., Rogers, B. A., i Bradford, A. (2020). Common barriers to healthcare for transgender people in the US Southeast. *International Journal of Transgender Health*, *21*(1), 70–78. https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1700203

Johnson, K. C., LeBlanc, A. J., Deardorff, J., i Bockting, W. O. (2020). Invalidation experiences among non-binary adolescents. *The Journal of Sex Research*, *57*(2), 222–233. https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1608422

Johnson, R. M., Sari, S. L. P. B. M., Reisner, L., i Eaton, S. M. W. W. (2019). Adult mental disorders in association with socioeconomic position, race/ethnicity, and sexual and gender minority status. W: W. W. Eaton i M. D. Fallin (eds.), *Public mental health* (s. 169–206). Oxford University Press.

Johnson, W., i McCoy, N. (2000). Self-confidence, self-esteem, and assumption of sex role in young men and women. *Perceptual & Motor Skills*, *90*, 751–756. https://doi.org/10.2466%2Fpms.2000.90.3.751

Johnston, M. S. (2016). "Until that magical day... no campus is safe": Reflections on how transgender students experience gender and stigma on campus. *Reflective Practice*, *17*(2), 143–158. https://doi.org/10.1080/14623943.2016.1145581

Jones, B. A., Bouman, W. P., Haycraft, E., i Arcelus, J. (2019). The Gender Congruence and Life Satisfaction Scale (GCLS): Development and validation of a scale to measure outcomes from transgender health services. *International Journal of Transgenderism*, *20*(1), 63–80. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1453425

Jones, B. A., Haycraft, E., Murjan, S., i Arcelus, J. (2016). Body dissatisfaction and disordered eating in trans people: A systematic review of the literature. *International Review of Psychiatry*, *28*(1), 81–94. https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1089217

Jones, B. P., Williams, N. J., Saso, S., Thum, M. Y., Quiroga, I., Yazbek, J., Wilkinson, S., Ghaem-Maghami, S., Thomas, P., i Smith, J. R. (2019). Uterine transplantation in transgender women. *Bjog*, *126*(2), 152–168. https://doi.org/10.1111%2F1471-0528.15438

Jones, J. M. (1997). *Prejudice and racism* (wyd. 2). McGraw-Hill.

Jones, T., i Hillier, L. (2013). Comparing trans-spectrum and same-sex-attracted youth in Australia: Increased risks, increased activisms. *Journal of LGBT Youth*, *10*(4), 287–307. http://dx.doi.org/10.1080/19361653.2013.825197

Joris, H. J., i Hage, M. (1996). Metaidoioplasty: An alternative phalloplasty technique in transsexuals. *Journal of Plastic Reconstructive Surgery*, *97*, 161–7.

Judge, C., O'Donovan, C., Callaghan, G., Gaoatswe, G., i O'Shea, D., (2014). Gender dysphoria – prevalence and co-morbidities in an Irish adult population. *Frontiers in Endocrinology*, *5*, e87. http://www.doi.org/10.3389/fendo.2014.0008

Juster, R. P., Torre, M. B. de, Kerr, P., Kheloui, S., Rossi, M., i Bourdon, O. (2019). Sex differences and gender diversity in stress responses and allostatic load among workers and LGBT people. *Current Psychiatry Reports*, *21*(11), 110. https://doi.org/10.1007/s11920-019-1104-2

Kalra, G., i Shah, N. (2013). The cultural, psychiatric, and sexuality aspects of hijras in India. *International Journal of Transgenderism*, *14*(4), 171–181. https://dx.doi.org/10.1080/15532739.2013.876378

Kammer-Kerwick, M., Wang, A., McClain, T. S., Hoefer, S., Swartout, K. M., Backes, B., i Busch-Armendariz, N. (2019). Sexual violence among gender and sexual minority

college students: The risk and extent of victimization and related health and educational outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*, *36*(21–22), 10499–10526. https://doi.org/10.1177%2F0886260519883866.

Kanamori, Y., Cornelius-White, J. H., Pegors, T. K., Daniel, T. i Hulgus, J. (2017). Development and validation of the transgender attitudes and beliefs scale. *Archives of Sexual Behavior*, *46*(5), 1503–1515. https://doi.org/10.1007/s10508-016-0840-1

Kanamori, Y., i Xu, Y. J. (2020) Factors associated with transphobia: A structural equation modeling approach. *Journal of Homosexuality*, *69*(4), 716–740. https://doi.org/10.1080/00918369.2020.1851959

Kang, A., Aizen, J. M., Cohen, A. J., Bales, G. T., i Pariser, J. J. (2019). Techniques and considerations of prosthetic surgery after phalloplasty in the transgender male. *Translational andrology and urology*, *8*(3), 273–282. https://doi.org/10.21037%2Ftau.2019.06.02

Kano, M., Sanchez, N., Tamí-Maury, I., Solder, B., Watt, G., i Chang, S. (2020). Addressing cancer disparities in SGM populations: Recommendations for a national action plan to increase SGM health equity through researcher and provider training and education. *Journal of Cancer Education*, *35*(1), 44–53. https://doi.org/10.1007/s13187-018-1438-1

Kaplan, S. C., Butler, R. M., Devlin, E. A., Testa, R. J., Horenstein, A., Swee, M. B., i Heimberg, R. G. (2019). Rural living environment predicts social anxiety in transgender and gender nonconforming individuals across Canada and the United States. *Journal of Anxiety Disorders*, *66*, 102116. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102116

Karasic, D. H. (2020). Mental health care for the adult transgender patient. W: C. A. Ferrando (ed.), *Comprehensive care of the transgender patient* (s. 8–11). Elsevier.

Karim, R. B., Hage, J. J., i Cuesta, M. A. (1996). Rectosigmoid neocolpopoiesis for male-to-female transsexuals: Amsterdam experience. *Annals of Plastic Surgery*, *36*(4), 388–391. https://doi.org/10.1097/00000637-199604000-00010

Kasai, M. (2016). Sexual and gender minorities and bullying in Japan. W: S. T. Russell i S. S. Horn (eds.), *Sexual orientation, gender identity, and schooling: The nexus of research, practice, and policy* (s. 185–193). Oxford University Press.

Kattari, S. K., Bakko, M., Hecht, H. K., i Kattari, L. (2020). Correlations between healthcare provider interactions and mental health among transgender and nonbinary adults. *SSM-Population Health*, *10*, 100525. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100525

Kattari, S. K., Bakko, M., Langenderfer-Magruder, L., i Holloway, B. T. (2021). Transgender and nonbinary experiences of victimization in health care. Journal *of Interpersonal Violence*, *36*(23–24), NP13054–NP13076. https://doi.org/10.1177%2F0886260520905091

Kattari, S. K., i Hasche, L. (2015). Differences across age groups in transgender and gender non-conforming people's experiences of health care discrimination,

harassment, and victimization. *Journal of Aging and Health*, *28*(2), 285–306. https://doi.org/10.1177%2F0898264315590228

Kattari, S. K., Walls, N. E., Speer, S. R., i Kattari, L. (2016). Exploring the relationship between transgender-inclusive providers and mental health outcomes among transgender/gender variant people. *Social Work in Health Care*, *55*(8), 635–650. https://doi.org/10.1080/00981389.2016.1193099

Kattari, S. K., Walls, N. E., Whitfield, D. L., i Langenderfer-Magruder, L. (2015). Racial and ethnic differences in experiences of discrimination in accessing health services among transgender people in the United States. *International Journal of Transgenderism*, *16*(2), 68–79. https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1064336

Kattari, S. K., Walls, N. E., Whitfield, D. L., i Langenderfer Magruder, L. (2017). Racial and ethnic differences in experiences of discrimination in accessing social services among transgender/gender-nonconforming people. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work*, *26*(3), 217–235. https://doi.org/10.1080/15313204.2016.1242102

Kattari, S. K., Whitfield, D. L., Walls, N. E., Langenderfer-Magruder, L., i Ramos, D. (2016). Policing gender through housing and employment discrimination: comparison of discrimination experiences of transgender and cisgender LGBQ individuals. *Journal of the Society for Social Work and Research*, *7*(3), 427–447. https://doi.org/10.1086/686920

Katz, D. (1960). The functional approach to the study of attitudes. *Public Opinion Quarterly*, *24*(2), 163–204. https://doi.org/10.1086/266945

Katz, D., i Braly, K. (1933). Racial stereotypes of one hundred college students. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, *28*(3), 280–290. https://doi.org/10.1037/h0074049

Katz, I., i Hass, R. G. (1988). Racial ambivalence and American value conflict: Correlational and priming studies of dual cognitive structures. *Journal of Personality and Social Psychology*, *55*(6), 893–905. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.55.6.893

Katz-Wise, S. L., Budge, S. L., Fugate, E., Flanagan, K., Touloumtzis, C., Rood, B., Perez-Brumer, A., i Leibowitz, S. (2017). Transactional pathways of transgender identity development in transgender and gender-nonconforming youth and caregiver perspectives from the Trans Youth Family Study. *International Journal of Transgenderism*, *18*(3), 243–263. https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1304312

Katz-Wise, S. L., Mereish, E. H., i Woulfe, J. (2017). Associations of bisexual-specific minority stress and health among cisgender and transgender adults with bisexual orientation. *The Journal of Sex Research*, *54*(7), 899–910. https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1236181

Katz-Wise, S. L., Reisner, S. L., Hughto, J. M. W., i Budge, S. L. (2017). Self-reported changes in attractions and social determinants of mental health in transgender adults. *Archives of Sexual Behavior*, *46*(5), 1425–1439. http://www.doi.org/10.1007/s10508-016-0812-5

Katz-Wise, S. L., Williams, D. N., Keo-Meier, C. L., Budge, S. L., Pardo, S., i Sharp, C. (2017). Longitudinal associations of sexual fluidity and health in transgender men and cisgender women and men. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *4*(4), 460–471. https://doi.org/10.1037/sgd0000246

Kcomt, L. (2019). Profound health-care discrimination experienced by transgender people: Rapid systematic review. *Social Work in Health Care*, *58*(2), 201–219. https://doi.org/10.1080/00981389.2018.1532941

Kcomt, L., Evans-Polce, R. J., Boyd, C. J., i McCabe, S. E. (2020). Association of transphobic discrimination and alcohol misuse among transgender adults: Results from the US Transgender Survey. *Drug and Alcohol Dependence*, *215*, 108223. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108223

Kcomt, L., Gorey, K. M., Barrett, B. J., i McCabe, S. E. (2020). Healthcare avoidance due to anticipated discrimination among transgender people: A call to create trans--affirmative environments. *SSM-Population Health*, 11, 100608. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100608

Keating, L., i Muller, R. T. (2020). LGBTQ+ based discrimination is associated with PTSD symptoms, dissociation, emotion dysregulation, and attachment insecurity among LGBTQ+ adults who have experienced Trauma. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD), 21*(1), 124–141. https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1675222

Kelleher, C. (2009). Minority stress and health: Implications for lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning (LGBTQ) young people. *Counselling Psychology Quarterly*, *22*(4), 373–379. https://doi.org/10.1080/09515070903334995

Kenagy, G. P. (2005). Transgender health: Findings from two needs assessment studies in Philadelphia. *Health & Social Work*, *30*(1), 19–26. https://doi.org/10.1093/hsw/30.1.19

Keng, S. L., i Liew, K. W. L. (2017). Trait mindfulness and self-compassion as moderators of the association between gender nonconformity and psychological health. *Mindfulness*, *8*(3), 615–626. https://doi.org/10.1007/s12671-016-0639-0

Keo-Meier, C. L., i Fitzgerald, K. M. (2017). Affirmative psychological testing and neurocognitive assessment with transgender adults. *Psychiatric Clinics*, *40*(1), P51 64. https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10,011

Keo-Meier, C. L., Herman, L. I., Reisner, S. L., Pardo, S. T., Sharp, C., i Babcock, J. C. (2015). Testosterone treatment and MMPI–2 improvement in transgender men: A prospective controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *83*(1), 143–156. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0037599

Kerlin, S. P. (2005). *Prenatal exposure to diethylstilbestrol (DES) in males and gender-related disorders: Results from a 5-year study* [referat]. The International Behavioral Development Symposium 2005, Minot, North Dakota.

Keski-Rahkonen, A. (2023). Eating disorders in transgender and gender diverse people: characteristics, assessment, and management. *Current Opinion in Psychiatry*, *36*(6), 412–418. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000902

Kessler, R. C., i Bromet, E. J., (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, *34*, 119–138. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114409

Kessler, R. C., i Neighbors, H. W. (1986). A new perspective on the relationship among race, social class, and psychological distress. *Journal of Health and Social Behavior*, *27*(2), 107–115. https://doi.org/10.2307/2136310

Kesteren, P. J. van, Gooren, L. J. G., i Megens, J. A. (1996). An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, *25*, 589–600. https://doi.org/10.1007/BF02437841

Kesteren, P. van, Lips, P., Gooren, L. J., Asscheman, H., i Megens, J. (1998). Long-term follow-up of bone mineral density and bone metabolism in transsexuals treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology*, *48*(3), 347–354. https://doi.org/10.1046/j.1365-2265.1998.00396.x

Keuroghlian, A. S., Reisner, S. L., White, J. M., i Weiss, R. D. (2015). Substance use and treatment of substance use disorders in a community sample of transgender adults. *Drug and Alcohol Dependence*, *152*, 139–146. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.04.008

Kichler, R. (2022). "What has kept me alive": Transgender communities and support. *Journal of Homosexuality*, *69*(14), 2463–2482. https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1943277

Kidd, J. D., Levin, F. R., Dolezal, C., Hughes, T. L., i Bockting, W. O. (2019). Understanding predictors of improvement in risky drinking in a US multi-site, longitudinal cohort study of transgender individuals: Implications for culturally-tailored prevention and treatment efforts. *Addictive Behaviors*, *96*, 68–75. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.04.017

Kidd, J. D., Tettamanti, N. A., Kaczmarkiewicz, R., Corbeil, T. E., Dworkin, J. D., Jackman, K. B., Hughes, T. L., Bockting, W. O., i Meyer, I. H. (2023). Prevalence of substance use and mental health problems among transgender and cisgender US adults: Results from a national probability sample. *Psychiatry Research*, *326*, 115339. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115339

Kidd, S. A., Veltman, A., Gately, C., Chan, K. J., i Cohen, J. N. (2011). Lesbian, gay, and transgender persons with severe mental illness: Negotiating wellness in the context of multiple sources of stigma. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, *14*(1), 13–39. https://doi.org/10.1080/15487768.2011.546277

Kilpatrick, L. A., Holmberg, M., Manzouri, A., i Savic, I. (2019). Cross sex hormone treatment is linked with a reversal of cerebral patterns associated with gender dysphoria to the baseline of cisgender controls. *European Journal of Neuroscience*, *50*(8), 3269–3281. https://doi.org/10.1111/ejn.14420

Kim, R., Choo, S., Lee, H., Eom, Y. J., Yi, H., Kim, R., i Kim, S. S. (2024). Does discrimination prevent transgender and gender diverse people from seeking healthcare?: A nationwide cohort study in South Korea. *International Journal of Transgender Health*, *25*(2), 283–294. https://doi.org/10.1080/26895269.2023.2215750

Kim, S. K., Park, J. H., Lee, K. C., Park, J. M., Kim, J. T., i Kim, M. C. (2003). Long-term results in patients after rectosigmoid vaginoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *112*(1), 143–151. https://doi.org/10.1097/01.PRS.0000066169.78208.D4

Kim, T. S., Cheon, Y. H., Pae C. U., Kim, J. J., Lee, C. U., Lee, S. J., Paik, I. H., i Lee, C. (2006). Psychological burdens are associated with young male transsexuals in Korea. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *60*, 417–421. http://www.doi.org/10.1111/j.1440-1819.2006.01525.x

King, D., i Ekins, R., (2000). *Pioneers of transgendering: The life and work of Virginia Prince* [referat]. The Sixth International Gender Dysphoria Conference, Manchester, England. Pobrano 5.07.2020 z http://www.gender.org.uk/conf/2000/king20.htm

King, M. E., Winter, S. i Webster, B. (2009). Contact reduces trans-prejudice: A study on attitudes towards transgenderism and trans-gender civil rights in Hong Kong. *International Journal of Sexual Health*, *21*(1), 17–34. https://doi.org/10.1080/19317610802434609

King, W. M., Hughto, J. M., i Operario, D. (2020). Transgender stigma: A critical scoping review of definitions, domains, and measures used in empirical research. *Social Science & Medicine*, *250*, 112867. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112867

Kinsey, A. C., Pomeroy, W. P., Martin, C. E., i Gebhard, P. (1953). *Sexual behavior in the human female.* Saunders.

Kinsler, J. J., Wong, M. D., Sayles, J. N., Davis, C., i Cunningham, W. E. (2007). The effect of perceived stigma from a health care provider on access to care among a low-income HIV-positive population. *AIDS Patient Care and STDs*, *21*(8), 584–592. https://doi.org/10.1089/apc.2006.0202

Kirchhoff, A. C., Elliott, L., Schlichting, J. A., i Chin, M. H. (2008). Strategies for physical activity maintenance in African American women. *American Journal of Health Behavior*, *32*(5), 517–524. https://doi.org/10.5555%2Fajhb.2008.32.5.517

Kite, M. E., Togans, L. J., i Schultz, T. J. (2019). Stability or change? A cross-cultural look at attitudes toward sexual and gender identity minorities. W: K. D. Keith (ed.), *Cross-cultural psychology: Contemporary themes and perspectives* (s. 427–448). Wiley. https://doi.org/10.1002/9781119519348.ch20

Kite, M. E., i Whitley Jr., B. E. (2016). *Psychology of prejudice and discrimination.* Routledge.

Kitsuse, J. I. (1980). Coming out all over: Deviants and the politics of social problems. *Social Problems*, *28*(1), 1–13. https://doi.org/10.2307/800377

Kleiger H. (2016). Sex, gender identity, and the assessment of psychosis. W: V. A. Brabender i J. L. Mihura (eds.), *The handbook of gender and sexuality in psychological assessment* (s. 233–255). Routledge.

Klein, A., i Golub, S. A. (2016). Family rejection as a predictor of suicide attempts and substance misuse among transgender and gender nonconforming adults. *LGBT Health*, *3*(3), 193–199. https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0111

Klein, A., Mountz, S., i Bartle, E. (2018). Factors associated with discrimination in social-service settings among a sample of transgender and gender-nonconforming

adults. *Journal of the Society for Social Work and Research*, *9*(3), 431–448. https://doi.org/10.1086/699538

Klemmer, C. L. (2019). Transgender and gender-diverse adolescents' experiences of violence, depression, anxiety, and suicidal ideation in the People's republic of China. *JAMA Network Open*, *2*(9), e1911068. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.11068

Klemmer, C. L., Arayasirikul, S., i Raymond, H. F. (2018). Transphobia-based violence, depression, and anxiety in transgender women: The role of body satisfaction. *Journal of Interpersonal Violence*, *36*(5–6), 2633–2655, https://doi.org/10.1177%2F0886260518760015

Kline, K., i Randall, A. K. (2021). The moderating effect of internalized transphobia on the association between gender congruence and sexual satisfaction for transgender men. *Journal of LGBTQ Issues in Counseling*, *15*(1), 93–109. https://doi.org/10.1080/15538605.2021.1868378

Kłonkowska, A. (2015). Gender po polsku, gender w Polsce W: M. Kimmel (red.), *Społeczeństwo genderowe* (tłum. A. Czerniak, A. Kłonkowska, s. 7–13). Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.

Kłonkowska, A. (2017). *Płeć: dana czy zadana?: strategie negocjacji (nie) tożsamości transpłciowej w Polsce*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.

Kłonkowska, A., i Dynarski, W. (2016). Gender i inne kłopotliwe terminy, czyli jak mówić o różnorodności i (nie)normatywności płciowej i seksualnej. *Jakieś Studia Gejowskie lub Lesbijskie*, *1–2*, 2015–2016. Pobrano 9.10.2020 z https://jsgll.wordpress.com/2017/09/30/gender-i-inne-klopotliwe-terminy-czyli-jak-mowic-o-roznorodnosci-i-nienormatywnosci-plciowej-i-seksualnej-anna-klonkowska-wiktor-dynarski/

Knafo, A., Iervolino, A., i Plomin, R. (2005). Masculine girls and feminine boys: Genetic and environmental contributions to atypical gender development in early childhood. *Journal of Personal and Social Psychology*, *88*(2), 400–412. https://doi.org/10.1037/0022-3514.88.2.400

Kneale, D., i Becares, L. (2020). The mental health and experiences of discrimination of LGBTQ+ people during the COVID-19 pandemic: Initial findings from the Queerantine Study. medRxiv. https://doi.org/https://doi.org/10.1101/2020.08.03.20167403

Knudson, G., Winter, S., Baral, S., Reisner, S., i Wylie, K. (2020). An introduction to gender diversity. W: C. A. Ferrando (ed.), *Comprehensive care of the transgender patient* (s. 1–7). Elsevier.

Kohlberg, L. (1966). A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. W: E. E. Maccoby (ed.), *The development of sex differences* (s. 82–173). Stanford University Press.

Kohlberg, L. (1969). Stage and sequence: The cognitive developmental approach to socialization. W: D. A. Goslin (ed.), *Handbook of socialization theory and research* (s. 347–380). Rand McNally.

Kolp, H., Wilder, S., Andersen, C., Johnson, E., Horvath, S., Gidycz, C. A., i Shorey, R. (2020). Gender minority stress, sleep disturbance, and sexual victimization in

transgender and gender nonconforming adults. *Journal of Clinical Psychology*, *76*(4), 688–698. https://doi.org/10.1002/jclp.22880

Konopka, K., Prusik, M., i Szulawski, M. (2020). Two sexes, two genders only: Measuring attitudes toward transgender individuals in Poland. *Sex Roles*, *82*(9), 600–621. https://doi.org/10.1007/s11199-019-01071-7

Konopka, K., Rajchert, J., Dominiak-Kochanek, M., i Roszak, J. (2019). The role of masculinity threat in homonegativity and transphobia. *Journal of Homosexuality*, *68*(5), 802–829. https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1661728

Konrad, M., i Kostev, K. (2020). Increased prevalence of depression, anxiety, and adjustment and somatoform disorders in transsexual individuals. *Journal of Affective Disorders*, *274*, 482–485. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.074

Korell, S. C., i Lorah, P. (2006). An overview of affirmative psychotherapy and counseling with transgender clients. W: K. J. Bieschke, R. M. Perez i K. A. DeBord (eds.), *The handbook of psychotherapy with lesbian, gay, bisexual and transgender clients* (s. 271–288). https://doi.org/10.1037/11482-011

Korpaisarn, S., i Safer, J. D. (2019). Etiology of gender identity. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, *48*(2), P323–329. https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.01.002

Kosciw, J. G., Clark, C. M., Truong, N. L., i Zongrone, A. D. (2020). *The 2019 National School Climate Survey: The experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer youth in our nation's schools.* A report from GLSEN. Gay, Lesbian and Straight Education Network (GLSEN). 121 West 27th Street Suite 804, New York, NY 10001.

Kosciw, J. G., Greytak, E. A., Bartkiewicz, M. J., Boesen, M. J., i Palmer, N. A. (2012). *The 2011 National School Climate Survey: The experiences of lesbian, gay, bisexual and transgender youth in our nation's schools.* Gay, Lesbian and Straight Education Network (GLSEN).

Kosciw, J. G., Palmer, N. A., i Kull, R. M. (2015). Reflecting resiliency: Openness about sexual orientation and/or gender identity and its relationship to well-being and educational outcomes for LGBT students. *American Journal of Community Psychology*, *55*, 167–178. https://doi.org/10.1007/s10464-014-9642-6

Kosenko, K. A. (2011). Contextual influences on sexual risk-taking in the transgender community. *Journal of Sex Research*, *48*(2–3), 285–296. https://doi.org/10.1080/00224491003721686

Kosenko, K., Rintamaki, L., Raney, S., i Maness, K. (2013). Transgender patient perceptions of stigma in health care contexts. *Medical Care*, 51(9), 819–822. http://www.jstor.org/stable/42568763

Kosińska, S. (2015). *Brudny róż*. Wydawnictwo Nisza.

Kota, K. K., Salazar, L. F., Culbreth, R. E., Crosby, R. A., i Jones, J. (2020). Psychosocial mediators of perceived stigma and suicidal ideation among transgender women. *BMC Public Health*, *20*(1), 125. https://doi.org/10.1186/s12889-020-8177-z

Kozee, H. B., Tylka, T. L., i Bauerband, L. A. (2012). Measuring transgender individuals' comfort with gender identity and appearance: Development and validation of

the Transgender Congruence Scale. *Psychology of Women Quarterly*, *36*(2), 179–196. https://doi.org/10.1177%2F0361684312442161

Kraemer, B., Noll, T., Delsignore, A., Milos, G., Schnyder, U., i Hepp, U. (2009). Finger length ratio (2D:4D) in adults with gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, *38*, 359–363. https://doi.org/10.1007/s10508-007-9262-4

Krafft-Ebing, R. von (1978). *Psychopathiasexualis.* Stein and Day (pierwodruk w 1895].

Krege, S., Bex, A., Lümmen, G., i Rübben, H. (2001). Male-to-female transsexualism: A technique, results and long-term follow-up in 66 patients. *BJU International*, *88*(4), 396–402. https://doi.org/10.1046/j.1464-410X.2001.02323.x

Kreiss, J. L., i Patterson, D. L. (1997). Psychosocial issues in primary care of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Journal of Pediatric Health Care*, *11*(6), 266–274. https://doi.org/10.1016/S0891-5245(97)90082-1

Kruijver, F. P., Zhou, J. N., Pool, C. W., Hofman, M. A., Gooren, L. J., i Swaab, D. F. (2000). Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *85*(5), 2034–2041. https://doi.org/10.1210/jcem.85.5.6564

Kryszk, K., i Kłonkowska, A. (2012) Sytuacja społeczna osób transpłciowych. Analiza danych z badania ankietowego. W: M. Makuchowska i M. Pawlęga (red.), *Sytuacja społeczna osób LGBT. Raport za lata 2010 i 2011* (s. 229–278). Wydawnictwo KPH.

Krzystaniak, K. L., i Kalota, H. M. (2019). *Gender w świetle faktów medycznych.* Medyk.

Kuczyńska, A. (1992). Płeć psychologiczna. Podstawy teoretyczne, dane empiryczne oraz narzędzie pomiaru. *Przegląd Psychologiczny*, *35*(2), 237–247.

Kuiper, A. J., i Cohen-Kettenis, P. T. (1998). Gender role reversal among postoperative transsexuals. *International Journal of Transgenderism*, *2*(3). Pobrano 4.07.2020 z www.symposion.com/ijt/ijtc0502.htm

Kuiper, B., i Cohen-Kettenis, P. (1988). Sex reassignment surgery: A study of 141 Dutch transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, *17*(5), 439–457. https://doi.org/10.1007/BF01542484

Kung, K. T. (2024). Autistic traits, gender minority stress, and mental health in transgender and non-binary adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *54*(4), 1389–1397. https://doi.org/10.1007/s10803-022-05875-7

Kuper, L. E., Adams, N., i Mustanski, B. S. (2018). Exploring cross-sectional predictors of suicide ideation, attempt, and risk in a large online sample of transgender and gender nonconforming youth and young adults. *LGBT Health*, *5*(7), 391–400. https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0259

Kuper, L. E., Bismar, D. i Ryan, W. (2020). Transgender mental health. W: E. D. Rothblum (ed.), *The Oxford handbook of sexual and gender minority mental health* (s. 283–296). Oxford University Press.

Kuppili, P. P., Prakash, S., Deb, K. S., i Chadda, R. K. (2018). Being 80% female and 20% male: Delusional pseudotransexualism in a case of Schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry*, *32*, 114–115. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.11.040

Kurdyla, V., Messinger, A. M., i Ramirez, M. (2021). Transgender intimate partner violence and help-seeking patterns. *Journal of Interpersonal Violence*, *36*(19–20), NP11046–NP11069. https://doi.org/10.1177/0886260519880171

La Hermosa, M. de, i Agossou, E. (2019). Transgenderism and mental health from a non-pathologizing perspective. W: *Psychopathology in women* (s. 169–187). Springer.

Lacombe-Duncan, A. (2016). An intersectional perspective on access to HIV-related healthcare for transgender women. *Transgender Health*, *1*(1), 137–141. https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0018

Lacombe-Duncan, A., Warren, L., Kay, E. S., Persad, Y., Soor, J., Kia, H., Underhill, A., Logie, C. H., Kazemi, M., Kaida, A., Pokomandy, A. de, i Loutfy, M. (2020). Mental health among transgender women living with HIV in Canada: findings from a national community-based research study. *AIDS Care*, *33*(2), 192–200. https://doi.org/10.1080/09540121.2020.1737640

Lagos, D. (2018). Looking at population health beyond "male" and "female": Implications of transgender identity and gender nonconformity for population health. *Demography*, *55*(6), 2097–2117. https://doi.org/10.1007/s13524-018-0714-3

Lai, M. C., Chiu, Y. N., Gadow, K. D., Gau, S. S., i Hwu, H. G. (2010). Correlates of gender dysphoria in Taiwanese university students. *Archives of Sexual Behavior*, *39*, 1415–1428. http://www.doi.org/10.1007/s10508-009-9570-y

Lancaster, J., i Terepka, A. (2021). Cinematherapy for LGBT clients. W: J. S. Whitman i C. J. Boyd (eds.), *Homework assignments and handouts for LGBTQ+ Clients: A mental health and counseling handbook* (s. 52–59). Columbia University Press.

Landén, M., i Innala, S. (2000). Attitudes toward transsexualism in a Swedish national survey. *Archives of Sexual Behavior*, *29*(4), 375–388. https://doi.org/10.1023/A:1001970521182

Landén, M., Wålinder, J., Hambert, G., i Lundström, B. (1998). Factors predictive of regret in sex reassignment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *97*(4), 284–289. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb10001.x

Landers, S. J., i Gilsanz, P. (2009). The health of lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) persons in Massachusetts: A survey of health issues comparing LGBT persons with their het- erosexual and non-transgender counterparts. Pobrano 15.02.2022 z www.masstpc.org/wp-content/uploads/2012/10/DPH-2009-lgbt-health-report.pdf.

Lane, M., Kirsch, M. J., Sluiter, E. C., Hamill, J. B., Kuzon, W. M., Cederna, P. S., Gilman, R. H., i Wilkins, E. G. (2020). Gender mastectomy and depression, anxiety, and body image in transgender men: A single-center prospective study. *Plastic and Reconstructive Surgery–Global Open*, *8* (suppl. 4), 134. https://doi.org/10.1097%2F01.GOX.0000667844.52974.cd

Lange, T. M. (2020). Trans-affirmative narrative exposure therapy (TA-NET): A therapeutic approach for targeting minority stress, internalized stigma, and trauma reactions among gender diverse adults. *Practice Innovations*, *5*(3), 230. https://doi.org/10.1037/pri0000126

Langenderfer-Magruder, L., Whitfield, D. L., Walls, N. E., Kattari, S. K., i Ramos, D. (2016). Experiences of intimate partner violence and subsequent police reporting among lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer adults in Colorado: Comparing rates of cisgender and transgender victimization. *Journal of Interpersonal Violence, 31*(5), 855–871. https://doi.org/10.1177%2F0886260514556767

Langroudi, K. F., i Skinta, M. D. (2019). Working with gender and sexual minorities in the context of Islamic culture: A queer Muslim behavioural approach. *The Cognitive Behaviour Therapist, 12*, e21. https://doi.org/10.1017/S1754470X19000096

Lannin, D. G., Bible, J., Harris, P. R., Russell, L. T., Arellanes, J. A., i Yazedjian, A. (2021). How is spontaneous self-affirmation linked to self-esteem? A cross-lagged examination. *Journal of Research in Personality, 92, 104091.* https://doi.org/10.1016/j.jrp.2021.104091

LaSala, M. C. (2000). Lesbians, gay men, and their parents: Family therapy for the coming-out crisis. *Family Process, 39*(1), 67–81. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2000.39108.x

Lasso Báez, R. A. (2014). Transexualidad y servicios de salud utilizados para transiter por los sexos-géneros. *CES Psicología, 7*(2), 108–125.

Laub, D. R., i Fisk, N. (1974). A rehabilitation program for gender dysphoria syndrome by surgical sex change. *Plastic and Reconstructive Surgery, 53*(4), 388–403.

Lawrence, A. A. (2006a). Self-reported complications and functional outcomes of male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior, 35*, 717–727. https://doi.org/10.1007/s10508-006-9104-9

Lawrence, A. A. (2006b). Patient-reported complications and functional outcomes of male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior, 35*(6), 717–727. https://doi.org/10.1007/s10508-006-9104-9

Lawrence, A. A. (2008). Gender identity disorders in adults: diagnosis and treatment. W: D. L. Rowland i L. Incrocci (eds.), *Handbook of sexual and gender identity disorders* (s. 423–457). Wiley.

Layland, E. K., Carter, J. A., Perry, N. S., Cienfuegos-Szalay, J., Nelson, K. M., Bonner, C. P., i Rendina, H. J. (2020). A systematic review of stigma in sexual and gender minority health interventions. *Translational Behavioral Medicine, 10*(5), 1200–1210. https://doi.org/10.1093/tbm/ibz200

Leal, D. (2018). *Performatividade transgênera: Equações poéticas de reconhecimento recíproco na recepção teatral.* Universidade de São Paulo.

Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York.

LeBel, T. P. (2008). Perceptions of and responses to stigma. *Sociology Compass, 2*(2), 409–432. https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2007.00081.x

Lee, H., Operario, D., Berg, J. J. van den, Yi, H., Choo, S., i Kim, S.-S. (2020). Health disparities among transgender adults in South Korea. *Asia Pacific Journal of Public Health, 32*(2–3), 103–110. https://doi.org/10.1177/1010539520912594

Lee, H., Tomita, K. K., Habarth, J. M., Operario, D., Yi, H., Choo, S., i Kim, S. S. (2020). Internalized transphobia and mental health among transgender adults:

A nationwide cross-sectional survey in South Korea. *International Journal of Transgender Health*, *21*(2), 182–193. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1745113

Lee, S. R., Kim, M. A., Choi, M. N., Park, S., Cho, J., Lee, C., i Lee, E. S. (2020). Attitudes toward transgender people among medical students in South Korea. *Sexual Medicine*, *9*(1), 100278. https://doi.org/10.1016/j.esxm.2020.10.006

Lefevor, G. T., Boyd-Rogers, C. C., Sprague, B. M., i Janis, R. A. (2019a). Health disparities between genderqueer, transgender, and cisgender individuals: An extension of minority stress theory. *Journal of Counseling Psychology*, *66*(4), 385–395. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/cou0000339

Lefevor, G. T., Sprague, B. M., Boyd-Rogers, C. C., i Smack, A. C. (2019b). How well do various types of support buffer psychological distress among transgender and gender nonconforming students? *International Journal of Transgenderism*, *20*(1), 39–48. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1452172

Lehavot, K., Simpson, T. L., i Shipherd, J. C. (2016). Factors associated with suicidality among a national sample of transgender veterans. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *46*(5), 507–524. https://doi.org/10.1111/sltb.12233

Lehtonen, J. (2016). Experiências de jovens não heterossexuais e trans na escolha de carreira e no local de trabalho. W: T. Köllen (ed.), *Sexual orientation and transgender issues in organizations: global perspectives on LGBT workforce diversity* (s. 289–306). Springer.

Lei, Y., Wiik, A., Connelly, M. A., Lindberg, L., Andersson, D. P., Arver, S., Gustafsson, T., i Tietge, U. J. (2024). Cardiometabolic risk assessment in transgender individuals – differential effect of sex hormones and sex chromosomes. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, dgae745. https://doi.org/10.1210/clinem/dgae745

Leiblum, S. R., i Rosen, R. (eds.). (2005). *Terapia zaburzeń seksualnych.* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Leibowitz, S. (2018). Social gender transition and the psychological interventions. W: A. Janssen i S. Leibowitz (eds.), *Affirmative mental health care for transgender and gender diverse youth: A clinical guide* (s. 31–48). Springer.

Leitenberg, H., i Slavin, L. (1983). Comparison of attitudes toward transsexuality and homosexuality. *Archives of Sexual Behavior*, *12*(4), 337–346. https://doi.org/10.1007/BF01542194

Lelutiu-Weinberger, C., English, D., i Sandanapitchai, P. (2020). The roles of gender affirmation and discrimination in the resilience of transgender individuals in the US. *Behavioral Medicine*, *46*(3–4), 175–188. https://doi.org/10.1080/08964289.2020.1725414

Leonard, T., i Grousd, L. (2016). Using ACT interventions to help clients explore the possibilities of gender identity. W: M. D. Skinta i A. Curtin (eds.), *Mindfulness and acceptance for gender and sexual minorities: A clinician's guide to fostering compassion, connection, and equality using contextual strategies* (s. 29–47). New Harbinger Publications.

Leriche, A., Timsit, M. O., Morel-Journel, N., Bouillot, A., Dembele, D., i Ruffion, A. (2008). Long-term outcome of forearm flee-flap phalloplasty in the treatment of transsexualism. *BJU International*, *101*(10), 1297–1300. https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2007.07362.x

Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families.* Haworth Clinical Press.

Lev, A. I. (2007). Transgender communities: Developing identity through connection. W: K. J. Bieschke, R. M. Perez, i K. A. DeBord (eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (s. 147–175). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/11482-006

Lev, A., Cosgrove, D. i Crumley, T. S. (2018). Psychotherapy and support for transgender clients. W: R. K. Adler, S. Hirsch i J. Pickering (eds.), *Voice and communication therapy for the transgender/gender diverse client: A comprehensive clinical guide* (s. 21–40). Plural Publishing.

*Levitt, H. M., i Ippolito, M. R. (2014). Being transgender: The experience of transgender identity dev*elopment. *Journal of Homosexuality*, *61*(12), 1727–1758. https://doi.org/10.1080/00918369.2014.951262

Lewins, F. (1995). *Transexualism in society: A sociology of male-to-female transsexuals.* Macmillan Education Australia.

Leyns, C., Meerschman, I., T'Sjoen, G., i D'haeseleer, E. (2024). Short-term effects of a speech feminization program for transgender women: listener perceptions, self-perception and satisfaction of the voice. *International Journal of Transgender Health*, *25*(4), 719–737. https://doi.org/10.1080/26895269.2023.2237009

Leyns, C., Papeleu, T., Tomassen, P., T'Sjoen, G., i D'haeseleer, E. (2021). Effects of speech therapy for transgender women: A systematic review. *International Journal of Transgender Health*, *22*(4), 360–380. https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1915224

LGBTQIA+Wiki (2014). *Xenogender*. Pobrano 6.12.2019 z https://lgbtqia.fandom.com/wiki/Xenogender

Li, M. (2019). (Mis) matching: Journalistic uses of gender pronouns and names can influence implicit attitudes toward transgender people, perceived news content credibility, and perceived reporter professionalism. *Newspaper Research Journal*, *40*(4), 517–533. https://doi.org/10.1177%2F0739532919873083

Li, V., Demzik, A., French, W., Dickey, A., Maddox, K., i Figler, B. D. (2023). Gender affirming graft only vaginoplasty. *Urology*, *177*, 230. https://doi.org/10.1016/j.urology.2023.05.006

Liguori, G., Trombetta, C., Concilio, B. de, Chiapparone, G., Rizzo, M. i Belgrano, E. (2015). Surgery in complications: Ileal vaginoplasty. W: C. Trombetta, G. Liguori i M. Bertolotto (eds.), *Management of gender dysphoria* (s. 167–174). Springer Milan.

Lim, F. A., Brown, D. V., Jr., i Kim, S. M. J. (2014). CE: Addressing health care disparities in the lesbian, gay, bisexual, and transgender population: A review of best practices. *AJN: The American Journal of Nursing*, *114*(6), 24–34. https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000450423.89759.36

Lin, Y. J., Israel, T. i Ryan, W. S. (2019). Releasing internalized stigma for empowerment: Development of theory-driven interventions for sexual and gender minorities. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, *13*(4), 276–292. https://doi.org/10.1080/15538605.2019.1662358

Lindgren, T. W., i Pauly, I. B. (1975). A body image scale for evaluating transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, *4*(6), 639–656. https://doi.org/10.1007/BF01544272

Lindley, L., Bauerband, L., i Galupo, M. P. (2020). Using a Comprehensive Proximal Stress Model to Predict Alcohol Use. *Transgender Health*, *6*(3), 164–174. https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0042

Lindley, L., i Galupo, M. P. (2020). Gender dysphoria and minority stress: Support for inclusion of gender dysphoria as a proximal stressor. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *7*(3), 265–275. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/sgd0000439

Lindsay, J. A., Keo-Meier, C., Hudson, S., Walder, A., Martin, L. A., i Kauth, M. R. (2016). Mental health of transgender veterans of the Iraq and Afghanistan conflicts who experienced military sexual trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *29*(6), 563–567. https://doi.org/10.1002/jts.22146

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford.

Link, B. G., i Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, *27*, 363–385.

Lipperman-Kreda, S., Wilson, I., Hunt, G. P., Annechino, R., i Antin, T. M. (2020). Substance use among sexual and gender minorities: Association with police discrimination and police mistrust. *Sexuality, Gender & Policy*, *3*(2), 92–104. https://doi.org/10.1002/sgp2.12019

Lips, P., Asscheman, H., Uitewaal, P., Netelenbos, J. C., i Gooren, L. (1989). The effect of cross-gender hormonal treatment on bone metabolism in male-to-female transsexuals. *Journal of Bone Mineral Research*, *4*(5), 657–662. https://doi.org/10.1002/jbmr.5650040503

Lips, P., Kesteren, P. J. van, Asscheman, H., i Gooren, L. J. (1996). The effect of androgen treatment on bone metabolism in female-to-male transsexuals. *Journal of Bone Mineral Research*, *11*(11), 1769–1773. https://doi.org/10.1002/jbmr.5650111121

Lipson, S. K., Raifman, J., Abelson, S., i Reisner, S. L. (2019). Gender minority mental health in the US: Results of a national survey on college campuses. *American Journal of Preventive Medicine*, *57*(3), 293–301. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.04.025

Littman, L. (2021). Individuals treated for gender dysphoria with medical and/or surgical transition who subsequently detransitioned: A survey of 100 detransitioners. *Archives of Sexual Behavior*, *50*, 3353–3369. https://doi.org/10.1007/s10508-021-02163-w

Liu, C., Zhang, Y., Pan, S. W., Wu, D., Cao, B., Fu, R., Wei, Ch., Tucker, J. D., i Tang, W. (2017). Anticipated HIV stigma among men who have sex with men and transgender individuals in China: A cross-sectional study. *The Lancet*, *390*, S70. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33208-7

Liu, H., i Wilkinson, L. (2017). Marital status and perceived discrimination among transgender people. *Journal of Marriage and Family*, *79*(5), 1295–1313. https://doi.org/10.1111/jomf.12424

Liu, R. T., Sheehan, A. E., Walsh, R. F., Sanzari, C. M., Cheek, S. M., i Hernandez, E. M. (2019). Prevalence and correlates of non-suicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *74*, 101783. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101783

Livingston, N. A., Heck, N. C., Flentje, A., Gleason, H., Oost, K. M., i Cochran, B. N. (2015). Sexual minority stress and suicide risk: Identifying resilience through personality profile analysis. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *2*(3), 321–328. https://doi.org/10.1037/sgd0000116

Lloyd, J., Chalklin, V., i Bond, F. W. (2019). Psychological processes underlying the impact of gender-related discrimination on psychological distress in transgender and gender nonconforming people. *Journal of Counseling Psychology*, *66*(5), 550–563. https://doi.org/10.1037/cou0000371

Lobato, M. I., Koff, W. J., Schestatsky, S. S., Chaves, Pedrollo de Vasconcellos Chaves, C., Petry, A., Crestana, T., Trinidade Amaral, J., Quadros Onófrio, F. de, Salvador, J., Silveira, E., i Annes Henriques, A. (2007). Clinical characteristics, psychiatric comorbidities and sociodemographic profile of transsexual patients from an outpatient clinic in Brazil. *International Journal of Transgenderism*, *10*, 69–77. https://doi.org/10.1080/15532730802175148

Lobato, M. I., Soll, B. M., Brandelli Costa, A., Saadeh, A., Gagliotti, D., Fresán, A., Reed, G., i Robles, R. (2019). Psychological distress among transgender people in Brazil: Frequency, intensity and social causation – an ICD-11 field study. *Revista-brasileira de psiquiatria* (*Brazilian Journal of Psychiatry*), *41*(4), 310–315. https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0052

Logie, C. H., Abramovich, A., Schott, N., Levermore, K., i Jones, N. (2018). Navigating stigma, survival, and sex in contexts of social inequity among young transgender women and sexually diverse men in Kingston, Jamaica. *Reproductive Health Matters*, *26*(54), 72–83. https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1538760

Logie, C. H., Lacombe-Duncan, A., Brien, N., Jones, N., Lee-Foon, N., Levermore, K., Marshall, A., Nyblade, L., i Newman, P. A. (2017). Barriers and facilitators to HIV testing among young men who have sex with men and transgender women in Kingston, Jamaica: A qualitative study. *Journal of the International AIDS Society*, *20*(1), 21385. https://doi.org/10.7448/IAS.20.1.21385

Logie, C. H., Lacombe-Duncan, A., Kenny, K. S., Levermore, K., Jones, N., Marshall, A., i Newman, P. A. (2017). Associations between police harassment and HIV vulnerabilities among men who have sex with men and transgender women in Jamaica. *Health and Human Rights*, *19*(2), 147–154.

Logie, C. H., Lacombe-Duncan, A., Poteat, T., i Wagner, A. C. (2017). Syndemic factors mediate the relationship between sexual stigma and depression among sexual

minority women and gender minorities. *Women's Health Issues*, *27*(5), 592–599. https://doi.org/10.1016/j.whi.2017.05.003

Logie, C. H., Lacombe-Duncan, A., Wang, Y., Jones, N., Levermore, K., Neil, A., Ellis, T., Bryan, N., Harker, Sh., Marshall, A., i Newman, P. A. (2016). Prevalence and correlates of HIV infection and HIV testing among transgender women in Jamaica. *AIDS Patient Care and STDs*, *30*(9), 416–424. https://doi.org/10.1089/apc.2016.0145

Logie, C. H., Perez-Brumer, A., Jenkinson, J., Madau, V., Nhlengethwa, W., i Baral, S. (2018). Marginalization and social change processes among lesbian, gay, bisexual and transgender persons in Swaziland: Implications for HIV prevention. *AIDS Care*, *30* (suppl. 2), 33–40. https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1468011

Logie, C. H., Wang, Y., Lacombe-Duncan, A., Ahmed, U., Jones, N., Neil, A., Ellis, T., Levermore, K., Marshall, A., i Newman, P. A. (2018). Factors associated with syphilis testing and a history of syphilis infection among a sample of transgender women in Jamaica. *Sexually Transmitted Diseases*, *45*(3), 158–162. https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000715

Logie, C. H., Wang, Y., Lacombe-Duncan, A., Jones, N., Ahmed, U., Levermore, K., Neil, A., Ellis, T., Bryan, N., Marshall, A., i Newman, P. A. (2017). Factors associated with sex work involvement among transgender women in Jamaica: A cross-sectional study. *Journal of the International AIDS Society*, *20*(1), 21422. https://doi.org/10.7448/IAS.20,01/21422

Lombardi, E. (2007). Substance use treatment experiences of transgender/transsexual men and women. *Journal of LGBT Health Research*, *3*(2), 37–47. https://doi.org/10.1300/J463v03n02_05

Lombardi, E. (2009). Varieties of transgender/transsexual lives and their relationship with transphobia. *Journal of Homosexuality*, *56*(8), 977–992. https://doi.org/10.1080/00918360903275393

Lombardi, E. L. (1999). Integration within a transgender social network and its effect upon members' social and political activity. *Journal of Homosexuality*, *37*(1), 109–126. https://doi.org/10.1300/J082v37n01_08

Lombardi, E. L., Wilchins, R. A., Priesing, D., i Malouf, D. (2002). Gender violence: Transgender experiences with violence and discrimination. *Journal of Homosexuality*, *42*(1), 89–101. https://doi.org/10.1300/J082v42n01_05

Lopez, D. S., Mulla, J. S., El Haddad, D., Tahashilder, M. I., Polychronopolou, E., Baillargeon, J., Kuo, Y.-F., Gilani, S., i Khalife, W. I. (2023). Testosterone replacement therapy in relation with cardiovascular disease in cisgender women and transgender people. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *108*(12), e1515–e1523. https://doi.org/10.1210/clinem/dgad388

Lorenz, K. (1953). *King Solomon's ring*. Reprint Society.

Lothstein, L. M. (1984). Psychological testing with transsexuals: A 30-year review. *Journal of Personality Assessment*, *48*(5), 500–507. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4805_9

Loutzenheiser, L. W. (2015). "Who are you calling a problem?" Addressing transphobia and homophobia through school policy. *Critical Studies in Education*, *56*(1), 99–115. https://doi.org/10.1080/17508487.2015.990473

Lucassen, M. F., Stasiak, K., Fleming, T., Frampton, C., Perry, Y., Shepherd, M., i Merry, S. N. (2021). Computerized cognitive behavioural therapy for gender minority adolescents: Analysis of the real-world implementation of SPARX in New Zealand. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *55*(9), 874–882. https://doi.org/10.1177/0004867420976846

Luders, E., Sánchez, F. J., Gaser, C., Toga, A. W., Narr, K. L., Hamilton, L. S., i Vilain, E. (2009). Regional gray matter variation in male-to-female transsexualism. *Neuroimage*, *46*(4), 904–907. https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.03.048

Lukianowicz, N. (1959). Survey of various aspects of transvestism in the light of our present knowledge. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *128*(1), 36–64.

Lutwak, N., Byne, W., Erickson-Schroth, L., Keig, Z., Shipherd, J. C., Mattocks, K. M., i Kauth, M. R. (2014). Transgender veterans are inadequately understood by health care providers. *Military Medicine*, *179*(5), 483–485. https://doi.org/10.7205/MILMED-D-14-00001

Luvuno, Z., Ncama, B., i Mchunu, G. (2017). Knowledge, attitudes and practices of health care workers related to treatment and care of transgender patients: A qualitative study in KwaZulu-Natal, South Africa. *Gender and Behaviour*, *15*(2), 8694–8706. https://hdl.handle.net/10520/EJC-af4233d76

Lyons, T., Shannon, K., Pierre, L., Small, W., Krüsi, A., i Kerr, T. (2015). A qualitative study of transgender individuals' experiences in residential addiction treatment settings: Stigma and inclusivity. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, *10*(17). https://doi.org/10.1186/s13011-015-0015-4

Lytle, M. C., Blosnich, J. R., i Kamen, C. (2016). The association of multiple identities with self-directed violence and depression among transgender individuals. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *46*(5), 535–544. https://doi.org/10.1111/sltb.12234

Łaguna, M., Lachowicz-Tabaczek, K., i Dzwonkowska, I. (2007). Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga – polska adaptacja metody. *Psychologia Społeczna*, *2*(2), 164–176.

Łuszczyńska, A., Mazurkiewicz, M., Kowalska, M., i Schwarzer, R. (2006). Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (BSSS): Wyniki wstępnych badań nad adaptacją skal i ich własnościami psychometrycznymi. *Studia Psychologiczne*, *44*(3), 17–27.

Macapagal, K., Bhatia, R., i Greene, G. J. (2016). Differences in healthcare access, use, and experiences within a community sample of racially diverse lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning emerging adults. *LGBT Health*, *3*(6), 434–442. https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0124

MacDougall, H., Henning-Smith, C., Gonzales, G., i Ott, A. (2024). Access to health care for transgender and gender-diverse adults in urban and rural areas in the United States. *Medical Care Research and Review*, *81*(1), 68–77. https://doi.org/10.1177/10775587231191649

Madeddu, F., Prunas, A., i Hartmann, D. (2009). Prevalence of Axis II disorders in a sample of clients undertaking psychiatric evaluation for sex reassignment surgery. *Psychiatric Quarterly*, *80*(4), 261–267.

Magalhães, L. S., Dos Santos, K. C., Diniz e Silva, B. V., Filho, G. F. S., Vaddiparti, K., Gonzalez, R. I. C., Pillon, S. C., Santos Carneiro, M. A. dos, Caetano, K. A. A., Cook, R. L., i Teles, S. A. (2024). Alarming patterns of moderate and high-risk alcohol use among transgender women in Goiás, Central Brazil. *Frontiers in Public Health*, *12*, 1333767. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1333767

Magno, L., Dourado, I., Silva, L. A. V. D., Brignol, S., Amorim, L., i MacCarthy, S. (2018). Gender-based discrimination and unprotected receptive anal intercourse among transgender women in Brazil: Amixed methods study. *PLoS One*, *13*(4), e0194306. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194306

Magno, L., Silva, L. A. V. D., Veras, M. A., Pereira-Santos, M., i Dourado, I. (2019). Stigma and discrimination related to gender identity and vulnerability to HIV/AIDS among transgender women: Asystematic review. *Cadernos de Saude Publica*, *35*(4), e00112718. https://doi.org/10.1590/0102-311X00112718

Maguen, S., i Shipherd, J. C. (2010). Suicide risk among transgender individuals. *Psychology & Sexuality*, *1*(1), 34–43. https://doi.org/10.1080/19419891003634430

Maguen, S., Shipherd, J. C., i Harris, H. N. (2005). Providing culturally sensitive care for transgender patients. *Cognitive and Behavioral Practice*, *12*(4), 479–490. https://doi.org/10.1016/S1077-7229(05)80075-6

Major, B., i O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, *56*, 393–421. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070137

Mak, J., Shires, D. A., Zhang, Q., Prieto, L. R., Ahmedani, B. K., Kattari, L., Becerra-Culqui, T. A., Bradlyn, A., Flanders, W. D., Getahun, D., Giammattei, S. V., Hunkeler, E. M., Lash, T. L., Nash, R., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Silverberg, M. J., Slovis, J., … Goodman, M. (2020). Suicide attempts among a cohort of transgender and gender diverse people. *American Journal of Preventive Medicine*, *59*(4), 570–577. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.03.026

Maksut, J. L., Sanchez, T. H., Wiginton, J. M., Scheim, A. I., Logie, C. H., Zlotorzynska, M., Lyons, C. E., i Baral, S. D. (2020). Gender identity and sexual behavior stigmas, severe psychological distress, and suicidality in an online sample of transgender women in the United States. *Annals of Epidemiology*, *52*, 15–22. https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2020.07.020

Malmquist, A., Jonsson, L., Wikström, J., i Nieminen, K. (2019). Minority stress adds an additional layer to fear of childbirth in lesbian and bisexual women, and transgender people. *Midwifery*, *79*, 102551. https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102551

Malta, M., Gomes de Jesus, J., LeGrand, S., Seixas, M., Benevides, B., Dores Silva, M. das, Soares Lana, J., Huynh, H. V., Belden, Ch. M., i Whetten, K. (2020). "Our life is pointless…": Exploring discrimination, violence and mental health challenges

among sexual and gender minorities from Brazil. *Global Public Health*, *15*(10), 1463–1478. https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1767676

Mandal, E. (2000). *Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów związanych z płcią*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Mandal, E. (2003). *Kobiecość i męskość. Popularne opinie a badania naukowe*. Wydawnictwo Akademickie „Żak".

Mandal, E. (2004). *Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów związanych z płcią*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Mandal, E., i Jakubowski, T. (2015). Masculinity, femininity, self-appeal, strategies of self-presentation and styles of interpersonal functioning intranssexual women. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, *17*(3), 5–13. https://doi.org/10.12740/APP/58746

Manderson, L., i Kumar, S. (2001). Gender identity disorder as a rare manifestation of schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *35*(4), 546–547. https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2001.0911h.x

Mar, R. A., DeYoung, C. G., Higgins, D. M., i Peterson, J. B. (2006). Self-liking and self-competence separate self-evaluation from self-deception: Associations with personality, ability, and achievement. *Journal of Personality*, *74*(4), 1047–1078. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2006.00402.x

Maraka, S., Singh Ospina, N., Rodriguez-Gutierrez, R., Davidge-Pitts, C. J., Nippoldt, T. B., Prokop, L. J., i Murad, M. H. (2017). Sex steroids and cardiovascular outcomes in transgender individuals: A systematic review and metaanalysis. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, *102*(11), 3914–3923. https://doi.org/10.1210/jc.2017-01643

Marantz, S., i Coates, S. (1991). Mothers of boys with gender identity disorder: A comparison of matched controls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *30*(2), 310–315. https://doi.org/10.1097/00004583-199103000-00022

Marcuse, M. (1916). Ein Fall von Geschlechtsumwandlungs trieb. *Zeitschrift für Psychotherapie und Medizinische Psychologie*, *6*, 176–192.

Marin Health (b.d.). *Nonbinary gender affirming surgery*. Pobrano 12.08.2025 z https://www.mymarinhealth.org/programs-services/surgery-procedures/surgical-specialties/gender-affirmation-surgery/nonbinary-gender-affirming-surgery

Marks, I., Green, R., i Mataix-Cols, D. (2000). Adult gender identity disorder can remit. *Comprehensive Psychiatry*, *41*(4), 273–275. https://doi.org/10.1053/comp.2000.7424

Marshall, B. D., Socías, M. E., Kerr, T., Zalazar, V., Sued, O., iArístegui, I. (2016). Prevalence and correlates of lifetime suicide attempts among transgender persons in Argentina. *Journal of Homosexuality*, *63*(7), 955–967. https://doi.org/10.1080/00918369.2015.1117898

Martell, C. R. (2019). Evidence-based approaches for treating depression among sexual and gender minority clients. W: J. E. Pachankisi S. A. Safren (eds.), *Handbook of*

evidence-based mental health practice with sexual and gender minorities (s. 200–221). Oxford University Press.

Martinez, L. R., Sawyer, K. B., Thoroughgood, C. N., Ruggs, E. N., i Smith, N. A. (2017). The importance of being "me": The relation between authentic identity expression and transgender employees' work-related attitudes and experiences. *Journal of Applied Psychology*, *102*(2), 215–226. https://doi.org/10.1037/apl0000168

Martinez-Velez, J. J., Melin, K., i Rodriguez-Diaz, C. E. (2019). A preliminary assessment of selected social determinants of health in a sample of transgender and gender nonconforming individuals in Puerto Rico. *Transgender Health*, *4*(1), 9–17. https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0045

Martin-Storey, A., i August, E. G. (2016). Harassment due to gender nonconformity mediates the association between sexual minority identity and depressive symptoms. *The Journal of Sex Research*, *53*(1), 85–97. https://doi.org/10.1080/00224499.2014.980497

Mate-Kole, C., Freschi, M., i Robin, A. (1990). A controlled study of psychological and social change after surgical gender reassignment in selected male transsexuals. *The British Journal of Psychiatry*, *157*(2), 261–264. https://dx.doi.org/10.1192/bjp.157.2.261

Matsuzaka, S., i Koch, D. E. (2019). Trans feminine sexual violence experiences: The intersection of transphobia and misogyny. *Affilia*, *34*(1), 28–47. https://doi.org/10.1177%2F0886109918790929

Mattawanon, N., Spencer, J. B., Schirmer, D. A., i Tangpricha, V. (2018). Fertility preservation options in transgender people: A review. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, *19*(3), 231–242. https://doi.org/10.1007/s11154-018-9462-3

Matthews, J. J., Olszewski, A. i Petereit, J. (2020). Knowledge, training, and attitudes of students and speech-language pathologists about providing communication services to individuals who are transgender. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *29*(2), 597–610. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00148

Mavhandu-Mudzusi, A. H. (2014). Experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex students regarding sports participation in a South African rural based university: Health. *African Journal for Physical Health Education, Recreation and Dance*, *20*(22), 710–720. https://hdl.handle.net/10520/EJC155209

Mavhandu-Mudzusi, A. H., i Sandy, P. T. (2015). Religion-related stigma and discrimination experienced by lesbian, gay, bisexual and transgender students at a South African rural-based university. *Culture, Health & Sexuality*, *17*(8), 1049–1056. https://doi.org/10.1080/13691058.2015.1015614

Mazaheri Meybodi, A., Hajebi, A., i Ghanbari Jolfaei, A. (2014b). The frequency of personality disorders in patients with gender identity disorder. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, *28*, e90.

Mazaheri Meybodi, A., Hajebi, A., i Ghanbari Jolfaei, A. (2014a). Psychiatric axis I comorbidities among patients with gender dysphoria. *Psychiatry Journal*, *2014*, 971814. https://dx.doi.org/10.1155/2014/971814

Mazurczak, A. (2020). Prawa pacjentów transpłciowych i ich równe traktowanie w opiece zdrowotnej. W: B. Grabski, M. Mijas., M. Dora i G. Iniewicz (red.), *Dysforia i niezgodność płciowa. Kompendium dla praktyków* (s. 233–246). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Mburu, G., Tuot, S., Mun, P., Chhoun, P., i Chann, N., Yi, S., 2019. Prevalence and correlates of amphetamine-type stimulant use among transgender women in Cambodia. *International Journal of Drug Policy*, *74*, 136–143. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.09.010

McCann, E. (2015). People who are transgender: Mental health concerns. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *22*(1), 76–81. https://doi.org/10.1111/jpm.12190

McCann, E., i Brown, M. (2017). Discrimination and resilience and the needs of people who identify as transgender: A narrative review of quantitative research studies. *Journal of Clinical Nursing*, *26*(23–24), 4080–4093. https://doi.org/10.1111/jocn.13913

McCarthy, M. A., Fisher, C. M., Irwin, J. A., Coleman, J. D., i Pelster, A. D. K. (2014). Using the minority stress model to understand depression in lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals in Nebraska. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, *18*(4), 346–360. https://dx.doi.org/10.1080/19359705.2014.908445

McConahay, J. B. (1986). Modern racism, ambivalence, and the Modern Racism Scale. W: J. F. Dovidio i S. L. Gaertner (eds.), *Prejudice, discrimination, and racism* (s. 91–125). Academic Press.

McCrae, R. R., i Sutin, A. R. (2009). Openness to experience. W: M. R. Leary i R. H. Hoyle (eds.), *Handbook of individual differences in social behavior* (s. 257–273). The Guildford Press.

McDowell, M. J., Hughto, J. M., i Reisner, S. L. (2019). Risk and protective factors for mental health morbidity in a community sample of female-to-male trans-masculine adults. *BMC Psychiatry*, *19*(1), 16. https://doi.org/10.1186/s12888-018-2008-0

McFadden, C. (2015). Lesbian, gay, bisexual, and transgender careers and human resource development: A systematic literature review. *Human Resource Development Review*, *14*(2), 125–162. https://doi.org/10.1177%2F1534484314549456

McFadden, S. H., Frankowski, S., Flick, H., i Witten, T. M. (2013). Resilience and multiple stigmatized identities: Lessons from transgender persons' reflections on aging. W: J. D. Synnott (ed.), *Positive psychology: Advances in understanding adult motivation* (s. 247–267). Springer + Business Media. https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/978-1-4614-7282-7_16

McGrody, E. (2017). *Coping with gender dysphoria*. The Rosen Publishing Group, Inc.

McGuire, J. K., Anderson, C. R., Toorney, R. B., i Russell, S. T. (2010). School climate for transgender youth: A mixed method investigation of student experiences and school responses. *Journal of Youth and Adolescence*, *39*, 1175–1188. https://doi.org/10.1007/s10964-010-9540-7

McIntyre, J., Daley, A., Rutherford, K., i Ross, L. E. (2012). Systems-level barriers in accessing supportive mental health services for sexual and gender minorities:

Insights from the provider's perspective. *Canadian Journal of Community Mental Health*, *30*(2), 173–186. https://doi.org/10.7870/cjcmh-2011-0023

McKay, B. (2011). Lesbian, gay, bisexual, and transgender health issues, disparities, and information resources. *Medical Reference Services Quarterly*, *30*(4), 393–401. https://doi.org/10.1080/02763869.2011.608971

McKay, T. R., i Watson, R. J. (2019). Gender expansive youth disclosure and mental health: Clinical implications of gender identity disclosure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *7*(1), 66–75. https://doi.org/10.1037/sgd0000354

McKee, E., Roback, H., i Hollender, M. (1976). Transsexualism in two male triplets. *The American Journal of Psychiatry*, *133*, 334–336. https://psycnet.apa.org/doi/10.1176/ajp.133.3.334

McLemore, K. A. (2015). Experiences with misgendering: Identity misclassification of transgender spectrum individuals. *Self and Identity*, *14*(1), 51–74. https://doi.org/10.1080/15298868.2014.950691

McLemore, K. A. (2018). A minority stress perspective on transgender individuals' experiences with misgendering. *Stigma and Health*, *3*, 53–64. https://doi.org/10.1037/sah0000070

McNeil, J., Bailey, L., Ellis, S., Morton, J., i Regan, M. (2012). *Trans mental health study 2012: Report for the Scottish Transgender Alliance.* Scottish Transgender Alliance. Pobrano 12.08.2025 z http://acthe.fr/upload/1445680190-trans-mental-health-study-2012.pdf

McNeil, J., Ellis, S. J., i Eccles, F. J. (2017). Suicide in trans populations: A systematic review of prevalence and correlates. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *4*(3), 341–353. https://doi.org/10.1037/sgd0000235

McQuillan, M. T., Kuhns, L. M., Miller, A. A., McDade, T., i Garofalo, R. (2020). Gender minority stress, support, and inflammation in transgender and gender-nonconforming youth. *Transgender Health*, *6*(2), https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0019

Meadow, T. (2010). "A Rose is a Rose" On producing legal gender classifications. *Gender & Society*, *24*(6), 814–837. https://doi.org/10.1177%2F0891243210385918

The Medical Times (1907). *35*(1). January.

Megeri, D., i Khoosal, D. (2007). Anxiety and depression in males experiencing gender dysphoria. *Sexual and Relationship Therapy*, *22*(1), 77–81. https://dx.doi.org/10.1080/02699200600565905

Mehta, S. (2015). Assessing the influence of stigma and discrimination on barriers to health care access in transgender populations. *Global Health: Annual Review*, *1*(1). Pobrano 23.01.2022 z https://journals.mcmaster.ca/ghar/article/view/1062

Meijer, J. H., Eeckhout, G. M., Vlerken, R. H. van, i Vries, A. L. de (2017). Gender dysphoria and co-existing psychosis: Review and four case examples of successful gender affirmative treatment. *LGBT Health*, *4*(2), 106–114. https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0133

Meiser, T., i Hewstone, M. (2006). Illusory and spurious correlations: Distinct phenomena or joint outcomes of exemplar-based category learning? *European Journal of Social Psychology*, *36*(3), 315–336. https://doi.org/10.1002/ejsp.304

Mereish, E. H., Parra, L. A., Watson, R. J., i Fish, J. N. (2022). Subtle and intersectional minority stress and depressive symptoms among sexual and gender minority adolescents of color: Mediating role of self-esteem and sense of mastery. *Prevention Science*, *23*(1), 142–153. https://doi.org/10.1007/s11121-021-01294-9

Messinger, A. M., i Guadalupe-Diaz, X. L. (2020). The Intersection of transphobia, human rights, and transgender intimate partner violence. W: A. M. Messinger i X. L. Guadalupe-Diaz (eds.), *Transgender intimate partner violence: A comprehensive introduction* (s. 3–34). New York University Press.

Messinger, A. M., Guadalupe-Diaz, X. L., i Kurdyla, V. (2022). Transgender Polyvictimization in the U.S. Transgender Survey. Journal of Interpersonal Violence, *37*(19–20), NP18810-NP18836. https://doi.org/10.1177/08862605211039250

Metzger, N. Y., i Boettger, S. (2019). The effect of testosterone therapy on personality traits of trans men: A controlled prospective study in Germany and Switzerland. *Psychiatry Research*, *276*, 31–38. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.03.053

Meyer, H. M., Mocarski, R., Holt, N. R., Hope, D. A., King, R. E., i Woodruff, N. (2020). Unmet expectations in health care settings: Experiences of transgender and gender diverse adults in the Central Great Plains. *Qualitative Health Research*, *30*(3), 409–422. https://doi.org/10.1177/1049732319860265

Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, *36*(1), 38–56. https://doi.org/10.2307/2137286

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. (2015). Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *2*(3), 209–213. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/sgd0000132

Meyer, I. H. (2020). Rejection sensitivity and minority stress: A challenge for clinicians and interventionists. *Archives of Sexual Behavior*, *49*(7), 2287–2289. https://doi.org/10.1007/s10508-019-01597-7

Meyer, J. K. (1974). Clinical variants among applicants for sex reassignment. *Archives of Sexual Behavior*, *3*, 527–558. https://doi.org/10.1007/BF01541136

Meyerowitz, J. J. (2002). *How sex changed: A history of transsexuality in the United States.* Harvard University Press.

Mezza, F., Mezzalira, S., Pizzo, R., Maldonato, N. M., Bochicchio, V., i Scandurra, C. (2024). Minority stress and mental health in European transgender and gender diverse people: A systematic review of quantitative studies. *Clinical Psychology Review*, *107*, 102358. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102358

Mędraś, M., i Jóźków, P. (2010). Transsexualism-diagnostic and therapeutic aspects. *Endokrynologia Polska*, *61*(4), 412–416.

Michel, A., Mormont, C., i Legros, J. J., (2001). A psycho-endocrinological overview of transsexualism. *European Journal of Endocrinology*, *145*, 365–376.

Miller, L. R., i Grollman, E. A. (2015). The social costs of gender nonconformity for transgender adults: Implications for discrimination and health. *Sociological Forum*, *30*(3), 809–831. https://doi.org/10.1111/socf.12193

Miller, T. J., Wilson, S. C., Massie, J. P., Morrison, S. D., i Satterwhite, T. (2019). Breast augmentation in male-to-female transgender patients: Technical considerations and outcomes. *JPRAS Open*, *21*, 63–74. https://doi.org/10.1016/j.jpra.2019.03.003

Millet, N., Longworth, J., i Arcelus, J. (2017). Prevalence of anxiety symptoms and disorders in the transgender population: A systematic review of the literature. *International Journal of Transgenderism*, *18*(1), 27–38. https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1258353

Mills, M., i Stoneham, G. (2020). *Voice and communication therapy with trans and nonbinary people: Sharing the clinical space*. Jessica Kingsley Publishers.

Milner, A. N., Hearld, K. R., Abreau, N., Budhwani, H., Mayra Rodriguez-Lauzurique, R., i Paulino-Ramirez, R. (2019). Sex work, social support, and stigma: Experiences of transgender women in the Dominican Republic. *International Journal of Transgenderism*, *20*(4), 403–412. https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1596862

Mimiaga, M. J., Hughto, J. M., Biello, K. B., Santostefano, C. M., Kuhns, L. M., Reisner, S. L., i Garofalo, R. (2019). Longitudinal analysis of syndemic psychosocial problems predicting HIV risk behavior among a multicity prospective cohort of sexually active young transgender women in the United States. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *81*(2), 184–192. https://doi.org/10.1097%2FQAI.0000000000002009

Min, L. L., i Hopkins, R. (2021). Endocrinological care for patients undergoing gender affirmation (including risk of thromboembolic events). W: D. Nikolavsky i S. A. Blakely (eds.), *Urological care for the transgender patient: A comprehensive guide* (s. 23–36). Springer Nature.

Miner, M. H., Bockting, W. O., Romine, R. S., i Raman, S. (2012). Conducting Internet research with the transgender population: Reaching broad samples and collecting valid data. *Social Science Computer Review*, *30*(2), 202–211. https://doi.org/10.1177%2F0894439311404795

Mink, M. D., Lindley, L. L., i Weinstein, A. A. (2014). Stress, stigma, and sexual minority status: The intersectional ecology model of LGBTQ health. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, *26*(4), 502–521. https://doi.org/10.1080/10538720.2014.953660

Minter, S., i Daley, C. (2003). Trans realities: A legal needs assessment of San Francisco's transgender communities. *Transgender Law Center*, *4*, 1–50.

Missé, M., i Coll-Planas, G. (2010). *El género desordenado. Críticas entorno a la patologización de la transexualidad*. Editorial Egales.

Mitu, K. (2016). Transgender reproductive choice and fertility preservation. *AMA Journal of Ethics*, *18*(11), 1119–1125. https://doi.org/10.1001/journalofethics.2016.18.11.pfor2-1611

Mizock, L. (2017). Transgender and gender diverse clients with mental disorders: Treatment issues and challenges. *Psychiatric Clinics*, *40*(1), 29–39. https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.008

Mizock, L., i Fleming, M. Z. (2011). Transgender and gender variant populations with mental illness: Implications for clinical care. *Professional Psychology: Research and Practice*, *42*(2), 208–213. https://doi.org/10.1037/a0022522

Mizock, L., i Hopwood, R. (2018). Economic challenges associated with transphobia and implications for practice with transgender and gender diverse individuals. *Professional Psychology: Research and Practice*, *49*(1), 65–74. https://doi.org/10.1037/pro0000161

Mizock, L., Hopwood, R., Casey, H., Duhamel, E., Herrick, A., Puerto, G., i Stelmach, J. (2017). The transgender awareness webinar: reducing transphobia among undergraduates and mental health providers. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, *21*(4), 292–315. https://doi.org/10.1080/19359705.2017.1320696

Mizock, L., i Lewis, T. K. (2008). Trauma in transgender populations: Risk, resilience, and clinical care. *Journal of Emotional Abuse*, *8*(3), 335–354. https://doi.org/10.1080/10926790802262523

Mizock, L., i Lundquist, C. (2016). Missteps in psychotherapy with transgender clients: Promoting gender sensitivity in counseling and psychological practice. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *3*(2), 148–155. https://doi.org/10.1037/sgd0000177

Mizock, L., i Mueser, K. (2014). Employment, mental health, internalized stigma, and coping with transphobia among transgender individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *1*(2), 146–158.

Mizock, L., Riley, J., Yuen, N., Woodrum, T. D., Sotilleo, E. A., i Ormerod, A. J. (2018). Transphobia in the workplace: A qualitative study of employment stigma. *Stigma and Health*, *3*(3), 275–282. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/sah0000098

Mizock, L., Woodrum, T. D., Riley, J., Sotilleo, E. A., Yuen, N., i Ormerod, A. J. (2017). Coping with transphobia in employment: Strategies used by transgender and gender-diverse people in the United States. *International Journal of Transgenderism*, *18*(3), 282–294. https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1304313

Modestin, J., i Ebner, G. (1995). Multiple personality disorder manifesting itself under the mask of transsexualism. *Psychopathology*, *28*, 317–321. https://doi.org/10.1159/000284944

Mogul, J. L., Ritchie, A. J., i Whitlock, K. (2011). *Queer (in) justice: The criminalization of LGBT people in the United States.* Beacon Press.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., i Group, P. (2010). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *International Journal of Surgery*, *8*(5), 336–341. http://www.doi.org/ 10.1002/9781118715598

Molina Rodríguez, N. E., Guzmán Cervantes, O. O., i Martínez-Guzmán, A. (2015). Identidades transgénero y transfobia en el context mexicano: Una aproximación narrativa. *Quaderns de Psicologia*, *17*(3), 71–82. http://dx.doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1279

Moll, A. (1921). *Handbuch der Sexualwissenschaften.* C. Vogel.

Moll, A. (1923). *The sexual life of the child.* Allen & Unwin.

Money, J. (1988). The Skoptic syndrome: Castration and genital self-mutilation as an example of sexual body-image pathology. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, *1*(1), 113–128. https://doi.org/10.1300/J056v01n01_09

Money, J., i Ehrhardt, A. A. (1972). Man and woman, boy and girl: The differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity. Johns Hopkins University Press.

Money, J., i Wolff, G. (1973). Sex reassignment male to female to male. *Archives of Sexual Behavior*, *2*, 245–250. https://doi.org/10.1007/BF01541760

Monstrey, S. J., Buncamper, M., Bouman, M. B., i Hoebeke P. (2014). Surgical interventions for gender dysphoria. W: B. P. C. Kreukels, T. D. Steensma i A. L. C. de Vries (eds.), *Gender dysphoria and disorders of sex development: Progress in care and knowledge* (s. 299–318). Springer.

Moody, T. D., Feusner, J. D., Reggente, N., Vanhoecke, J., Holmberg, M., Manzouri, A., Khorashad, B. S., i Savic, I. (2021). Predicting outcomes of cross-sex hormone therapy in transgender individuals with gender incongruence based on pre-therapy resting-state brain connectivity. *NeuroImage: Clinical*, *29*, 102517. https://doi.org/10.1016/j.nicl.2020.102517

Moore, E., Wisniewski, A., i Dobs, A. (2003). Endocrine treatment of transsexual people: a review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *88*(8), 3467–3473. https://doi.org/10.1210/jc.2002-021967

Moran, L. J., i Sharpe, A. N. (2004). Violence, identity and policing: The case of violence against transgender people. *Criminal Justice*, *4*(4), 395–417. https://doi.org/10.1177%2F1466802504048656

Moravek, M. B. (2018). Gender-affirming hormone therapy for transgender men. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, *61*(4), 687–704. https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000398

Moravek, M. B., i De Haan, G. (eds.). (2023). *Reproduction in transgender and nonbinary individuals: A clinical guide*. Springer Nature.

Moravek, M. B., De Haan, G., i Padmanabhan, V. (2024). Reproductive health in trans and gender diverse patients. *Reproduction*, *169*(2), e240455-0. https://doi.org/10.1530/REP-24-0455

Morelli, G., Pomara, G., Traversi, C., Canale, D., i Turri, F. (2015). Follow-up of patients after male-to-female (MtF) sex reassignment surgery (SRS). W: C. Trombetta, G. Liguori i M. Bertolotto (eds.), *Management of gender dysphoria* (s. 185–192). Springer Milan.

Morgan, S. W., i Stevens, P. E. (2012). Transgender identity development as represented by a group of transgendered adults. *Issues in Mental Health Nursing*, *33*, 301–308. https://doi.org/10.3109/01612840.2011.653657

Moroń, M. (2014). Emotion understanding, interpersonal competencies and loneliness among students. *Polish Psychological Bulletin*, *45*(2), 223–239. https://doi.org/10.2478/ppb-2014-0028

Morris, E. R., i Galupo, M. P. (2019). "Attempting to dull the dysphoria": Nonsuicidal self-injury among transgender individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *6*(3), 296–307. https://doi.org/10.1037/sgd0000327

Morris, E. R., Lindley, L., i Galupo, M. P. (2019). "Better issues to focus on": Transgender microaggressions as ethical violations in therapy. *The Counseling Psychologist*, *48*(6), 883–915. https://doi.org/10.1177%2F0011000020924391

Morrison, M. A., Bishop, C., Gazzola, S. B., McCutcheon, J. M., Parker, K., i Morrison, T. G. (2017). Systematic review of the psychometric properties of transphobia scales. *International Journal of Transgenderism*, *18*(4), 395–410. https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1332535

Morrison, S. D., Shakir, A., Vyas, K. S., Kirby, J., Crane, C. N., i Lee, G. K. (2016). Phalloplasty: A review of techniques and outcomes. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *138*(3), 594–615. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000002518

Morrison, S. D., Wilson, S. C., i Mosser, S. W. (2018). Breast and body contouring for transgender and gender nonconforming individuals. *Clinics in Plastic Surgery*, *45*(3), P333–342. https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.015

Morrison, T. G., Katz, J. W., Mirzaei, Y., i Zare, S. (2020). Body image and eating disorders among sexual and gender minority populations. W: E.D. Rothblum (ed.), *The Oxford handbook of sexual and gender minority mental health* (s. 73–86). Oxford University Press.

Motta, G., Crespi, C., Mineccia, V., Brustio, P. R., Manieri, C., i Lanfranco, F. (2018). Does testosterone treatment increase anger expression in a population of transgender men? *Journal of Sexual Medicine*, *15*(1), 94–101. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.11.004

Moulding, R., Aardema, F., i O'Connor, K. P. (2014). Repugnant obsessions: A review of the phenomenology, theoretical models, and treatment of sexual and aggressive obsessional themes in OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *3*(2), 161–168. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.11.006

Moulin Souza, E., i Pádua Carrieri, A. de (2015). When invisibility is impossible: Body, subjectivity, and labor among travestis and transsexuals. *Journal of Workplace Rights*, *5*(2), 1–11. https://doi.org/10.1177%2F2158244015585406

Movement Advancement Project (2013). *A broken bargain for transgender workers*. Pobrano 23.11.2021 z http://www.lgbtmap.org/file/a-broken-bargain-for-transgender-workers.pdf

Moyer, K. R. (2019). *Effects of discrimination on transgender populations*. Counselor Education Capstones. https://openriver.winona.edu/counseloreducationcapstones/102

Mueller, A., Haeberle, L., Zollver, H., Claassen, T., Kronawitter, D., Oppelt, P. G., Cupisti, S., Beckmann, M. W., i Dittrich, R. (2010). Effects of intramuscular testosterone undecanoate on body composition and bone mineral density in female-to-male transsexuals. *The Journal of Sexual Medicine*, *7*(9), 3190–3198. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010,01912.x

Mueller, S. C., Guillamon, A., Zubiaurre-Elorza, L., Junque, C., Gómez-Gil, E., Uribe, C., Khorashad, B. S., Khazai, B., Talaei, A., Habel, U., Votinov, M., Derntl, B., Lanzenberger, R., Seiger, R., Kranz, G. S., Kreukels, B. P. C., Kettenis, P. T. C., Burke, S. M., Lambalk, N. B., … Luders, E. (2021). The Neuroanatomy of Transgender Identity: Mega-Analytic Findings from the ENIGMA Transgender Persons Working Group. *The Journal of Sexual Medicine*, *18*(6), 1122–1129. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.03.079

Mujawar, S., Chaudhary, S., i Saldanha, D. (2021). An unusual case of delusional disorder. *Industrial Psychiatry Journal*, *30* (suppl. 1), S362–S363. https://doi.org/10.4103/0972-6748.328860

Müldner-Nieckowski, Ł., Dora, M., Iniewicz, G., i Mijas, M. (2020). Pomoc psychologiczna, psychoedukacja, grupy wsparcia, psychoterapia. W: B. Grabski, M. Mijas, M. Dora i G. Iniewicz (red.), *Dysforia i niezgodność płciowa. Kompendium dla praktyków* (s. 115–158). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., i 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

Murjan, S., i T'Sjoen, G. (2018). Access to clinical services and the role of primary care. W: W. P. Bouman i J. Arcleus (eds.), *The transgender handbook: A guide for transgender people, their families and professionals* (s. 189–200). Nova Science.

Murphy, J., Prentice, F., Walsh, R., Catmur, C., i Bird, G. (2020). Autism and transgender identity: Implications for depression and anxiety. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *69*, e101466. https://doi.org/10.1016/j.rasd.2019.101466.

Mustanski, B. S., Garofalo, R., i Emerson, E. M. (2010). Mental health disorders, psychological distress, and suicidality in a diverse sample of lesbian, gay, bisexual, and transgender youths. *American Journal of Public Health*, *100*(12), 2426–2432. https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.178319

Mutch, C., Marlowe, J., Marcellin, R. L., Bauer, G. R., i Scheim, A. I. (2013). Intersecting impacts of transphobia and racism on HIV risk among trans persons of colour in Ontario, Canada. *Ethnicity and Inequalities in Health and Social Care*, *6*(4), 97–107. https://doi.org/10.1108/EIHSC-09-2013-0017

Myers, P. R. (2010). Jane Doe v. Boeing Company: Transsexuality and compulsory gendering in corporate capitalism. *Feminist Studies*, *36*(3), 493–517. http://www.jstor.org/stable/27919117

Nadal, K. L., Davidoff, K. C., Davis, L. S., i Wong, Y. (2014). Emotional, behavioral, and cognitive reactions to microaggressions: Transgender perspectives. *Psychlogy of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *1*(1), 72–81. https://doi.org/10.1037/sgd0000011

Nadal, K. L., Davidoff, K. C., Davis, L. S., Wong, Y., Marshall, D., i McKenzie, V. (2015). A qualitative approach to intersectional microaggressions: Understanding

influences of race, ethnicity, gender, sexuality, and religion. *Qualitative Psychology*, *2*(2), 147–163. https://doi.org/10.1037/qup0000026

Nadal, K. L., Davidoff, K. C., i Fujii-Doe, W. (2014). Transgender women and the sex work industry: Roots in systemic, institutional, and interpersonal discrimination. *Journal of Trauma & Dissociation*, *15*(2), 169–183. https://doi.org/10.1080/15299732.2014.867572

Nadal, K. L., Rivera, D. P., i Corpus, M. J. H. (2010). Sexual orientation and transgender microaggressions: Implications for mental health and counseling. W: D. W. Sue (ed.), *Microaggressions and marginality: Manifestation, dynamics, and impact* (s. 217–240). John Wiley & Sons.

Nadal, K. L., Skolnik, A., i Wong, Y. (2012). Interpersonal and systemic microaggressions toward transgender people: Implications for counseling. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, *6*(1), 55–82. https://doi.org/10.1080/15538605.2012.648583

Nadal, K. L., Whitman, C. N., Davis, L. S., Erazo, T., i Davidoff, K. C. (2016). Microaggressions toward lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and genderqueer people: A review of the literature. *The Journal of Sex Research*, *53*(4–5), 488–508. https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1142495

Nagoshi, C. T., Cloud, J. R., Lindley, L. M., Nagoshi, J. L., i Lothamer, L. J. (2019). A test of the three component model of gender-based prejudices: Homophobia and transphobia are affected by raters' and targets' assigned sex at birth. *Sex Roles*, *80*, 137–146. https://doi.org/10.1007/s11199-018-0919-3

Nagoshi, J. L., Adams, K. A., Terrell, H. K., Hill, E. D., Brzuzy, S., i Nagoshi, C. T. (2008). Gender differences in correlates of homophobia and transphobia. *Sex Roles*, *59*(7–8), 521–531. https://doi.org/10.1007/s11199-008-9458-7

Nahata, L., Quinn, G. P., Caltabellotta, N. M., i Tishelman, A. C. (2017). Mental health concerns and insurance denials among transgender adolescents. *LGBT Health*, *4*(3), 188–193. http://www.doi.org/10.1089/lgbt.2016.0151

Namaste, V. K. (2006). Genderbashing: Sexuality, gender, and the regulating of public space. W: S. Stryker i S. Whittle (eds.), *The transgender studies reader* (s. 221–40). Routledge.

Namba, Y., Sugiyama, N., Yamashita, S., Hasegawa, K., Kimata, Y., Ishii, K., i Nasu, Y. (2007). Vaginoplasty with an M-shaped perineo-scrotal flap in a male-to-female transsexual. *Acta Medica Okayama*, *61*(6), 355–360. http://doi.org/10.18926/AMO/32875

Nanda, S. (2003). Hijra and sadhin. W: W. S. LaFront (ed.), *Constructing sexualities*. Pearson Education.

Narang, P., Sarai, S. K., Aldrin, S., i Lippmann, S. (2018). Suicide among transgender and gender-nonconforming people. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, *20*(3), 18, 02273. https://doi.org/10.4088/PCC.18nr02273

Narasimhan, S., i Safer, J. D. (2018). Hormone therapy for transgender men. *Clinics in Plastic Surgery*, *45*(3), P319–322. https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.004

Narayan, S. K., Morrison, T., Dugi, D. D., Mosser, S., i Berli, J. U. (2019). Gender confirmation surgery for the endocrinologist. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, *48*(2), 403–420. https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.02.002

Neblett, M. F., i Hipp, H. S. (2019). Fertility considerations in transgender persons. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, *48*(2), P391–402. https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.02.003

Nemoto, T., Bödeker, B., i Iwamoto, M. (2011). Social support, exposure to violence and transphobia, and correlates of depression among male-to-female transgender women with a history of sex work. *American Journal of Public Health*, *101*(10), 1980–1988. https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.197285

Nemoto, T., Operario, D., i Keatley, J. (2005). Health and social services for male-to-female transgender persons of color in San Francisco. *International Journal of Transgenderism*, *8*(2–3), 5–19. https://doi.org/10.1300/J485v08n02_02

Nemoto, T., Operario, D., Keatley, J., Han, L., i Soma, T. (2004). HIV risk behaviors among male-to-female transgender persons of color in San Francisco. *American Journal of Public Health*, *94*(7), 1193–1199. https://doi.org/10.2105/AJPH.94.7.1193

Nemoto, T., Operario, D., Sevelius, J., Keatley, J., Han, L., i Nguyen, H. (2004). *Transphobia among transgenders of color*. Center for AIDS Prevention Studies, University of California, San Francisco. Pobrano 28.05.2021 z http://www.caps.ucsf.edu/pubs/presentations/pdf/APHA_Nemoto.pdf

Newcomb, M. E., Hill, R., Buehler, K., Ryan, D. T., Whitton, S. W., i Mustanski, B. (2020). High burden of mental health problems, substance use, violence, and related psychosocial factors in transgender, non-binary, and gender diverse youth and young adults. *Archives of Sexual Behavior*, *49*(2), 645–659. https://doi.org/10.1007/s10508-019-01533-9

Nieder, T. O., Richter-Appelt, H. (2011). Tertium non datur – either/or reactions to transsexualism amongst health care professionals: the situation past and present, and its relevance to the future. *Psychology & Sexuality*, *2*(3), 224–243.

Nikolavsky, D., i Blakely, S. A. (eds.). (2021). *Urological care for the transgender patient: A comprehensive guide*. Springer Nature.

Nobili, A., Glazebrook, C., i Arcelus, J. (2018). Quality of life of treatment-seeking transgender adults: A systematic review and meta-analysis. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, *19*(3), 199–220. https://doi.org/10.1007/s11154-018-9459-y

Nolan, I. T., Morrison, S. D., Arowojolu, O., Crowe, C. S., Massie, J. P., Adler, R. K., Chaiet, S. R., i Francis, D. O. (2019). The role of voice therapy and phonosurgery in transgender vocal feminization. *Journal of Craniofacial Surgery*, *30*(5), 1368–1375. https://doi.org/10.1097/SCS.0000000000005132

Norton, A. T., i Herek, G. M. (2013). Heterosexuals' attitudes toward transgender people: Findings from a national probability sample of US adults. *Sex Roles*, *68*(11–12), 738–753. https://doi.org/10.1007/s11199-011-0110-6

Norton, M. B. (1996). *Founding mothers and fathers: Gendered power and the forming of American society*. A. A. Knopf, distributed by Random House.

Norton, R. (2008). The gay subculture in early eighteenth-century London. W: *The gay subculture in Georgian England*. Pobrano 23.04.2019 z http://rictornorton.co.uk/eighteen/molly2.htm.

Nota, N. M., Wiepjes, C. M., Blok, C. J. de, Gooren, L. J., Kreukels, B. P., i Heijer, M. den (2019). Occurrence of acute cardiovascular events in transgender individuals receiving hormone therapy: Results from a large cohort study. *Circulation*, *139*(11), 1461–1462. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.118.038584

Nota, N. M., Wiepjes, C. M., Blok, C. J. de, Gooren, L. J., Peerdeman, S. M., Kreukels, B. P., i Heijer, M. den (2018). The occurrence of benign brain tumours in transgender individuals during cross-sex hormone treatment. *Brain*, *141*(7), 2047–2054. https://doi.org/10.1093/brain/awy108

Nuttbrock, L. A., Bockting, W., Rosenblum, A., Hwahng, S., Mason, M., Macri, M., i Becker, J. (2013). Gender abuse, depressive symptoms, and HIV and other sexually transmitted infections among male-to-female transgender persons: A three-year prospective study. *American Journal of Public Health*, *103*(2), 300–307. https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300568

Nuttbrock, L., Bockting, W., Rosenblum, A., Hwahng, S., Mason, M., Macri, M., i Becker, J. (2014a). Gender abuse and major depression among transgender women: A prospective study of vulnerability and resilience. *American Journal of Public Health*, *104*(11), 2191–2198. https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301545

Nuttbrock, L., Bockting. W., Rosenblum, A., Hwahng, S., Mason, M., Macri, M., i Becker, J. (2014b). Gender abuse, depressive symptoms, and substance use among transgender women: A 3-year prospective study. *American Journal of Public Health*, *104*(11), 2199–2206. https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302106

Nuttbrock, L., Bockting, W., Rosenblum, A., Hwahng, S., Mason, M., Macri, M., i Becker, J. (2015a). Transgender community involvement and the psychological impact of abuse among transgender women. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *2*(4), 386–390. https://doi.org/10.1037/sgd0000126

Nuttbrock, L., Bockting, W., Rosenblum, A., Hwahng, S., Mason, M., Macri, M., i Becker, J. (2015b). Gender abuse and incident HIV/STI among transgender women in New York City: Buffering effect of involvement in a transgender community. *AIDS and Behavior*, *19*(8), 1446–1453. https://doi.org/10.1007/s10461-014-0977-7

Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., i Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research*, *47*(1), 12–23. https://doi.org/10.1080/00224490903062258

Nuttbrock, L., Rosenblum, A., i Blumenstein, R. (2002) Transgender identity affirmation and mental health. *International Journal of Transgenderism, 6*(4).

Oates, J. M. (2018). Evidence-based practice in voice training for trans women. W: R. K. Adler, S. Hirsch i J. Pickering (eds.), *Voice and communication therapy for the transgender/gender diverse client: A comprehensive clinical guide* (s. 87–104). Plural Publishing.

Obedin-Maliver, J., i De Haan, G. (2020). Gynecologic care for transgender patients. W: C. A. Ferrando (ed.), *Comprehensive care of the transgender patient* (s. 131–151). Elsevier.

Oberheim, S. T., Swank, J. M., i DePue, M. K. (2017). Building culturally sensitive assessments for transgender clients: Best practices for instrument development and the adaptation process. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 11*(4), 259–270. https://doi.org/10.1080/15538605.2017.1380554

Oberhelman, D. K. (2017). *Perceptions of transgender populations: An educational module to increase knowledge and reduce negative attitudes* [niepublikowana praca magisterska]. University of Northern Iowa. Pobrano 12.08.2025 z https://scholarworks.uni.edu/etd/404

Oh, J. W., Park, S., Lim, S., i Lee, E. S. (2024). Age of first experience of gender incongruence among transgender and non-binary individuals. *Obstetrics & Gynecology Science, 67*(1), 132–141. https://doi.org/10.5468/ogs.23229

Olezeski, C. L., i Bamatter, W. P. (2020). Minority stress and the impact of acceptance. W: M. Forcier, G. van Schalkwyk i J. Turban (eds.), *Pediatric gender identity* (s. 63–79). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-38909-3_5

Oliven, J. (1965). *Sexual hygiene and pathology: A manual for the physician and the professions* (wyd. 2). Lippincott.

Olson, J., Schrager, S. M., Belzer, M., Simons, L. K., i Clark, L. F. (2015). Baseline physiologic and psychosocial characteristics of transgender youth seeking care for gender dysphoria. *Journal of Adolescent Health, 57*(4), 374–380. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.04.027

Olszewski, A., Sullivan, S., i Cabral, A. (2018). *Here's how to teach voice and communication skills to transgender women.* Plural.

Operario, D., Glynn, T. R., i Nemoto, T. (2018). Mental health and transphobia among transwomen sex workers. W: L. Nuttbrock (ed.), *Transgender sex work and society* (s. 78–88). Harrington Park Press.

Operario, D., i Nemoto, T. (2010). HIV in transgender communities: syndemic dynamics and a need for multicomponent interventions. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 55* (Suppl 2), S91–S93. https://doi.org/10.1097%2FQAI.0b013e3181fbc9ec

Operario, D., Yang, M.-F., Manning, D., Reisner, S. L., Iwamoto, M., i Nemoto, T. (2014). Stigma and the syndemic of HIV-related health risk behaviors in a diverse sample of transgender women. *Journal of Community Psychology, 42*(5), 544–557. https://doi.org/10.1002/jcop.21636

Oransky, M., Burke, E. Z., i Steever, J. (2019a). An interdisciplinary model for meeting the mental health needs of transgender adolescents and young adults: The Mount Sinai Adolescent Health Center approach. *Cognitive and Behavioral Practice, 26*(4), 603–616. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.03.002

Oransky, M., Burke, E. Z., i Steever, J. (2019b). Building professional competency: Training psychologists in gender affirmative care. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, *7*(3), 322–333. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/cpp0000292

Oriel, K. A. (2000). Clinical update: Medical care of transsexual patients. *Journal of the Gay & Lesbian Medical Association*, *4*, 185–194. https://doi.org/10.1023/A:1026563806480

Oswalt, S., i Lederer, A. (2017). Beyond depression and suicide: The mental health of transgender college students. *Social Sciences*, *6*(1), e20. http://www.doi.org/10.3390/socsci6010020

Ousterhout, D. K. (1997). Facial surgery for the transsexual. W: G. E. Israel i D. E. Tarver (eds.), Transgender care: Recommended guidelines, practical information, and personal accounts (s. 225–228). Temple University Press.

Owen-Smith, A. A., Gerth, J., Sineath, R. C., Barzilay, J., Becerra-Culqui, T. A., Getahun, D., Giammattei, Sh., Hunkeler, E., Lash, T. L., Millman, A., Nash, R., Quinn, V. P., Robinson, B., Robin, D., Sanchez, T., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Valentine, C., Winter, S., Woodyatt, C., Song, Y., i Goodman, M. (2018). Association between gender confirmation treatments and perceived gender congruence, body image satisfaction, and mental health in a cohort of transgender individuals. *Journal of Sexual Medicine*, *15*(4), 591–600. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.017

Owen-Smith, A. A., Sineath, C., Sanchez, T., Dea, R., Giammattei, S., Gillespie, T., Helms, M. F., Hunkeler, E. M., Quinn, V. P., Robin, D., Slovis, J., Stephenson, R., Sullivan, P. S., Tangpricha, V., Woodyatt, C., i Goodman, M. (2016). Perception of community tolerance and prevalence of depression among transgender persons. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, *21*(1), 64–76. https://doi.org/10.1080/19359705.2016.1228553

Owen-Smith, A. A., Sineath, C., Sanchez, T., Dea, R., Giammattei, S., Gillespie, T., Helms, M. F., Hunkeler, E. M., Quinn, V. P., i Roblin, D. (2017). Perception of community tolerance and prevalence of depression among transgender persons. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, *21*(1), 64–76. https://doi.org/10.1080/19359705.2016.1228553

Owidiusz (1995). *Metamorfozy*. (tłum. A. Kamieńska, S. Stabryła, oprac. S. Stabryła; BN II76). Zakład Narodowy im. Ossolińskich.

Owyong, M., i Ramasamy, R. (2021). Surgical anatomy: Orchiectomy and fertility preservation options. W: D. Nikolavsky i S. A. Blakely (eds.), *Urological care for the transgender patient: A comprehensive guide* (s. 47–60). Springer Nature.

Ozeren, E., Ucar, Z., i Duygulu, E. (2016). Silence speaks in the workplace: Uncovering the experiences of LGBT employees in Turkey. W: T. Köllen (ed.), *Sexual orientation and transgender issues in organizations: Global perspectives on LGBT workforce diversity* (s. 217–232). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-29623-4_13

Ożarowska, M. (2015). Wizyty osób transseksualnych typu K/M u ginekologa – przedstawienie wyników badań własnych. W: D. Kocur i T. Jakubowski (red.), *Transpłciowość transdyscyplinarnie* (s. 93–104). KMB Press.

Paceley, M. S., Goffnett, J., i Gandy-Guedes, M. (2017). Impact of victimization, community climate, and community size on the mental health of sexual and

gender minority youth. *Journal of Community Psychology*, *45*(5), 658–671. https://doi.org/10.1002/jcop.21885

Paceley, M. S., Okrey-Anderson, S., i Heumann, M. (2017). Transgender youth in small towns: Perceptions of community size, climate, and support. *Journal of Youth Studies*, *20*(7), 822–840. https://doi.org/10.1080/13676261.2016.1273514

Pachankis, J. E., i Safren, S. A. (eds.). (2019). *Handbook of evidence-based mental health practice with sexual and gender minorities.* Oxford University Press.

Pacheco, R. A. S., i Pacheco, I. S. (2016). Direito, violências e sexualidades: a transexualidadeem um contexto de direitos. *Revista Estudios Socio-Jurídicos*, *18*(2), 201–226.

Padesky, C. A., i Greenberger, D. (2004). *Umysł ponad nastrojem. Zmień nastrój poprzez zmianę sposobu myślenia.* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Páez, J., Hevia, G., Pesci, F., i Rabbia, H. H. (2015). Construcción y validación de unaescala de actitudesnegativashacia personas trans. *Revista de Psicología*, *33*(1), 151–188.

Pantalone, D. W., Gorman, K., R., Pereida, E., T. i Valentine, S., E. (2020). Trauma among sexual and gender minority populations. W: E. D. Rothblum (ed.), *The Oxford handbook of sexual and gender minority mental health* (s. 59–72). Oxford University Press.

Pantalone, D. W., Sloan, C. A., i Carmel, A. (2019). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder and suicidality among sexual and gender minority individuals. W: J. E. Pachankis i S. A. Safren (eds.), *Handbook of evidence-based mental health practice with sexual and gender minorities* (s. 408–429). Oxford University Press.

Pantalone, D. W., Valentine, S. E., i Shipherd, J. C. (2017). Working with survivors of trauma in the sexual minority and transgender and gender nonconforming populations. W: K. A. DeBord, A. R. Fischer, K. J. Bieschke i R. M. Perez (eds.), *Handbook of sexual orientation and gender diversity in counseling and psychotherapy* (s. 183–211). American Psychological Association.

Papa, G., Ramella, V., i Pascone, M. (2015). Surgical therapy: Mastoplasty. W: C. Trombetta, G. Liguori i M. Bertolotto (eds.), *Management of gender dysphoria* (s. 145–151). Springer Milan.

Papadopulos, N. A., Lellé, J. D., Zavlin, D., Herschbach, P., Henrich, G., Kovacs, L., Ehrenberger, B., Machens, H.G., i Schaff, J. (2019). Psychological pathologies and sexual orientation in transgender women undergoing gender confirming treatment. *Annals of Plastic Surgery*, *84*(3), 312–316. http://www.doi.org/10.1097/SAP.0000000000002035

Paquette, G., Martin-Storey, A., Bergeron, M., Dion, J., Daigneault, I., Hébert, M., Ricci, S., i Castonguay-Khounsombath, S. (2019). Trauma symptoms resulting from sexual violence among undergraduate students: Differences across gender and sexual minority status. *Journal of Interpersonal Violence*, *36*(17–18), NP9226–NP9251. https://doi.org/10.1177%2F0886260519853398

Parent, M. C., Arriaga, A. S., Gobble, T., i Wille, L. (2019). Stress and substance use among sexual and gender minority individuals across the lifespan. *Neurobiology of Stress*, *10*, 100146. https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2018.100146

Parent, M., DeBlaere, C., i 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

Parent, N., Coulaud, P. J., Amirie, M., Ferlatte, O., i Knight, R. (2020). Cannabis use and mental health among young sexual and gender minority men: a qualitative study. *International Journal of Drug Policy*, *91*, 102980. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102980

Parikh-Chopra, S. (2018). *Transgender minority stress and mental health outcomes among hijras in India* [niepublikowana rozprawa doktorska]. The Chicago School of Professional Psychology.

Pariser, J. J., i Kim, N. (2019). Transgender vaginoplasty: techniques and outcomes. *Translational Andrology and Urology*, *8*(3), 241–247. https://doi.org/10.21037/tau.2019.06.03

Park, B., i Judd, Ch. J. (1990). Measures and models of perceived group variability. *Journal of Personality and Social Psychology*, *59*(2), 173–91. https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.2.173

Parr, N. J., i Howe, B. G. (2019). Heterogeneity of transgender identity nonaffirmation microaggressions and their association with depression symptoms and suicidality among transgender persons. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *6*(4), 461–474. https://doi.org/10.1037/sgd0000347

Parr, N. J., i Howe, B. G. (2020). Factors associated with frequency of gender identity nonaffirmation microaggressions among transgender persons. *Culture, Health & Sexuality*, *23*(8), 1094–1110. https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1755454

Pastwa-Wojciechowska, B., Grzegorzewska, I., i Wojciechowska, M. (2021). The Role of Religious Values and Beliefs in Shaping Mental Health and Disorders. *Religions*, *12*(10), 840. https://doi.org/10.3390/rel12100840

Pastwa-Wojciechowska, B., i Kaźmierczak, M. (2018). Między empatią a psychopatią, czyli moralni nieskuteczni czy skuteczni niemoralni. *Nauka*, 1, 105–127.

Patten, S. B. (2000). Selection bias in studies of major depression using clinical subjects. *Journal of Clinical Epidemiology*, *53*(4), 351–357. https://doi.org/10.1016/S0895-4356(99)00215-2

Pauly, I. B., i Lindgren, T. W. (1976). Body image and gender identity. *Journal of Homosexuality*, *2*(2), 133–42. https://doi.org/10.1300/J082v02n02_04

Pavan, N., Vedovo, F., Liguori, G., i Trombetta, C. (2015). Surgical therapy: Possible one-step solutions. W: C. Trombetta, G. Liguori i M. Bertolotto (eds.), *Management of gender dysphoria* (s. 289–294). Springer Milan.

Peacock, E., Andrinopoulos, K., i Hembling, J. (2015). Binge drinking among men who have sex with men and transgender women in San Salvador: Correlates and

sexual health implications. *Journal of Urban Health*, *92*(4), 701–716. https://doi.org/10.1007/s11524-014-9930-3

Perez-Brumer, A., Day, J. K., Russell, S. T., i Hatzenbuehler, M. L. (2017). Prevalence and correlates of suicidal ideation among transgender youth in California: Findings from a representative, population-based sample of high school students. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *56*(9), 739–746. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.06.010

Perez-Brumer, A., Hatzenbuehler, M. L., Oldenburg, C. E., i Bockting, W. (2015). Individual-and structural-level risk factors for suicide attempts among transgender adults. *Behavioral Medicine*, *41*(3), 164–171. https://doi.org/10.1080/08964289.2015.1028322

Perez-Brumer, A. G., Reisner, S. L., McLean, S. A., Silva-Santisteban, A., Huerta, L., Mayer, K. H., Sanchez, J., Clark, J. L., Mimiaga, M. J., i Lama, J. R. (2017). Leveraging social capital: multilevel stigma, associated HIV vulnerabilities, and social resilience strategies among transgender women in Lima, Peru. *Journal of the International AIDS Society*, *20*(1), 21462. https://doi.org/10.7448/IAS.20.1.21462

Perovic, S. V. (2015). Vaginoplasty in male transsexuals using penile skin and urethral flap. W: C. Trombetta, G. Liguori i M. Bertolotto (eds.), *Management of gender dysphoria* (s. 105–116). Springer Milan.

Perovic, S. V., Djinovic, R., Bumbasirevic, M., Djordjevic, M., i Vukovic, P. (2007). Total phalloplasty using a musculocutaneous latissimus dorsi flap. *BJU International*, *100*(4), 899–905. https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2007.07084.x

Perovic, S. V., Stanojevic, D. S., i Djordjevic, M. L. J. (2000). Vaginoplasty in male transsexuals using penile skin and a urethral flap. *BJU International*, *86*(7), 843–850. https://doi.org/10.1046/j.1464-410x.2000.00934.x

Perrin, P. B., Sutter, M. E., Trujillo, M. A., Henry, R. S., i Pugh Jr., M. (2020). The minority strengths model: Development and initial path analytic validation in racially/ethnically diverse LGBTQ individuals. *Journal of Clinical Psychology*, *76*(1), 118–136. https://doi.org/10.1002/jclp.22850

Perry, N. S., Chaplo, S. D., i Baucom, K. J. (2017). The impact of cumulative minority stress on cognitive behavioral treatment with gender minority individuals: Case study and clinical recommendations. *Cognitive and Behavioral Practice*, *24*(4), 472–483. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.12.004

Person, E. i Ovesey, L. (1974a). The transsexual syndrome in males, I. Primary transsexualism. *American Journal of Psychotherapy*, *28*, 4–20.

Person, E., i Ovesey, L. (1974b). The transsexual syndrome in males: II. Secondary transsexualism. *American Journal of Psychotherapy*, *28*, 174–193. https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1974.28.2.174

Person, E., i Ovesey, L. (1978). Transvestism: New perspectives. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 6*(3), 301–323.

Person, E. S., i Ovesey, L. (1984). Homosexual cross-dressers. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, *12*(2), 167–186.

Peta, J. L. (2016). *Child abuse, minority stress, and mental health in transgender adults*. Palo Alto University.

Peta, J. L. (2020). Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders among sexual and gender minority populations. W: E. D. Rothblum (ed.), *The Oxford handbook of sexual and gender minority mental health* (s. 125–134). Oxford University Press.

Peter, T., Taylor, C., i Edkins, T. (2017). A call for "trans-action": The role of enacted stigma in mediating the relationship between school climate and school attachment among gender minority students. *Alberta Journal of Educational Research*, *63*(4), 328–343. https://doi.org/10.11575/ajer.v63i4.56264

Peterson, C. M., Matthews, A., Copps-Smith, E., i Conard, L. A. (2016). Suicidality, self-harm, and body dissatisfaction in transgender adolescents and emerging adults with gender dysphoria. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *47*(4), 475–482. http://www.doi.org/10.1111/sltb.12289.

Petrocchi, N., Matos, M., i Carvalho, S. (2016). Compassion-focused therapy in the treatment of shame-based difficulties in gender and sexual minorities. W: M. D. Skinta i A. Curtin (eds.), *Mindfulness and acceptance for gender and sexual minorities: A clinician's guide to fostering compassion, connection, and equality using contextual strategies* (s. 69–86). New Harbinger Publications.

Pettigrew, T. F. (1998). Intergroup contact theory. *Annual Review of Psychology*, *49*(1), 65–85.

Pettow, Z. (1912). Zur Psychologie der Transvestie. *Archiv für die gesamte Psychologie*, *22*, 221–249.

Pfäfflin, F. (1992). Regrets after sex reassignment surgery. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, *5*(4), 69–85. https://doi.org/10.1300/J056v05n04_05

Pfafflin, F., i Junge, A. (1992). *Sex reassignment: 30 years of international follow-up studies after SRS: A comprehensive review, 1961–1991* (tłum. R. B. Jacobson i A. B. Meier). Pobrano 6.06.2020 z www.symposion.com/ijt/pfaefflin/1000.htm

Pflum, S. R., Testa, R. J., Balsam, K. F., Goldblum, P. B., i Bongar, B. (2015). Social support, trans community connectedness, and mental health symptoms among transgender and gender nonconforming adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *2*(3), 281–286.

Pflum, S., Testa, R., Balsam, K., Spitalewitz, C., i Ziegelbaum, B. (2016). Social support and mental health among trans and genderqueer adults in the United States. W: C. Pracana i M. Wang (eds.), *Impact 2016. International Psychological Applications Conference and Trends, Lisbon* (s. 318–320). World Institute for Advanced Research and Science.

Phillips I. G., Felt, D., Ruprecht, M. M., Wang, X., Xu, J., Pérez-Bill, E., Bagnarol, R. M., Roth, J., Curry, C. W., i Beach, L. B. (2020). Addressing the disproportionate impacts of the COVID-19 pandemic on sexual and gender minority populations in the United States: actions toward equity. *LGBT Health*, *7*(6), 279–282. https://doi.org/10.1089/lgbt.2020,0187

Phoenix, R., Crane, P. R., Swaringen, K. S., Foster, A. M., i Talley, A. E. (2020). Alcohol use disorders among sexual and gender minority populations. W: E. D. Rothblum (ed.), *The Oxford handbook of sexual and gender minority mental health* (s. 87–100). Oxford University Press.

Piegza, M., Leksowska, A., Pudlo, R., Badura-Brzoza, K., Matysiakiewicz, J., Gierlotka, Z., i Gorczyca, P. W. (2014). Zaburzenia identyfikacji płciowej czy zachowania andromimetyczne u ofiary kazirodztwa – studium przypadku. *Psychiatria Polska*, *48*(1), 135–144.

Pigot, G. L., Sigurjónsson, H., Ronkes, B., Al-Tamimi, M., i Sluis, W. B. van der (2020). Surgical experience and outcomes of implantation of the ZSI 100 FtM malleable penile implant in transgender men after phalloplasty. *The Journal of Sexual Medicine*, *17*(1), 152–158. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.09.019

Pinna, F., Paribello, P., Somaini, G., Corona, A., Ventriglio, A., i Corrias, C. (2022). Mental health in transgender individuals: Asystematic review. *International Review of Psychiatry*, *34*(3–4), 292–359. https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2093629

Pinto, A., Greenberg, B. D., Grados, M. A., Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Murphy, D. L., Hasler, G., Stout, R. L., Rauch, S. L., Shugart, Y. Y., Pauls, D. L., Knowles, J. A., Fyer, A. J., McCracken, J. T., Piacentini, J. Wang, Y., Willour V. L., Cullen, B., i Nestadt, G. (2008). Further development of YBOCS dimensions in the OCD collaborative genetics study: Symptoms vs. categories. *Psychiatry Research*, *160*(1), 83–93. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.07.010

Pinto, N., i Moleiro, C. (2015). Gender trajectories: Transsexual people coming to terms with their gender identities. *Professional Psychology: Research and Practice*, *46*(1), 12–20.

Pitts, M. K., Couch, M., Mulcare, H., Croy, S., i Mitchell, A. (2009). Transgender people in Australia and New Zealand: Health, well-being and access to health services. *Feminism & Psychology*, *19*(4), 475–495. https://doi.org/10.1177%2F0959353509342771

Platon (1973). *The symposium of Plato, edited with introduction, critical notes and commentary, by R.G. Bury*. Heffer.

Platt, L. F., Scheitle, C. P., i McCown, C. M. (2020). The Role of family relationships in mental health distress for transgender and gender nonconforming college students at university counseling centers. *Journal of College Student Psychotherapy*, 1–17. https://doi.org/10.1080/87568225.2020.1810598

Platt, L. F., i Szoka, S. L. (2021). Endorsement of feminist beliefs, openness, and mindful acceptance as predictors of decreased transphobia. *Journal of Homosexuality*, *68*(2), 185–202. https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1651109

Pleck, J. H. (1981). *The myth of masculinity*. MIT Press.

Pleck, J. H. (1995). The gender role strain paradigm: An update. W: R. F. Levant i W. S. Pollack (eds.), *A new psychology of men* (s. 11–32). Basic Books.

Poliwoda, J., Travers, R., Katz, M., Murugan, A. A., Henry, G., Tang, J. L., i Coleman, T. A. (2024). "We all support each other": The protective effects of community

inclusion on transgender individuals. *International Journal of Community Well-Being*, 1–17. https://doi.org/10.1007/s42413-024-00231-2

Pollock, L., i Eyre, S. L. (2012). Growth into manhood: Identity development among female-to-male transgender youth. *Culture Health & Sexuality*, *14*(2), 209–222. https://doi.org/10.1080/13691058.2011.636072

Popiel, A., i Habrat-Pragłowska, E. (2008). *Psychoterapia poznawczo-behawioralna: teoria i praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Poquiz, J. L., Coyne, C. A., Garofalo, R., i Chen, D. (2020). Comparison of gender minority stress and resilience among transmasculine, transfeminine, and nonbinary adolescents and young adults. *Journal of Adolescent Health*, *68*(3), 615–618. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.014

Poretsky, W. C. H. L., i Hembree, W. C. (eds.). (2019). *Transgender medicine*. Springer International Publishing.

Poteat, T., Ackerman, B., Diouf, D., Ceesay, N., Mothopeng, T., Odette, K.-Z., Kouanda, S., Ouedraogo, H. G., Simplice, A., Kouame, A., Mnisi, Z., Trapence, G., Merve, L. L. A. der, Jumbe, V., i Baral, S. (2017). HIV prevalence and behavioral and psychosocial factors among transgender women and cisgender men who have sex with men in 8 African countries: A cross-sectional analysis. *PLOS Medicine*, *14*(11), e1002422. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002422

Poteat, T., German, D., i Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine*, *84*, 22–29. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.019

Poteat, T., Rachlin, K., Lare, S., Janssen A., i Devor, A. (2019). History and prevalence of gender dysphoria. W: W. C. H. L. Poretsky i W. C. Hembree (eds.), *Transgender medicine* (s. 1–24). Springer International Publishing.

Poteat, T., Reisner, S. L., i Radix, A. (2014). HIV epidemics among transgender women. *Current Opinion in HIV and AIDS*, *9*(2), 168–173. https://doi.org/10.1097%2FCOH.0000000000000030

Poteat, T., Scheim, A., Xavier, J., Reisner, S., i Baral, S. (2016). Global epidemiology of HIV infection and related syndemics affecting transgender people. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *72* (suppl. 3), S210–S219. https://doi.org/10.1097%2FQAI.0000000000001087

Powell, A., Scott, A. J., i Henry, N. (2020). Digital harassment and abuse: Experiences of sexuality and gender minority adults. *European Journal of Criminology*, *17*(2), 199–223. https://doi.org/10.1177%2F1477370818788006

Powell, H. A., i Cochran, B. N. (2020). Mental health providers' biases, knowledge, and treatment decision making with gender-minority clients. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *8*(4), 451–457. https://doi.org/10.1037/sgd0000444

Price, M. A., Hollinsaid, N. L., McKetta, S., Mellen, E. J., i Rakhilin, M. (2024). Structural transphobia is associated with psychological distress and suicidality in

a large national sample of transgender adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *59*(2), 285–294. https://doi.org/10.1007/s00127-023-02482-4

Price, M. A., Rakhilin, M., Johansen, K., Collins, L., Pachankis, J. E., Lyon, A. R., i Allen, M. (2024). Gender-Affirming Psychotherapy (GAP): Core principles and skills to reduce the mental health care "GAP" for transgender youths. *Psychiatric Services*, *75*(11), 1075–1083. https://doi.org/10.1176/appi.ps.20230460

Prince, J. P., i Potoczniak, M. J. (2012). Using psychological assessment tools with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients. W: S. H. Dworkin i M. Pope (eds.), *Casebook for counseling lesbian, gay, bisexual, and transgender persons and their families* (s. 319–329). American Counseling Association.

Prince, V. (1978). Transsexuals and pseudotranssexuals. *Archives of Sexual Behavior*, *7*, 263–273. https://doi.org/10.1007/BF01542034

Priola, V., Lasio, D., De, S., i Serri, F. (2014). The sound of silence: Lesbian, gay, bisexual and transgender discrimination in "inclusive organizations." *British Journal of Management*, *25*(3), 488–502. https://doi.org/10.1111/1467-8551.12043

Prior, J. C. (2019). Progesterone is important for transgender women's therapy – applying evidence for the benefits of progesterone in ciswomen. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *104*(4), 1181–1186. https://doi.org/10.1210/jc.2018-01777

Prud'homme, J., Robillard, C. L., i Turner, B., J. (2020). Personality disorders among sexual and gender minority populations .W: E. D. Rothblum (ed.), *The Oxford handbook of sexual and gender minority mental health* (s. 147–158). Oxford University Press.

Prusaczyk, E., i Hodson, G. (2019). The roles of political conservatism and binary gender beliefs in predicting prejudices toward gay men and people who are transgender. *Sex Roles*, 82, 438–446. https://doi.org/10.1007/s11199-019-01069-1

Puckett, J. A., Aboussouan, A. B., Ralston, A. L., Mustanski, B., i 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., Mustanski, B., i Newcomb, M. E. (2018). Barriers to gender-affirming care for transgender and gender nonconforming individuals. *Sexuality Research and Social Policy*, *15*(1), 48–59. https://doi.org/10.1007/s13178-017-0295-8

Puckett, J. A., Huit, T. Z., Hope, D. A., Mocarski, R., Lash, B. R., Walker, T., Holt, N., Ralston, A., Miles, M., Tipton, C., Juster, R.-P., i DuBois, L. Z. (2024). Transgender and gender-diverse people's experiences of minority stress, mental health, and resilience in relation to perceptions of sociopolitical contexts. *Transgender Health*, *9*(1), 14–23. https://doi.org/10.1007/s10508-024-03003-3

Puckett, J. A., Maroney, M. R., Wadsworth, L. P., Mustanski, B., i Newcomb, M. E. (2020). Coping with discrimination: The insidious effects of gender minority stigma on depression and anxiety in transgender individuals. *Journal of Clinical Psychology*, *76*(1), 176–194. https://doi.org/10.1002/jclp.22865

Puckett, J. A., Matsuno, E., Dyar, C., Mustanski, B., i Newcomb, M. E. (2019). Mental health and resilience in transgender individuals: What type of support makes a difference? *Journal of Family Psychology*, *33*(8), 954–964. https://doi.org/10.1037/fam0000561

Pullen Sansfaçon, A., Medico, D., Suerich-Gulick, F., i Temple Newhook, J. (2020). "I knew that I wasn't cis, I knew that, but I didn't know exactly": Gender identity development, expression and affirmation in youth who access gender affirming medical care. *International Journal of Transgender Health*, 21(3), 307–320. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1756551

Pyne, J., Bauer, G., i Bradley, K. (2015). Transphobia and other stressors impacting transparents. *Journal of GLBT Family Studies*, *11*(2), 107–126. https://doi.org/10.1080/1550428X.2014.941127

Qian Jr., R., i Safer, J. D. (2020). Hormone treatment for the adult transgender patient. W: C. A. Ferrando (ed.), *Comprehensive care of the transgender patient* (s. 34–36). Elsevier.

Quinn, V. P., Nash, R., Hunkeler, E., Contreras, R., Cromwell, L., Becerra-Culqui, T. A., Getahun, D., Giammattei, S., Lash, T. L., Millman, A., Robinson, B., Roblin, D., Silverberg, M. J., Slovis, J., Tangpricha, V., Tolsma, D., Valentine, C., Ward, K., Winter, S., i Goodman, M. (2017). Cohort profile: Study of transition, outcomes and gender (STRONG) to assess health status of transgender people. *BMJ Open*, *7*(12), e018121. http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018121

Rabasco, A., i Andover, M. (2020a). Suicidal ideation among transgender and gender diverse adults: A longitudinal study of risk and protective factors. *Journal of Affective Disorders*, *278*, 136–143. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.052

Rabasco, A., i Andover, M. (2020b). The influence of state policies on the relationship between minority stressors and suicide attempts among transgender and gender diverse adults. *LGBT Health*, *7*(8), https://doi.org/10.1089/lgbt.2020, 0114

Rada Europy (2022,). LGBTI people affected by the war in Ukraine need protection. https://www.coe.int/en/web/commissioner/-/lgbti-people-affected-by-the-war-in-ukraine-need-protection

Radix, A. (2019a). Primary care of transgender adults. W: W. C. H. L. Poretsky i W. C. Hembree (eds.), *Transgender medicine* (s. 51–68). Springer International Publishing.

Radix, A. (2019b). Hormone therapy for transgender adults. *Urologic Clinics*, *46*(4), P467–473. https://doi.org/10.1016/j.ucl.2019.07.001

Radix, A., i Davis, A. M. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric / gender-incongruent persons. *Jama*, *318*(15), 1491–1492. https://doi.org/10.1001/jama.2017.13540

Radusky, P. D., Zalazar, V., Cardozo, N., Fabian, S., Duarte, M., Frola, C., Cahn, P., Sued, O., i Aristegui, I. (2020). Reduction of gender identity stigma and improvements in mental health among transgender women initiating HIV treatment in a trans-sensitive clinic in Argentina. *Transgender Health*, *5*(4), https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0005

Raffaini, M., Magri, A. S., i Agostini, T. (2016). Full facial feminization surgery: Patient satisfaction assessment based on 180 procedures involving 33 consecutive

patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *137*(2), 438–448. https://doi.org/10.1097/01.prs.0000475754.71333.f6

Raj, R. (2002). Towards a transpositive therapeutic model: Developing clinical sensitivity and cultural competence in the effective support of transsexual and transgendered clients. *International Journal of Transgenderism*, *6*(2). Pobrano 5.09.2019 z http://www.wpath.org/journal/index.html

Rajkumar, R. P. (2014). Gender identity disorder and schizophrenia: neurodevelopmental disorders with common causal mechanisms? *Schizophrenia Research and Treatment*, *2014*, 463757. https://doi.org/10.1155/2014/463757

Ramella, V., Papa, G., Arnež, Z. A. (2015). Surgical therapy: Chest wall contouring for female-to-male transsexuals. W: C. Trombetta, G. Liguori i M. Bertolotto (eds.), *Management of gender dysphoria* (s. 281–288). Springer Milan.

Rametti, G., Carrillo, B., Gómez-Gil, E., Junque, C., Segovia, S., Gomez, Á., i Guillamon, A. (2011). White matter microstructure in female to male transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A diffusion tensor imaging study. *Journal of Psychiatric Research*, *45*(2), 199–204. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.05.006

Rametti, G., Carrillo, B., Gómez-Gil, E., Junque, C., Zubiarre-Elorza, L., Segovia, S., Gomez, A., i Guillamon, A. (2011). The microstructure of white matter in male to female transsexuals before cross-sex hormonal treatment: A DTI study. *Journal of Psychiatric Research*, *45*(7), 949–954. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.007

Ramírez, K. D. V., Fernández, R., Delgado-Zayas, E., Gómez-Gil, E., Esteva, I., Guillamon, A., i Pásaro, E. (2021). Implications of the estrogen receptor coactivators SRC1 and SRC2 in the biological basis of gender incongruence. *Sexual Medicine*, *9*(3), 100368. https://doi.org/10.1016/j.esxm.2021.100368

Ramirez-Valles, J., Garcia, D., Campbell, R. T., Diaz, R. M., i Heckathorn, D. D. (2008). HIV infection, sexual risk behavior, and substance use among Latino gay and bisexual men andtransgender persons. *American Journal of Public Health*, *98*(6), 1036–1042. https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.102624

Rasmussen, M. L., Sanjakdar, F., Allen, L., Quinlivan, K., i Bromdal, A. (2015). Homophobia, transphobia, young people and the question of responsibility. *Discourse: Studies in the Cultural Politics of Education*, *38*(1), 30–42. https://doi.org/10.1080/01596306.2015.1104850

Reback, C. J., Clark, K., Holloway, I. W., i Fletcher, J. B. (2018). Health disparities, risk behaviors and healthcare utilization among transgender women in Los Angeles County: A comparison from 1998–1999 to 2015–2016. *AIDS and Behavior*, *22*(8), 2524–2533. https://doi.org/10.1007/s10461-018-2165-7

Reback, C. J., i Fletcher, J. B. (2014). HIV prevalence, substance use, and sexual risk behaviorsamong transgender women recruited through outreach. *AIDS Behavior*, *18*, 1359–1367. https://doi.org/10.1007/s10461-013-0657-z

Reback, C. J., Shoptaw, S., i Downing, M. J. (2012). Prevention case management improves socioeconomic standing and reduces symptoms of psychological and

emotional distress among transgender women. *AIDS Care*, *24*(9), 1136–1144. https://doi.org/10.1080/09540121.2012.687817

Reback, C. J., Simon P. A., Bemis C. C., i Gatson B. (2001). *The Los Angeles transgender health study: community report.* [b.n.w.].

Reed, B., Rhodes, S., Schofield, P., i Wylie, K. (2009). Gender variance in the UK: Prevalence, incidence, growth and geographic distribution. Gender Identity Research and Education Society. Pobrano 4.04.2022 z http://itgl.lu/wp-content/uploads/2015/04/GenderVarianceUK-report.pdf

Reed, H. M. (2011). Aesthetic and functional male to female genital and perineal surgery: feminizing vaginoplasty. *Seminars in Plastic Surgery*, *25*(2), 163–174. https://doi.org/10.1055/s-0031-1281486

Reed, O. M., Franks, A. S., i Scherr, K. C. (2015). Are perceptions of transgender individuals affected by mental illness stigma? A moderated mediation analysis of anti-transgender prejudice in hiring recommendations. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *2*(4), 463–469.

Reisman, T., Dacarett-Galeano, D., i Goldstein, Z. (2019). Transgender care and medical education. W: W. C. H. L. Poretsky i W. C. Hembree (eds.), *Transgender medicine* (s. 283–292). Springer International Publishing.

Reisner, S. L., Biello, K. B., Hughto, J. M. W., Kuhns, L., Mayer, K. H., Garofalo, R., i Mimiaga, M. J. (2016). Psychiatric diagnoses and comorbidities in a diverse, multicity cohort of young transgender women: baseline findings from project LifeSkills. *JAMA Pediatrics*, *170*(5), 481–486. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.0067

Reisner, S. L., Gamarel, K. E., Nemoto, T., i Operario, D. (2014). Dyadic effects of gender minority stressors in substance use behaviors among transgender women and their non-transgender male partners. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *1*(1), 63–71. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0000013

Reisner, S. L., Greytak, E. A., Parsons, J. T., i Ybarra, M. L. (2015). Gender minority social stress in adolescence: disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity. *The Journal of Sex Research*, *52*(3), 243–256. https://doi.org/10.1080/00224499.2014.886321

Reisner, S. L., i Hughto, J. M. W. (2019). Comparing the health of non-binary and binary transgender adults in a statewide non-probability sample. *PLoS One*, *14*(8), e0221583. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221583

Reisner, S. L., Hughto, J. M., Gamarel, K. E., Keuroghlian, A. S., Mizock, L., i Pachankis, J. E. (2016). Discriminatory experiences associated with posttraumatic stress disorder symptoms among transgender adults. *Journal of Counseling Psychology*, *63*(5), 509–519. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/cou0000143

Reisner, S. L., Pardo, S. T., Gamarel, K. E., Hughto, J. M. W., Pardee, D. J., i Keo-Meier, C. L. (2015). Substance use to cope with stigma in healthcare among US female-to-male trans masculine adults. *LGBT Health*, *2*(4), 324–332. https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0001

Reisner, S. L., Perkovich, B., i Mimiaga, M. J. (2010). A mixed methods study of the sexual health needs of New England transmen who have sex with nontransgender men. *AIDS Patient Care and STDs*, *24*(8), 501–513. https://doi.org/10.1089/apc.2010.0059

Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C. E., Max, R., i Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: a review. *The Lancet*, *388*(10042), 412–436. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X

Reisner, S. L., Radix, A., i Deutsch, M. B. (2016). Integrated and gender-affirming transgender clinical care and research. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *72* (suppl. 3), S235–242. https://doi.org/10.1097%2FQAI.0000000000001088

Reisner, S. L., Vetters, R., Leclerc, M., Zaslow, S., Wolfrum, S., Shumer, D., i Mimiaga, M. J. (2015). Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: A matched retrospective cohort study. *Journal of Adolescent Health*, *56*(3), 274–279. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.264

Reisner, S. L., White Hughto, J. M., Gamarel, K. E., Keuroghlian, A. S., Mizock, L., i Pachankis, J. E. (2016). Discriminatory experiences associated with posttraumatic stress disorder symptoms among transgender adults. *Journal of Counseling Psychology*, *63*(5), 509–519. https://doi.org/10.1037/cou0000143

Reisner, S. L., White, J. M., Bradford, J. B., i Mimiaga, M. J. (2014). Transgender health disparities: Comparing full cohort and nested matched-pair study designs in a community health center. *LGBT health*, *1*(3), 177–184. https://doi.org/10.1089/lgbt.2014.0009

Rekers, G. A., Mead, S. L., Rosen, A. C., i Brigham, S. L. (1983). Family correlates of male childhood gender disturbance. *The Journal of genetic psychology*, *142*(1), 31–42. https://doi.org/10.1080/00221325.1983.10533493

Resende Alves, C. E., i Costa Moreira, M. I. (2015). Do uso do nome social aouso do banheiro: (Trans) subjetividades em escolas brasileiras. *Quaderns de Psicologia*, *17*(3), 59–69. http://dx.doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1275

Restar, A., Jin, H., Breslow, A., Reisner, S. L., Mimiaga, M., Cahill, S., i Hughto, M. W. (2020). Legal gender marker and name change is associated with lower negative emotional response to gender-based mistreatment and improve mental health outcomes among trans populations. *SSM-Population Health*, *11*, 100595. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100595

Reutrakul, S., Ongphiphadhanakul, B., Piaseu, N., Krittiyawong, S., Chanprasertyothin, S., Bunnag, P., i Rajatanavin, R. (1998). The effects of oestrogen exposure on bone mass in male to female transsexuals. *Clinical Endocrinology*, *49*(6), 811–814. https://doi.org/10.1046/j.1365-2265.1998.00614.x

Reyes, M. E. S., Alcantara, A. R. E., Reyes, A. C. C., Yulo, P. A. L., i Santos, C. I. P. (2016). Exploring the link between internalized stigma and self-concept clarity among Filipino transgenders. *North American Journal of Psychology*, *18*(2), 335–344.

Reyes, M. E. S., Davis, R. D., Yapcengco, F. L., Bordeos, C. M. M., Gesmundo, S. C., i Torres, J. K. M. (2020). Perceived parental acceptance, transgender congruence, and

psychological well-being of Filipino transgender individuals. *North American Journal of Psychology*, *22*(1), 135–152.

Richards, C. (2018). Genderqueer and non-binary genders. W: W. P. Bouman i J. Arcleus (eds.), *The transgender handbook: A guide for transgender people, their families and professionals* (s. 147–158). Nova Science.

Richards, C., Bouman, W. P., Seal, L., Barker, M. J., Nieder, T. O., i T'Sjoen, G. (2016). Non-binary or genderqueer genders. *International Review of Psychiatry*, *28*(1), 95–102. https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1106446

Richmond, K. A., Burnes, T., i Carroll, K. (2012). Lost in trans-lation: Interpreting systems of trauma for transgender clients. *Traumatology*, *18*(1), 45–57. https://doi.org/10.1177%2F1534765610396726

Rider, G. N., McMorris, B. J., Gower, A. L., Coleman, E., i Eisenberg, M. E. (2018). Health and care utilization of transgender and gender nonconforming youth: A population-based study. *Pediatrics*, *141*(3), e20171683. https://doi.org/10.1542/peds.2017–1683

Riggio, R.,E., Watring, K., P., i Throckmorton, B. (1993). Social skills, social support, and psychosocial adjustment. *Personality and individual differences*, *15*(3), 275–280. https://doi.org/10.1016/0191-8869(93) 90217-Q

Riggs, D. W. (2014). What makes a man? Thomas Beatie, embodiment, and "mundane transphobia." *Feminism and Psychology*, *24*(2), 157–171. https://doi.org/10.1177%2F0959353514526221

Riley, E. A., Wong, W. T., i Sitharthan, G. (2011). Counseling support for the forgotten transgender community. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, *23*(3), 395–410. https://doi.org/10.1080/10538720.2011.590779

Rimes, K. A., Goodship, N., Ussher, G., Baker, D., i West, E. (2017). Non-binary and binary transgender youth: Comparison of mental health, self-harm, suicidality, substance use and victimization experiences. *International Journal of Transgenderism*, *20*(2–3), 230–240. https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1370627

Ristori, J., Cocchetti, C., Castellini, G., Pierdominici, M., Cipriani, A., Testi, D., Gavazzi, G., Mazzoli, F., Mosconi, M., Meriggiola, M. C., Cassioli, E., Vignozzi, L., Ricca, V., Maggi, M., i Fisher, A. D., (2019). Hormonal treatment effect on sexual distress in transgender persons: 2-year follow-up data. *Journal of Sexual Medicine*, *17*(1), 142–151. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.10.008

Rivera, D. P., Nadal, K. L., Fisher, L. D., i Skolnik, A. A. (2012). Sexual orientation and gender identity microaggressions in the workplace. W: M. A. Paludi (ed.), *Managing diversity in today's workplace: Strategies for employees and employers* (s. 71–95). Praeger.

Rivers, I. (2017). Homophobic, biphobic and transphobic bullying in schools. W: H. Cowie i C. A. Myers (eds.), *School bullying and mental health* (s. 35–45). Routledge.

Robacha, A. (2004). *Obowiązujące w Polsce zasady postępowania diagnostycznego z pacjentami potencjalnie transseksualnymi* [wykład]. Polski Towarzystwo Seksuologiczne.

Robacha, A. (2010). Badanie seksuologiczne. W: Z. Lew-Starowicz i V. Skrzypulec (red.), *Podstawy seksuologii* (s. 355–363). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Robacha, A. (2017). Transseksualizm. W: M. Lew-Starowicz, Z. Lew-Starowicz i V. Skrzypulec-Plinta (red.), *Seksuologia* (s. 287–299). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Roberto, L. G. (1983). Issues in diagnosis and treatment of transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, *12*(5), 445–473. https://doi.org/10.1007/BF01542888

Roberts, B. W., Jackson, J. J., Fayard, J. V., Edmonds, G., i Meints, J. (2009). Conscientiousness. W: M. R. Leary i R. H. Hoyle (eds.), *Handbook of individual differences in social behavior* (s. 369–381). The Guildford Press.

Roberts, C. M., Klein, D. A., Adirim, T. A., Schvey, N. A., i Hisle-Gorman, E. (2022). Continuation of gender-affirming hormones among transgender adolescents and adults. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *107*(9), e3937–e3943. https://doi.org/10.1210/clinem/dgac251

Roberts, T. K., i Fantz, C. R. (2014). Barriers to quality health care for the transgender population. *Clinical Biochemistry*, *47*(10–11), 983–987. https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2014.02.009

Roche, K., i Keith, C. (2014). How stigma affects healthcare access for transgender sex workers. *British Journal of Nursing*, *23*(21), 1147–1152. https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.21.1147

Rodriguez, A., Agardh, A., i Asamoah, B. O. (2018). Self-reported discrimination in health-care settings based on recognizability as transgender: a cross-sectional study among transgender US citizens. *Archives of Sexual Behavior*, *47*(4), 973–985. https://doi.org/10.1007/s10508-017-1028-z

Rodríguez-Madera, S. L., Padilla, M., Varas-Díaz, N., Neilands, T., VasquesGuzzi, A. C., Florenciani, E. J., i Ramos-Pibernus, A. (2017). Experiences of violence among transgender women in Puerto Rico: An underestimated problem. *Journal of Homosexuality*, *64*(2), 209–217. https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1174026

Rodriguez-Wallberg, K., Obedin-Maliver, J., Taylor, B., Van Mello, N., Tilleman, K., i Nahata, L. (2022). Reproductive health in transgender and gender diverse individuals: A narrative review to guide clinical care and international guidelines. *International Journal of Transgender Health*, *24*(1), 7–25. https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2035883

Rogalska, M., Zielinski, M., Antkowiak, Ł., Kasperczuk, A., i Misiołek, M. (2024). Impact of Wendler glottoplasty on acoustic measures and quality of voice in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 1–16. https://doi.org/10.1007/s00405-024-08486-3

Rokeach, M. (1972). *Beliefs, attitudes and values: A theory of organization and change*. Jossey-Bass.

Rolle, L., Ceruti, C., Timpano, M., Falcone, M., i Frea, B. (2015). Quality of life after sexual reassignment surgery. W: C. Trombetta, G. Liguori i M. Bertolotto (eds.), *Management of gender dysphoria* (s. 193–204). Springer Milan.

Romanelli, M., i Hudson, K. D. (2017). Individual and systemic barriers to health care: Perspectives of lesbian, gay, bisexual, and transgender adults. *American Journal of Orthopsychiatry*, *87*(6), 714–728. https://doi.org/10.1037/ort0000306

Rood, B. A., Kochaver, J. J., McConnell, E. A., Ott, M. Q., i Pantalone, D. W. (2018). Minority stressors associated with sexual risk behaviors and HIV testing in a US sample of transgender individuals. *AIDS and Behavior*, *22*(9), 3111–3116. https://doi.org/10.1007/s10461-018-2054-0

Rood, B. A., Maroney, M. R., Puckett, J. A., Berman, A. K., Reisner, S. L., i Pantalone, D. W. (2017). Identity concealment in transgender adults: A qualitative assessment of minority stress and gender affirmation. *American Journal of Orthopsychiatry*, *87*(6), 704–713. https://doi.org/10.1037/ort0000303

Rood, B. A., Reisner, S. L., Puckett, J. A., Surace, F. I., Berman, A. K., i Pantalone, D. W. (2017). Internalized transphobia: Exploring perceptions of social messages in transgender and gender-nonconforming adults. *International Journal of Transgenderism*, *18*(4), 411–426. https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1329048

Rood, B. A., Reisner, S. L., Surace, F. I., Puckett, J. A., Maroney, M. R., i Pantalone, D. W. (2016). Expecting rejection: Understanding the minority stress experiences of transgender and gender-nonconforming individuals. *Transgender Health*, *1*(1), 151–164. https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0012

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.

Ross, L. (1977). The intuitive psychologist and his shortcomings: Distortions in the attribution process. *Advances in Experimental Social Psychology*, *10*, 173–220. https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60357-3

Ross, M. W., i Need, J. A. (1989). Effects of adequacy of gender reassignment surgery on psychological adjustment: A follow-up of fourteen male-to-female patients. *Archives of Sexual Behavior*, *18*(2), 145–153. https://doi.org/10.1007/BF01543120

Rosselli, D. (2015). Sexual ambiguity: Development of judgement and evaluation criteria over the centuries. W: C. Trombetta, G. Liguori i M. Bertolotto (eds.), *Management of gender dysphoria* (s. 13–18). Springer Milan.

Rosser, B. R., Oakes, J. M., Bockting, W. O., i Miner, M. (2007). Capturing the social demographics of hidden sexual minorities: An internet study of the transgender population in the United States. *Sexuality Research & Social Policy*, *4*(2), 50–64. https://doi.org/10.1525/srsp.2007.4.2.50

Rossi Neto, R., Hintz, F., Krege, S., Rübben, H., i Vom Dorp, F. (2012). Gender reassignment surgery – a 13 year review of surgical outcomes. *International Brazilian Journal of Urology*, *38*(1), 97–107. https://doi.org/10.1590/S1677-55382012000100014

Rothblum, E. D. (ed.). (2020). *The Oxford handbook of sexual and gender minority mental health*. Oxford University Press.

Rotondi, N. K. (2012). Depression in trans people: A review of the risk factors. *International Journal of Transgenderism*, *13*(3), 104–116. https://doi.org/10.1080/15532739.2011.663243

Rotondi, N. K., Bauer, G. R., Scanlon, K., Kaay, M., Travers, R., i Travers, A. (2011). Prevalence of and risk and protective factors for depression in female-to-male transgender Ontarians: Trans PULSE Project. *Canadian Journal of Community Mental Health*, *30*(2), 135–155. https://doi.org/10.7870/cjcmh-2011-0021

Rotondi, N. K., Bauer, G. R., Travers, R., Travers, A., Scanlon, K., i Kaay, M. (2011). Depression in male-to-female transgender Ontarians: Results from the trans PULSE project. *Canadian Journal of Community Mental Health*, *30*(2), 113–133. https://doi.org/10.7870/cjcmh-2011-0020

Rubino, C., Figus, A., Dessy, L. A., Alei, G., Mazzocchi, M., Trignano, E., i Scuderi, N. (2009). Innervated island pedicled anterolateral thigh flap for neo-phallic reconstruction in female-to-male transsexuals. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, *62*(3), e45–e49. https://doi.org/10.1016/j.bjps.2007.11.056

Ruggiero, G. (1985). *The boundaries of Eros: Sex crime and sexuality in Renaissance Venice*. Oxford University Press.

Rundall, E., i Vecchietti, V. (2010). (In) visibility in the workplace: The experiences of trans employees in the UK. W: S. Hines i T. Sanger (eds.), *Transgender identities: Towards a social analysis of gender diversity* (s. 127–150). Routledge.

Ruppin, U., i Pfafflin, F. (2015). Long-term follow-up of adults with gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, *44*, 1321–1329. http://www.doi.org/10.1007/s10508-014-0453-5

Russell, S. T., Pollitt, A. M., Li, G., i Grossman, A. H. (2018). Chosen name use is linked to reduced depressive symptoms, suicidal ideation, and suicidal behavior among transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, *63*(4), 503–505. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.02.003

Russell, S. T., Ryan, C., Toomey, R. B., Diaz, R. M., i Sanchez, J. (2011). Lesbian, gay, bisexual, and transgender adolescent school victimization: Implications for young adult health and adjustment. *Journal of School Health*, *81*(5), 223–230. https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2011.00583.x

Ryan, C., i Rivers, I. (2003). Lesbian, gay, bisexual and transgender youth: Victimization and its correlates in the USA and UK. *Culture, Health & Sexuality*, *5*(2), 103–119.

Rye, B. J., Merritt, O. A., i Straatsma, D. (2019). Individual difference predictors of transgender beliefs: Expanding our conceptualization of conservatism. *Personality and Individual Differences*, *149*, 179–185. https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.05.033

Rytz, C. L., Miranda, K. T., Ronksley, P. E., Saad, N., Raj, S. R., Somayaji, R., Dumanski, S. M., Ganshorn, H., Greene, D. N., Collister, D., Newbert, A. M., Peace, L., i Ahmed, S. B. (2024). Association between serum estradiol and cardiovascular health among transgender adults using gender-affirming estrogen therapy. *American Journal of Physiology-Heart and Circulatory Physiology*, *327*(2), H340–H348. https://doi.org/10.1152/ajpheart.00151.2024

Sabalis, F. F., Frances, A., i Appenzeller, M. S. W. (1974). The three sisters: Transsexual male siblings. *American Journal of Psychiatry*, *131*, 907–909. https://doi.org/10.1176/ajp.131.8.907

Sabra, J. J., Fang, C. X., i Kundu, R. V. (2018). A knowledge-based assessment of dermatological care for transgender women. *Transgender Health*, *3*(1), 71–73. https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0001

Sadeghi, M., i Fakhrai, A. (2000). Transsexualism in female monozygotic twins: A case report. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *34*(5), 862–864. https://doi.org/10.1080%2Fj.1440-1614.2000.00804.x

Saeed, A., Mughal, U., i Farooq, S. (2018). It's complicated: Sociocultural factors and the disclosure decision of transgender individuals in Pakistan. *Journal of Homosexuality*, *65*(8), 1051–1070.

Safer, D. L., Bullock, K. D., i Safer, J. D. (2016). Obsessive-compulsive disorder presenting as gender dysphoria/gender incongruence: A case report and literature review. *AACE Clinical Case Reports*, *2*(3), e268–e271. https://doi.org/10.4158/EP161223.CR

Safer, J. D., i Chan, K. J. (2019). Review of medical, socioeconomic, and systemic barriers to transgender care. W: W. C. H. L. Poretsky i W. C. Hembree, (eds.), *Transgender medicine* (s. 25–38). Springer International Publishing.

Safer, J. D., Coleman, E., Feldman, J., Garofalo, R., Hembree, W., Radix, A., i Sevelius, J. (2016). Barriers to health care for transgender individuals. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes, and Obesity*, *23*(2), 168–171. https://doi.org/10.1097%2FMED.0000000000000227

Safer, J. D., i Tangpricha, V. (2019). Care of the transgender patient. *Annals of Internal Medicine*, *171*(1), ITC1–ITC16. https://doi.org/10.7326/AITC201907020

Saks, B. M. (1998). Transgenderism and dissociative identity disorder: A case study. *International Journal of Transgenderism*, *2*(2), 97–103. Pobrano 3.10.2021 z www.symposion.com/ijt/ijtc0404.htm

Salerno, J. P., Devadas, J., Pease, M., Nketia, B., i Fish, J. N. (2020). Sexual and gender minority stress amid the COVID-19 pandemic: Implications for LGBTQ young persons' mental health and well-being. *Public Health Reports*, *135*(6), 721–727. https://doi.org/10.1177%2F0033354920954511

Salkas, S., Conniff, J., i Budge, S. L. (2018). Provider quality and barriers to care for transgender people: An analysis of data from the Wisconsin transgender community health assessment. *International Journal of Transgenderism*, *19*(1), 59–63. https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1369484

Samuel, S. R., Muragaboopathy, V., i Patil, S. (2018). Transgender HIV status, self-perceived dental care barriers, and residents' stigma, willingness to treat them in a community dental outreach program: Cross-sectional study. *Special Care in Dentistry*, *38*(5), 307–312. https://doi.org/10.1111/scd.12315

San Francisco Bay Guardian and Transgender Law Center (2006). *Good Jobs NOW! A snapshot of the economic health of San Francisco's transgender communities.* Transgender Law Center and Guardian.

Sandil, R., Henise, S., Ruth, R., i Santacruz, E. (2017). Making psychology trans-inclusive and trans-affirmative: Recommendations for research and practice. W: R. Ruth i E. Santacruz (eds.), *LGBT psychology and mental health: Emerging research and advances* (s. 47–68). Praeger.

Sanganjanavanich, V. F. (2014). Counseling transgender clients. W: M. J. Rattsi

P. B. Pederson (eds.), *Counseling transgender clients. Counseling for multiculturalism and social justice: Integration, theory, and application* (s. 229–244). Wiley.

Santucci, R. A. (2018). Urethral complications after transgender phalloplasty: strategies to treat them and minimize their occurrence. *Clinical Anatomy*, *31*(2), 187–190. https://doi.org/10.1002/ca.23021

Sanz, D., Ângelo, D. F., Marques, R., Maffia, F., i Cardoso, H. J. (2024). F-chin/feminizing the chin: A genioplasty technique with virtual planning for male-to-female transgender patients. *Aesthetic Plastic Surgery*, 48, 1899–1905. https://doi.org/10.1007/s00266-024-03880-y

Sarno, E. L., Newcomb, M. E., i Mustanski, B. (2020). Rumination longitudinally mediates the association of minority stress and depression in sexual and gender minority individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, *129*(4), 355–363. https://doi.org/10.1037/abn0000508

Sasaki, S., Ozaki, K., Yamagata, S., Takahashi, Y., Shikishima, C., Kornacki, T., Nonaka, K., i Ando, J. (2016). Genetic and environmental influences on traits of gender identity disorder: a study of Japanese twins across developmental stages. *Archives of Sexual Behavior*, *45*(7), 1681–1695. https://doi.org/10.1007/s10508-016-0821-4

Savitsch, E. de (1958). *Homosexuality, transvestism and change of sex.* Wm. Heinemann Medical Books.

Sawyer, J. (2019). Voice changes in transgender care. W: W. C. H. L. Poretsky i W. C. Hembree (eds.), *Transgender medicine* (s. 213–238). Springer International Publishing.

Sawyer, K., Thoroughgood, C., i Webster, J. (2016). Queering the gender binary: Understanding transgender workplace experiences. W: T. Köllen (ed.), *Sexual orientation and transgender issues in organizations: Global perspectives on LGBT workforce diversity* (s. 21–42). Springer.

Scandurra, C., Amodeo, A. L., Valerio, P., Bochicchio, V., i Frost, D. M. (2017). Minority stress, resilience, and mental health: A study of Italian transgender people. *Journal of Social Issues*, *73*(3), 563–585. http://www.doi.org/10.1111/josi.12232

Scandurra, C., i Bochicchio, V. (2018). Transition in the workplace: The experience of Italian transgender and gender non-conforming people through the lens of the minority stress theory. *PuntOorg International Journal*, *3*(1/2), 14–24. https://doi.org/10.19245/25.05.pij.3.1/2.02

Scandurra, C., Bochicchio, V., Amodeo, A. L., Esposito, C., Valerio, P., Maldonato, N. M., Bacchini, D., i Vitelli, R. (2018). Internalized transphobia, resilience, and mental health: Applying the Psychological Mediation Framework to Italian transgender individuals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(3), e508. https://doi.org/10.3390/ijerph15030508

Scandurra, C., Dolce, P., Vitelli, R., Esposito, G., Testa, R. J., Balsam, K. F., i Bochicchio, V. (2020). Mentalizing stigma: Reflective functioning as a protective factor against depression and anxiety in transgender and gender-nonconforming people. *Journal of Clinical Psychology*, *76*(9), 1613–1630. http://www.doi.org/10.1002/jclp.22951

Scandurra, C., Mezza, F., Maldonato, N. M., Bottone, M., Bochicchio, V., Valerio, P., i Vitelli, R. (2019). Health of non-binary and genderqueer people: A systematic review. *Frontiers in psychology*, *10*, 1453. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01453

Scandurra, C., Vitelli, R., Maldonato, N. M., Valerio, P., i Bochicchio, V. (2019). A qualitative study on minority stress subjectively experienced by transgender and gender nonconforming people in Italy. *Sexologies*, *28*(3), e61–e71. https://doi.org/10.1016/j.sexol.2019.05.002

Schaller, M., i Neuberg, S. L. (2012). Chpter one – danger, disease, and the nature of prejudice(s). *Advances in Experimental Social Psychology*, *46*, 1–54. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-394281-4.00001-5

Schardein, J., Blakely, S., i Nikolavsky, D. (2021). Management of urologic complications following metoidioplasty and phalloplasty. W: D. Nikolavsky i S. A. Blakely (eds.), *Urological care for the transgender patient: A comprehensive guide* (s. 141–164). Springer Nature.

Schechter, L. S., i Facque, A. R. (2021). Surgical anatomy: Phalloplasty. W: D. Nikolavsky i S. A. Blakely (eds.), *Urological care for the transgender patient: A comprehensive guide* (s. 127–140). Springer Nature.

Schechter, L. S., i Safa, B. (2018). Introduction to phalloplasty. *Clinics in Plastic Surgery*, *45*(3), 387–389. https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.014

Schechter, L. S., i Schechter, R. B. (2020). Breast and chest surgery for transgender patients. W: C. A. Ferrando (ed.), *Comprehensive care of the transgender patient* (s. 73–81). Elsevier.

Scheim, A. I., Bauer, G. R., i Shokoohi, M. (2016). Heavy episodic drinking among transgender persons: Disparities and predictors. *Drug and Alcohol Dependence*, *167*, 156–162. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.08.011

Scheim, A. I., Bauer, G. R., i Shokoohi, M. (2017). Drug use among transgender people in Ontario, Canada: Disparities and associations with social exclusion. *Addictive Behaviors*, *72*, 151–158. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.03.022

Scheim, A., Lyons, C., Ezouatchi, R., Liestman, B., Drame, F., Diouf, D., Ba, I., Bamba, A., Kouame, A., i Baral, S. (2019). Sexual behavior stigma and depression among transgender women and cisgender men who have sex with men in Côte d'Ivoire. *Annals of Epidemiology*, *33*, 79–83.el. https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2019.03.002

Schenck, T. L., Holzbach, T., Zantl, N., Schuhmacher, Ch., Vogel, M., Seidl, S., Machens, H.-G., i Giunta, R. E. (2010). Vaginal carcinoma in a female-to-male transsexual. *Journal of Sexual Medicine*, *7*(8), 2899–2902. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01686.x

Schilt, K. (2006). Just one of the guys? How transmen make gender visible at work. *Gender and Society*, *20*(4), 465–490. https://doi.org/10.1177%2F0891243206288077

Schilt, K., i Connell, C. (2007). Do workplace gender transitions make gender trouble? *Gender, Work & Organization*, *14*(6), 596–618. https://doi.org/10.1111/j.1468-0432.2007.00373.x

Schilt, K., i Westbrook, L. (2009). Doing gender, doing heteronormativity: "gender normals," transgender people, and the social maintenance of heterosexuality. *Gender and Society*, *23*(4), 440–464. https://doi.org/10.1177%2F0891243209340034

Schneider, D. J. (2005). *The psychology of stereotyping*. Guilford Press.

Schneider, H., Pickel, J., i Stalla, G. (2005). Typical female 2nd–4th finger length (2D:4D) ratios in male-to-female transsexuals – possible implications for prenatal androgen exposure. *Psychoneuroendocrinology*, *31*(2), 265–269. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.07.005

Schvey, N. A., Klein, D. A., Pearlman, A. T., Kraff, R. I., i Riggs, D. S. (2020). Stigma, health, and psychosocial functioning among transgender active duty service members in the US military. *Stigma and Health*, *5*(2), 188–198. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/sah0000190

Schwarz, K., Cielo, C. A., Spritzer, P. M., Villas-Boas, A. P., Costa, A. B., Fontanari, A. M. V., Gomes, B. C., da Silva, D. C., Schneider, M. A., i Lobato, M. I. R. (2023). Speech therapy for transgender women: an updated systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, *12*(1), 128. https://doi.org/10.1186/s13643-023-02267-5

Schwarzer, R., i Schulz, U. (2003). Soziale Unterstützungbei der Krankheitsbewältigung: Die Berliner Social Support Skalen (BSSS). *Diagnostica*, *49*(2), 73–82.

Seal, L. J. (2018). Hormone treatment for transgender adults. W: W. P. Bouman i J. Arcleus (eds.), *The transgender handbook: A guide for transgender people, their families and professionals* (s. 227–250). Nova Science.

Seal, L. J., Franklin, S., Richards, C., Shishkareva, A., Sinclaire, C., i Barrett, J. (2012). Predictive markers for mammoplasty and a comparison of side effect profiles in transwomen taking various hormonal regimens. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *97*(12), 4422–4428. https://doi.org/10.1210/jc.2012-2030

Seelman, K. L. (2014). Transgender individuals' access to college housing and bathrooms: Findings from the National Transgender Discrimination Survey. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, *26*(2), 186–206. https://doi.org/10.1080/10538720.2014.891091

Seelman, K. L. (2015). Unequal treatment of transgender individuals in domestic violence and rape crisis programs. *Journal of Social Service Research*, *41*(3), 307–325. https://doi.org/10.1080/01488376.2014.987943

Seelman, K. L. (2016). Transgender adults' access to college bathrooms and housing and the relationship to suicidality. *Journal of Homosexuality*, *63*(10), 1378–1399. https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1157998

Seelman, K. L., Colón-Diaz, M. J., LeCroix, R. H., Xavier-Brier, M., i Kattari, L. (2017). Transgender noninclusive healthcare and delaying care because of fear: connections to general health and mental health among transgender adults. *Transgender Health*, *2*(1), 17–28. https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0024

Seelman, K. L., Young, S. R., Tesene, M., Alvarez-Hernandez, L. R., i Kattari, L. (2017). A comparison of health disparities among transgender adults in Colorado (USA)

by race and income. *International Journal of Transgenderism*, *18*(2), 199–214. https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1252300

Segrin, C., McNelis, M., i Swiatkowski, P. (2016). Social skills, social support, and psychological distress: A test of the social skills deficit vulnerability model. *Human Communication Research*, *42*(1), 122–137. https://doi.org/10.1111/hcre.12070

Seibel, B. L., Brito Silva, B. de, Fontanari, A., Catelan, R. F., Bercht, A. M., Stucky, J. L., DeSousa, D. A., Cerqueira-Santos, E., Nardi, H. C., Koller, S. H., i Costa, A. B. (2018). The impact of the parental support on risk factors in the process of gender affirmation of transgender and gender diverse people. *Frontiers in Psychology*, *9*, 399. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00399

Seil, D. (2004). The diagnosis and treatment of transgendered patients. W: J. Drescher i U. Leli (eds.), *Transgender subjectivities: A clinician's guide.* Haworth Press.

Selvaggi, G. (2015). Surgical therapy: Scrotal reconstruction in female-to-male transsexuals. W: C. Trombetta, G. Liguori i M. Bertolotto (eds.), *Management of gender dysphoria* (s. 295–302). Springer Milan.

Selvaggi, G., i Andreasson, M. (2018). Genital reconstructive surgery for transgender women. W: W. P. Bouman i J. Arcleus (eds.), *The transgender handbook. A guide for transgender people, their families and professionals* (s. 265–276). Nova Science.

Selvaggi, G., i Bellringer, J. (2011). Gender reassignment surgery: An overview. *Nature Reviews Urology*, *8*(5), 1–8. https://doi.org/10.1038/nrurol.2011.46

Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuypere, G., VanLanduyt, K., Blondeel, P., Hamdi, M., Bowman, C., i Monstrey, S. (2005). Gender identity disorder: general overview and surgical treatment for vaginoplasty in male-to-female transsexuals. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *116*(6), 135e–145e. https://doi.org/10.1097/01.prs.0000185999.71439.06

Selvaggi, G., Monstrey, S., Ceulemans, P., T'Sjoen, G., De Cuypere, G., i Hoebeke, P. (2007). Genital sensitivity after sex reassignment surgery in transsexual patients. *Annals of Plastic Surgery*, *58*(4), 427–433. https://doi.org/10.1097/01.sap.0000238428.91834.be

Sethe, K. (1926). *Die Ächtung feindlicher Fürsten, Völker und Dinge auf altägyptischen Tongefäßscherben des mittleleren Reiches.* Verlag der Akademie der Wissenschaften, in Kommission bei Walter de Gruyter u. Co. (Abhandlungen der Preussischen Academie der Wissenschaften, Philosophisch-Historische Klasse, 5).

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

Sevlever, M., i Meyer-Bahlburg, H. F. (2019). Late-onset transgender identity development of adolescents in psychotherapy for mood and anxiety problems: Approach to assessment and treatment. *Archives of Sexual Behavior*, *48*, 1993–2001. https://doi.org/10.1007/s10508-018-1362-9

Shadianloo, S., i Pleak, R. R. (2019). Mental health issues in caring for the transgender population. W: W. C. H. L. Poretsky i W. C. Hembree, (eds.), *Transgender medicine* (s. 113–142). Springer International Publishing.

Shaffer, D. R., Pegalis, L. J., i Cornell, D. P. (1992). Gender and self-disclosure revisited: Personal and contextual variations in self-disclosure to same-sex acquaintances. *The Journal of Social Psychology*, *132*(3), 307–315. https://doi.org/10.1080/00224545.1992.9924705

Shao, T., Grossbard, M. L., i Klein, P. (2011). Breast cancer in female-to-male transsexuals: two cases with a review of physiology and management. *Clinical Breast Cancer*, *11*(6), 417–419. https://doi.org/10.1016/j.clbc.2011.06.006

Sharif, A., Malhotra, N. R., Acosta, A. M., Kajdacsy-Balla, A. A., Bosland, M., Guzman, G., Prins, G. S., i Abern, M. R. (2017). The development of prostate adenocarcinoma in a transgender male to female patient: could estrogen therapy have played a role? *Prostate*, *77*(8), 824–828. https://doi.org/10.1002/pros.23322

Shaw, E., Butler, C. A., Langdridge, D., Gibson, S., Barker, M., Lenihan, P., Nair, R. das, i Richards, C. (2012). *Guidelines and literature review for psychologists working therapeutically with sexual and gender minority clients.* British Psychological Society.

Sherman, A. D. F., Clark, K. D., Robinson, K., Noorani, T., i Poteat, T. (2020). Trans* community connection, health, and well-being: A systematic review. *LGBT Health*, *7*(1), 1–14. https://doi.org/10.1089/lgbt.2019.0014

Sherman, A. D. F., Poteat, T. C., Budhathoki, C., Kelly, U., Clark, K. D., i Campbell, J. C. (2020). Association of depression and post-traumatic stress with polyvictimization and emotional transgender and gender diverse community connection among black and Latinx transgender women. *LGBT Health*, *7*(7), 358–366. https://doi.org/10.1089/lgbt.2019.0336

Shipherd, J. C., Berke, D., i Livingston, N. A. (2019). Trauma recovery in the transgender and gender diverse community: Extensions of the Minority Stress Model for treatment planning. *Cognitive and Behavioral Practice*, *26*(4), 629–646. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.06.001

Shipherd, J. C., Maguen, S., Skidmore, W. C., i Abramovitz, S. M. (2011). Potentially traumatic events in a transgender sample: Frequency and associated symptoms. *Traumatology*, *17*(2), 56–67. https://doi.org/10.1177%2F1534765610395614

Shipherd, J. C., Valentine, S. E., i Woulfe, J. (2019). An evidence-based approach to conceptualizing trauma responses among transgender and gender nonconforming adults. W: J. E. Pachankis i S. A. Safren (eds.), *Handbook of evidence-based mental health practice with sexual and gender minorities* (s. 268–290). Oxford University Press.

Shirdel-Havar, E. S., Yasrebi, K., Hassanzadeh, R., Moshkani, M., i Kaboosi, A. (2015). Personality disorders and psychiatric comorbidity among persons with gender identity disorder. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, *41*(3), 141–147.

Shirdel-Havar, E. S., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., i Kreukels, B. P. (2018). Psychological symptoms and body image in individuals with gender dysphoria: A comparison between Iranian and Dutch clinics. *International Journal of Transgenderism*, *20*(1), 108–117. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1444529

Shires, D. A., i Jaffee, K. (2015). Factors associated with healthcare discrimination experiences among a national sample of female-to-male transgender individuals. *Health & Social Work*, *40*(2), 134–141. https://doi.org/10.1093/hsw/hlv025

Shires, D. A., Stroumsa, D., Jaffee, K. D., i Woodford, M. R. (2018a). Primary care clinicians' willingness to care for transgender patients. *The Annals of Family Medicine*, *16*(6), 555–558.

Shires, D. A., Stroumsa, D., Jaffee, K. D., i Woodford, M. R. (2018b). Primary care providers' willingness to continue gender-affirming hormone therapy for transgender patients. *Family Practice*, *35*(5), 576–581.

Shoureshi, P., i Dugi, D., III (2019). Penile inversion vaginoplasty technique. *The Urologic Clinics of North America*, *46*(4), 511–525. https://doi.org/10.1016/j.ucl.2019.07.006

Shulman, G. P., Holt, N. R., Hope, D. A., Mocarski, R., Eyer, J., i Woodruff, N. (2017). A review of contemporary assessment tools for use with transgender and gender nonconforming adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *4*(3), 304–313. https://doi.org/10.1037/sgd0000233

Siddqui, J. A., Qureshi, S. F., Shawosh, Y. B. A., i Marei, W. M. (2017). Gender dysphoria (transsexulism) and schizophrenia: A case report. *Indian Journal of Mental Health*, *4*(4), 410–413.

Siedhoff, M., Samimi, P., i Marfori, C. (2020). Hysterectomy for the transgender man. W: C. A. Ferrando (ed.), *Comprehensive care of the transgender patient* (s. 152–156). Elsevier.

Siegel, K., Lune, H., i Meyer, I. H. (1998). Stigma management among gay/ bisexual men with HIV/AIDS. *Qualitative Sociology*, *21*, 3–23. https://doi.org/10.1023/A:1022102825016

Siemssen, P. A., i Matzen, S. H. (1997). Neovaginal construction in vaginal aplasia and sex-reassignment surgery. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery*, *31*(1), 47–50. https://doi.org/10.3109/02844319709010504

Sigurjónsson, H., Möllermark, C., Rinder, J., Farnebo, F., i Lundgren, T. K. (2017). Long-term sensitivity and patient-reported functionality of the neoclitoris after gender reassignment surgery. *The Journal of Sexual Medicine*, *14*(2), 269–273. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.12.003

Sigurjonsson, H., Rinder, J., Lindqvist, E. K., Farnebo, F., i Lundgren, T. K. (2016). Solely penile skin for neovaginal construction in sex reassignment surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery Global Open*, *4*(6), e767. https://doi.org/10.1097%2FGOX.0000000000000761

Sigurjonsson, H., Rinder, J., Möllermark, C., Farnebo, F., i Lundgren, T. K. (2015). Male to female gender reassignment surgery: Surgical outcomes of consecutive patients during 14 years. *JPRAS Open*, *6*, 69–73. https://doi.org/10.1016/j.jpra.2015.09.003

Simbar, M., Nazarpour, S., Mirzababaie, M., Emam Hadi, M. A., Ramezani Tehrani, F., i Alavi Majd, H. (2018). Quality of life and body image of individuals with gender dysphoria. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *44*(6), 523–532. https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1419392

Simon, L., Zsolt, U., Fogd, D., i Czobor, P. (2011). Dysfunctional core beliefs, perceived parenting behavior and psychopathology in gender identity disorder: A comparison of male-to-female, female-to-male transsexual and nontranssexual control subjects. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *42*(1), 38–45. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.08.004

Simone, M., Hazzard, V. M., Askew, A. J., Tebbe, E. A., Lipson, S. K., i Pisetsky, E. M. (2022). Variability in eating disorder risk and diagnosis in transgender and gender diverse college students. *Annals of Epidemiology*, *70*, 53–60. https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2022.04.007

Simonetti, J. M. (2019). *Compassion cultivation training among gender and sexual minorities* [rozprawa doktorska]. Palo Alto University.

Simons, L., Olson, J., Belzer, M., Clark, L., i Schrager, S. (2012). The relationship between parental support and depression and suicidality in transgender adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *50*(2), S29. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.10.078

Simons, L., Schrager, S. M., Clark, L. F., Belzer, M., i Olson, J. (2013). Parental support and mental health among transgender adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *53*(6), 791–793. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.019

Sineath, R. C., Woodyatt, C., Sanchez, T., Giammattei, S., Gillespie, T., Hunkeler, E., Owen-Smith, A., Quinn, V. P., Robin, D., Stephenson, R., Sullivan, P. S., Tangpricha, V., i Goodman, M. (2016). Determinants of and barriers to hormonal and surgical treatment receipt among transgender people. *Transgender Health*, *1*(1), 129–136. https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0013

Singh, A. A. (2013). Transgender youth of color and resilience: Negotiating oppression and finding support. *Sex Roles*, *68*(11–12), 690–702. http://dx.doi.org/10.1007/s11199-012-0149-z

Singh, A. A. (2018). *The queer and transgender resilience workbook: Skills for navigating sexual orientation and gender expression*. New Harbinger Publications.

Singh, A. A., Hays, D. G., i Watson, L. S. (2011). Strength in the face of adversity: Resilience strategies of transgender individuals. *Journal of Counseling & Development*, *89*(1), 20–27. https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2011.tb00057.x

Singh, A. A., i McKleroy, V. S. (2010). "Just getting out of bed is a revolutionary act": The resilience of transgender people of color who have survived traumatic life events. *Traumatology*, *17*(2), 34–44. https://doi.org/10.1177%2F1534765610369261

Singh, A. A., Truszczynski, N., White, L., Chang, S., i Beatty, Z. (2018). Integrating intersectionality when working with trans older adults. W: C. Hardacker, K. Ducheny i M. Houlberg (eds.), *Transgender and gender nonconforming health and aging* (s. 151–160). Springer.

Sinnard, M. T., Raines, C. R., i Budge, S. L. (2016). The association between geographic location and anxiety and depression in transgender individuals: An exploratory study of an online sample. *Transgender Health*, *1*(1), 181–186. https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0020

Siracusano, S., Ciciliato, S., Visalli, F., i Toffoli, L. (2015). Evaluation of lower urinary tract function after surgery. W: C. Trombetta, G. Liguori i M. Bertolotto (eds.), *Management of gender dysphoria* (s.181–184). Springer Milan.

Sitek, A., Fijałkowska, M., Żądzińska, E., i Antoszewski, B. (2012). Biometric characteristics of the pelvis in female-to-male transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, *41*, 1303–1313. https://doi.org/10.1007/s10508-012-9989-4

Skerven, K., Whicker, D. R., i LeMaire, K. L. (2019). Applying dialectical behaviour therapy to structural and internalized stigma with LGBTQ+ clients. *The Cognitive Behaviour Therapist*, *12*, e9. https://doi.org/10.1017/S1754470X18000235

Skinta, M. D., i Curtin, A. (2016). *Mindfulness and acceptance for gender and sexual minorities: A clinician's guide to fostering compassion, connection, and equality using contextual strategies*. New Harbinger Publications.

Skinta, M. D., i D'Alton, P. (2016). Mindfulness and acceptance for malignant shame. W: M. D. Skinta i A. Curtin (eds.), *Mindfulness and acceptance for gender and sexual minorities: A clinician's guide to fostering compassion, connection, and equality using contextual strategies* (s. 87–107). New Harbinger Publications.

Skinta, M. D., Hoeflein, B., i Ryu, D. (2019). Acceptance, vulnerability, and compassion: contextual behavioral approaches for sexual and gender minority clients. W: J. E. Pachankis i S. A. Safren (eds.), *Handbook of evidence-based mental health practice with sexual and gender minorities* (s. 381–407). Oxford University Press.

Slabbekoorn, D., Goozen, S. H. M. van, Gooren, L. J. G., i Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Effects of cross-sex hormone treatment on emotionality in transsexuals. *International Journal of Transgenderism*, *5*(3). Pobrano 25.07.2021 z https://cdn.atria.nl/ezines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtv005n003_02.htm

Sloan, C. A., Berke, D. S., i Shipherd, J. C. (2017). Utilizing a dialectical framework to inform conceptualization and treatment of clinical distress in transgender individuals. *Professional Psychology: Research and Practice*, *48*(5), 301–309. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pro0000146

Sloan, C., Conner, M., i Gough, B. (2015). How does masculinity impact on health? A quantitative study of masculinity and health behavior in a sample of UK men and women. *Psychology of Men and Masculinity*, *16*(2), 206–217. https://doi.org/10.1037/a0037261

Sluis, W. B. van der, Bouman, M. B., Boer, N. K. de, Buncamper, M. E., Bodegraven, A. A. van, Neefjes-Borst, E. A., Kreukels, B. P. C., Meijerink, W. J. H. J., i Mullender, M. G. (2016). Long-term follow-up of transgender women after secondary intestinal vaginoplasty. *Journal of Sexual Medicine*, *13*(4), 702–710. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.008

Sluis, W. B. van der, Smit, J. M., Pigot, G. L., Buncamper, M. E., Winters, H. A., Mullender, M. G., i Bouman, M. B. (2017). Double flap phalloplasty in transgender men: Surgical technique and outcome of pedicled anterolateral thigh flap phalloplasty combined with radial forearm free flap urethral reconstruction. *Microsurgery*, *37*(8), 917–923. https://doi.org/10.1002/micr.30190

Sluiter, E. C., Lane, M., Morrison, S. D., Kuzon, W. M., & Gilman, R. H. (2024). Fat grafting for forehead contouring in facial feminization. *Plastic and reconstructive surgery. Global open*, *12*(8), e6073. https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000006073

Smalley, K. B., Warren, J. C., i Barefoot, K. N. (2016). Variations in psychological distress between gender and sexual minority groups. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, *20*(2), 99–115. https://doi.org/10.1080/19359705.2015.1135843

Smart, B. D., Mann-Jackson, L., Alonzo, J., Tanner, A. E., Garcia, M., Refugio Aviles, L., i Rhodes, S. D. (2020). Transgender women of color in the U.S. South: A qualitative study of social determinants of health and healthcare perspectives. *International Journal of Transgender Health*, *23*(1–2), 164–177. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1848691

Smith, E. M. (1985). Ethnic minorities: Life stress, social support, and mental health issues. *The Counseling Psychologist*, *13*(4), 537–579. https://doi.org/10.1177%2F0011000085134002

Smith, D. E. (2018). Homophobic and transphobic violence against youth: The Jamaican context. *International Journal of Adolescence and Youth*, *23*(2), 250–258. https://doi.org/10.1080/02673843.2017.1336106

Smith, S. K. (2020). Transgender and gender nonbinary persons' health and well-being: Reducing minority stress to improve well-being. *Creative Nursing*, *26*(2), 88–95. https://doi.org/10.1891/CRNR-D-19-00083

Smith, Y. L., Goozen, S. H. M. van, i Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: Aprospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *40*(4), 472–481. https://doi.org/10.1097/00004583-200104000-00017

Smith, Y. L. S., Goozen, S. H. M. van, Kuiper, A. J., i Cohen-Kettenis, P. T. (2005a). Sex reassignment: outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine*, *35*(1), 89–99. http://www.doi.org/ 10.1017/S0033291704002776

Smith, Y. L., Goozen, S. H. M. van, Kuiper, A. J., i Cohen-Kettenis, P. T. (2005b). Transsexual subtypes: Clinical and theoretical significance. *Psychiatry Research*, *137*(3), 151–160. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.01.008

Smith, A. J., Hallum-Montes, R., Nevin, K., Zenker, R., Sutherland, B., Reagor, S., Ortiz, M. E., Woods, C., Frost, M., Cochran, B. N., Oost, K. M., Gleason, H., i Brennan, J. M. (2018). Determinants of transgender individuals' well-being, mental health, and suicidality in a rural state. *Journal of Rural Mental Health*, *42*(2), 116–132. https://doi.org/10.1037/rmh0000089

Smith, K. P., Madison, C. M., i Milne, N. M. (2014). Gonadal suppressive and cross-sex hormone therapy for gender dysphoria in adolescents and adults. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, *34*(12), 1282–1297. https://doi.org/10.1002/phar.1487

Smith, I., Oades, L. G., i McCarthy, G. (2013). The Australian corporate closet, why it's still so full: A review of incidence rates for sexual orientation discrimination gender identity discrimination in the workplace. *Gay and Lesbian Issues and Psychology Review*, *9*(1), 51–63.Pobrano 12.10.2020 z https://ro.uow.edu.au/gsbpapers/373

Socarides, C. W. (1969). The desire for sexual transformation: A psychiatric evaluation of transsexualism. *American Journal of Psychiatry*, *125*, 1419–1425. https://doi.org/10.1176/ajp.125.10.1419

Socarides, C. W. (1970). A psychoanalytic study of the desire for sexual transformation ("transsexualism"): The plaster-of-Paris man. *International Journal of Psychoanalysis*, *51*, 341–349.

Socías, M. E., Marshall, B. D., Arístegui, I., Romero, M., Cahn, P., Kerr, T., i Sued, O. (2014). Factors associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina. *International Journal for Equity in Health*, *13*(1), 81. https://doi.org/10.1186/s12939-014-0081-7

Sohaili, T. (2011). Securing safe schools: Using title IX liability to address peer harassment of transgender students. *Law & Sexuality*, *20*, 79–96.

Sohn, M. (2015). Complications. W: C. Trombetta, G. Liguori i M. Bertolotto (eds.), *Management of gender dysphoria* (s. 303–310). Springer Milan.

Soled, K. R. S., Dimant, O. E., Tanguay, J., Mukerjee, R., i Poteat, T. (2022). Interdisciplinary clinicians' attitudes, challenges, and success strategies in providing care to transgender people: Aqualitative descriptive study. *BMC health services research*, *22*(1), 1134. https://doi.org/10.1186/s12913-022-08517-x

Solli B. (1998). Odin the queer: On ergi and shamanism in Norse mythology. W: A. Gustafsson i H. Karlsson (eds.), *Glyfer och arkeologiska rum: envänbok till Jarl Nordbladh*, *Series A. 3* (s. 341–350). Göteborg University, Department of Archaeology.

Sorokowska, A., Słowińska, A., Zbieg, A., i Sorokowski, P. (2014). *Polska adaptacja testu Ten Item Personality Inventory (TIPI) – TIPI-PL – wersja standardowa i internetowa*. WrocLab.

Spade, D. (2015). *Normal life: Administrative violence, critical trans politics and the limits of law*. Duke University Press.

Spate, H. F. (1970). Zum Anteil des limbischen Systems in der Pathogenese des Transvestismus. *Psychiatrie, Neurologie undmedizinische Psychologie*, *22*(9), 339–344. https://www.jstor.org/stable/45250496

Spencer, K. G., Berg, D. R., Bradford, N. J., Vencill, J. A., Tellawi, G., i Rider, G. (2021). The gender-affirmative life span approach: A developmental model for clinical work with transgender and gender-diverse children, adolescents, and adults. *Psychotherapy*, *58*(1), 37–49. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pst0000363

Spiegel, J. H. (2019). Facial feminization for the transgender patient. *Journal of Craniofacial Surgery*, *30*(5), 1399–1402. https://doi.org/10.1097/SCS.0000000000005645

Srivastava, A., Rusow, J. A., i Goldbach, J. T. (2020). Differential risks for suicidality and mental health symptoms among transgender, nonbinary, and cisgender sexual

minority youth accessing crisis services. *Transgender Health*, *6*(1), 51–56. https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0034

Srivastava, A., Sivasubramanian, M., i Goldbach, J. T. (2020). Mental health and gender transitioning among *hijra* individuals: A qualitative approach using the minority stress model. *Culture, Health & Sexuality*, *23*(6), 757–771. https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1727955

Stangor, Ch., Sullivan, L. A., i Ford, T. E. (1991). Affective and cognitive determinants of prejudice. *Social Cognition*, *9*(4), 359–80. https://doi.org/10.1521/soco.1991.9.4.359

Stanik, J. M. (1994). *Skala Ustosunkowań Interpersonalnych (SUI).* Szumacher.

Stanik, J. M. (1998). Funkcjonowanie osobowości transseksualistów typu k/m w świetle badań testem SUI. *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis. Facultas Philosophica. Psychologica 32. Varia Psychologica VIII*, 87–106.

Stanley, E. A., i Smith, N. (eds.). (2011). *Captive genders: Trans embodiment and the prison industrial complex*. AK Press.

Stanton, M. C., Ali, S., i Chaudhuri, S. (2017). Individual, social and community-level predictors of wellbeing in a US sample of transgender and gender non-conforming individuals. *Culture, Health & Sexuality*, *19*(1), 32–49. https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1189596

Staples, J. M., Neilson, E. C., Bryan, A. E., i George, W. H. (2018). The role of distal minority stress and internalized trans negativity in suicidal ideation and nonsuicidal self-injury among transgender adults. *The Journal of Sex Research*, *55*(4–5), 591–603. https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1393651

Starks, T. J., Cabral, C. M., i Talan, A. J. (2020). Drug use among sexual and gender minority populations. W: E. D. Rothblum (ed.), *The Oxford handbook of sexual and gender minority mental health* (s. 101–112). Oxford University Press.

Steele, C. M. (1997). A threat in the air: How stereotypes shape intellectual identity and performance. *The American Psychologist*, *52*(6), 613–629. https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.6.613

Steele, C. M., i Aronson, J. (1995). Stereotype threat and the intellectual test performance of African Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*, 797–811. https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.5.797

Steensma, T. D., Kreukels, B. P., Vries, A. L. de, i Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Gender identity development in adolescence. *Hormones and Behavior*, *64*(2), 288–297. https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.02.020

Steiner, B. W. (ed.). (1985). *Gender dysphoria: Development, research, management*. Plenum Press.

Stern, C., i Rule, N. O. (2018). Physical androgyny and categorization difficulty shape political conservatives' attitudes toward transgender people. *Social Psychological and Personality Science*, *9*(1), 24–31. https://doi.org/10.1177%2F1948550617703172

Sterzing, P. R., Gartner, R. E., Woodford, M. R., i Fisher, C. M. (2017). Sexual orientation, gender, and gender identity microaggressions: Toward an intersectional

framework for social work research. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work*, *26*(1–2), 81–94. https://doi.org/10.1080/15313204.2016.1263819

Sterzing, P. R., Ratliff, G. A., Gartner, R. E., McGeough, B. L., i Johnson, K. C. (2017). Social ecological correlates of polyvictimization among a nation sample of transgender, genderqueer, and cisgender sexual minority adolescents. *Child Abuse & Neglect*, *67*, 1– 12. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.02.017

Stevenson, M. O., i Tangpricha, V. (2019). Osteoporosis and bone health in transgender persons. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, *48*(2), P421–427. https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.02.006

Stitt, A. L. (2020). *ACT for gender identity: The comprehensive guide.* Jessica Kingsley Publishers.

Stojanovic, B., Bizic, M., i Djordjevic, M. L. (2021). Surgical anatomy: Metoidioplasty. W: D. Nikolavsky i S. A. Blakely (eds.), *Urological care for the transgender patient: A comprehensive guide* (s. 115–126). Springer Nature.

Stojanovic, B., i Djordjevic, M. L. (2015). Anatomy of the clitoris and its impact on neophalloplasty (metoidioplasty) in female transgenders. *Clinical Anatomy*, *28*(3), 368–375. https://doi.org/10.1002/ca.22525

Stojanovski, K., Zhou, S., King, E., Gjorgjiovska, J., i Mihajlov, A. (2018). An application of the minority stress model in a non-western context: Discrimination and mental health among sexual and gender minorities in Macedonia. *Sexuality Research and Social Policy*, *15*(3), 367–376. https://doi.org/10.1007/s13178-017-0299-4

Stoller, R. J. (1968). *Sex and gender: The development of masculinity and femininity*. Science House.

Stoller, R. J. (1969). Parental influences in male transsexualism. W: R. Green (ed.), *Transsexualism and sex reassignment* (s. 153–169). Johns Hopkins Press.

Stoller, R. J. (1971). The term "transvestism". *Archives of General Psychiatry*, *24*(3), 230–237. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1971.01750090036005

Stoller, R. J. (1975). *Sex and gender: The transsexual experiment* (vol. 2). Hogarth.

Stoller, R. J. (1985). *Presentations of gender*. Yale University Press.

Stoller, R. J., i Baker, H. (1973). Two male transsexuals in one family. *Archives of Sexual Behavior*, *2*, 323–328. https://doi.org/10.1007/BF01541006

Stotzer, R. L. (2009). Violence against transgender people: A review of United States data. *Aggression and Violent Behavior*, *14*(3), 170–179. https://doi.org/10.1016/j.avb.2009.01.006

Stotzer, R. L., Ka'opua, L. S., i Diaz, T. P. (2014). Is healthcare caring in Hawai'i? Preliminary results from a health assessment of lesbian, gay, bisexual, transgender, questioning, and intersex people in four counties. *Hawaii Journal of Medicine & Public Health*, *73*(6), 175–180.

Stotzer, R. L., Silverschanz, P., i Wilson, A. (2013). Gender identity and social services: Barriers to care. *Journal of Social Service Research*, *39*(1), 63–77. https://doi.org/10.1080/01488376.2011.637858

Strain, J. D., i Shuff, I. M. (2011). Psychological well-being and level of outness in a population of male-to-female transsexual women attending a national transgender conference. *International Journal of Transgenderism, 12*(4), 230–240. https://doi.org/10.1080/15532739.2010.544231

Strong, K. L., i Folse, V. N. (2014). Assessing undergraduate nursing students' knowledge, attitudes, and cultural competence in caring for lesbian, gay, bisexual, and transgender patients. *Journal of Nursing Education*, *54*(1), 45–49. https://doi.org/10.3928/01484834-20141224-07

Stroumsa, D., Raja, N. S., i Russell, C. B. (2024). Reproductive health in trans and gender-diverse patients: Trauma-informed reproductive care for transgender and nonbinary people. *Reproduction*, *168*(6), e240054. https://doi.org/10.1530/REP-24-0054

Stroumsa, D., Shires, D. A., Richardson, C. R., Jaffee, K. D., i Woodford, M. R. (2019). Transphobia rather than education predicts provider knowledge of transgender health care. *Medical Education*, *53*(4), 398–407. https://doi.org/10.1111/medu.13796

Strübel, J., Sabik, N., i Tylka, T. (2020). Body image and depressive symptoms among transgender and cisgender adults: Examining a model integrating the tripartite influence model and objectification theory. *Body Image*, *35*, 53–62. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.08.004

Stryker, S. (2006). (De)subjugated knowledges: An introduction to transgender studies. W: S. Stryker i S. Whittle (eds.), *The transgender studies reader* (s. 1–18). Routledge.

Stusiński, J., i Lew-Starowicz, M. (2018a). Objawy dysforii płci w schizofrenii. *Psychiatria Polska*, *52*(6), 1053–1062. https://doi.org/10.12740/PP/80013

Stusiński, J., i Lew-Starowicz, M. (2018b). Tożsamość płci w schizofrenii. *Psychiatria Polska*, *52*(6), 1041–1052.

Strzelec, A. (1992). *Byłam mężczyzną*. Dom Wydawniczy Szczepan Szymański.

Su, D., Irwin, J. A., Fisher, C., Ramos, A., Kelley, M., Mendoza, D. A. R., i Coleman, J. D. (2016). Mental health disparities within the LGBT population: A comparison between transgender and nontransgender individuals. *Transgender Health*, *1*(1), 12–20. https://doi.org/10.1089/trgh.2015.0001

Suess, A. (2014). Cuestionamiento de dinámicas de patologización y exclusion discursiva desde perspectivas trans e intersex. *Revista de EstudiosSociales*, *49*, 128–143. https://doi.org/10.7440/res49.2014.10

Sugano, E., Nemoto, T., i Operario, D. (2006). The impact of exposure to transphobia on HIV risk behavior in a sample of transgendered women of color in San Francisco. *AIDS and Behavior*, *10*(2), e217. https://doi.org/10.1007/s10461-005-9040-z

Sughra, U., i Imran, M. (2016). Transgender: Stigma, discrimination and social exclusion. *Asian Pacific Journal of Health Sciences*, *3*(4S), 100–101.

Sun, C. J., Ma, A., Tanner, A. E., Mann, L., Reboussin, B. A., Garcia, M., Alonzo, J., i Rhodes, S. D. (2016). Depressive symptoms among Latino sexual minority men and Latina transgender women in a new settlement state: The role of perceived discrimination. *Depression Research and Treatment*, *2016*, 4972854. https://doi.org/10.1155/2016/4972854

Swaab, D. F. (2004). Sexual differentiation of the human brain: relevance for gender identity, transsexualism and sexual orientation. *Gynecological Endocrinology*, *19*(6), 301–312. https://doi.org/10.1080/09513590400018231

Swales, S. (2018). Transphobia in the bathroom: Sexual difference, alterity and jouissance. *Psychoanalysis, Culture & Society*, *23*(3), 290–309. https://doi.org/10.1057/s41282-018-0099-7

Sykes, D. L. (1999). Transgender People: An Invisible Population. *California HIV/AIDS Update*, *12*(1), 1–6.

Szymanski, D. M., i Gonzalez, K. A. (2020). The Role of resilience in sexual and gender minority mental health. W: E. D. Rothblum (ed.), *The Oxford handbook of sexual and gender minority mental health* (s. 429–442). Oxford University Press.

Śledzińska-Simon, A. (2013). Prawna sytuacja osób transseksualnych w Polsce. W: W. Dynarski i K. Śmiszek (eds.), *Sytuacja prawna osób transpłciowych w Polsce. Raport z badań i propozycje zmian* (s. 151–180). Fundacja Transfuzja, Polskie Towarzystwo Prawa Antydyskryminacyjnego.

Śledzińska-Simon, A. (red.) (2010). *Prawa osób transseksualnych. Rozwiązania modelowe a sytuacja w Polsce*. Wolters Kluwer Polska.

T'Sjoen, G., Arcelus, J., Gooren, L., Klink, D. T., i Tangpricha, V. (2019). Endocrinology of transgender medicine. *Endocrine Reviews*, *40*(1), 97–117. https://doi.org/10.1210/er.2018-00011

Tabaac, A., Perrin, P. B., i Benotsch, E. G. (2018). Discrimination, mental health, and body image among transgender and gender-non-binary individuals: Constructing a multiple mediational path model. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, *30*(1), 1–16. https://doi.org/10.1080/10538720.2017.1408514

Tajfel, H. (1974). Social identity and intergroup behaviour. *Social Science Information*, *13*(2), 65–93. https://doi.org/10.1177%2F053901847401300204

Tan, K. K., Ellis, S. J., Schmidt, J. M., Byrne, J. L., i Veale, J. F. (2020). Mental health inequities among transgender people in Aotearoa New Zealand: Findings from the Counting Ourselves survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(8), 2862. https://doi.org/10.3390/ijerph17082862

Tan, K. K., Treharne, G. J., Ellis, S. J., Schmidt, J. M., i Veale, J. F. (2020a). Enacted stigma experiences and protective factors are strongly associated with mental health outcomes of transgender people in Aotearoa/New Zealand. *International Journal of Transgender Health*, *22*(3), 269–280. https://doi.org/10.1080/15532739.2020.1819504

Tan, K., Treharne, G. J., Ellis, S. J., Schmidt, J. M., i Veale, J. F. (2020b). Gender minority stress: A critical review. *Journal of Homosexuality*, *67*(10), 1471–1489. https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1591789

Tangpricha, V., i Den Heijer, M. (2017). Oestrogen and anti-androgen therapy for transgender women. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, *5*(4), 291–300. https://doi.org/10.1016/S2213-8587(16)30319-9

Tebbe, E. A., i Budge, S. L. (2022). Factors that drive mental health disparities and promote well-being in transgender and nonbinary people. *Nature Reviews Psychology*, *1*(12), 694–707. https://doi.org/10.1038/s44159-022-00109-0

Tebbe, E. A., i Moradi, B. (2016). Suicide risk in trans populations: An application of minority stress theory. *Journal of Counseling Psychology*, *63*(5), 520–533. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/cou0000152

Tebbe, E. N., i Moradi, B. (2012). Anti-transgender prejudice: a structural equation model of associated constructs. *Journal of Counseling Psychology*, *59*(2), 251–261. https://doi.org/10.1037/a0026990

Tebbe, E. N., Moradi, B., i Ege, E. (2014). Revised and abbreviated forms of the Genderism and Transphobia Scale: Tools for assessing anti-trans* prejudice. *Journal of Counseling Psychology*, *61*(4), 581–592. https://doi.org/10.1037/cou0000043

Tee, N., i Hegarty, P. (2006). Predicting opposition to the civil rights of trans persons in the United Kingdom. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, *16*(1), 70–80. https://doi.org/10.1002/casp.851

Teitelbaum, S., i Geiselman, R. E. (1997). Observer mood and cross-racial recognition of faces. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *28*(1), 93–106. https://doi.org/10.1177%2F0022022197281006

Telis, L., Baum, S., Singer, T., i Berookhim, B. M. (2019). Fertility issues in transgender care. W: W. C. H. L. Poretsky i W. C. Hembree (eds.), *Transgender medicine* (s. 197–112). Springer International Publishing.

Terrier, J. É., Courtois, F., Ruffion, A., i Journel, N. M. (2014). Surgical outcomes and patients' satisfaction with suprapubic phalloplasty. *The Journal of Sexual Medicine*, *11*(1), 288–298. https://doi.org/10.1111/jsm.12297

Tertulian. Pobrano 12.08.2025 z http://earlychristianwritings.com/text/tertullian06.html

Testa, R. J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., i Bockting, W. (2015). Development of the gender minority stress and resilience measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *2*(1), 65–77. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/sgd0000081.

Testa, R. J., Michaels, M. S., Bliss, W., Rogers, M. L., Balsam, K. F., i Joiner, T. (2017). Suicidal ideation in transgender people: gender minority stress and interpersonal theory factors. *Journal of Abnormal Psychology*, *126*(1), 125–136. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/abn0000234

Testa, R. J., Rider, G. N., Haug, N. A., i Balsam, K. F. (2017). Gender confirming medical interventions and eating disorder symptoms among transgender individuals. *Health Psychology*, *36*(10), 927–936. https://doi.org/10.1037/hea0000497

Testa, R. J., Sciacca, L. M., Wang, F., Hendricks, M. L., Goldblum, P., Bradford, J., i Bongar, B. (2012). Effects of violence on transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice*, *43*(5), 452–459. https://doi.org/10.1037/a0029604

Thankachan, A., Rathore, P., i Kumar, S. (2020). Challenging concerns of transgender community amidst COVID-19. *Indian Journal of Palliative Care*, *26* (suppl. 1), S166–S167. https://doi.org/10.4103%2FIJPC.IJPC_166_20

Thomas, S. D., Dempsey, M., King, R. J., i Murphy, M. (2024). Health Care Avoidance and Delay in the Transgender Population: A Systematic Review Exploring Associations with Minority Stress. *Transgender Health*, *10*(2). https://doi.org/10.1089/trgh.2022.0202

Thomas, T. N. (2020). Overview of surgery for transgender patients. W: C. A. Ferrando (ed.), *Comprehensive care of the transgender patient* (s. 48–53). Elsevier.

Thompson, E. H., Jr., i Pleck, J. H. (1986). The structure of male role norms. *American Behavioral Scientist*, *29*(5), 531–543. https://doi.org/10.1177%2F000276486029005003

Thorne, N., Witcomb, G. L., Nieder, T., Nixon, E., Yip, A., i Arcelus, J., (2018). A comparison of mental health symptomatology and levels of social support in young treatment seeking transgender individuals who identify as binary and non-binary. *International Journal of Transgenderism*, *20*(2–3), 241–250. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1452660

Thornton, J. (2008). Working with the transgender voice: The role of the speech and language therapist. *Sexologies*, *17*(4), 271–276. https://doi.org/10.1016/j.sexol.2008.08.003

Tilley, J. L., Molina, L., Luo, X., Natarajan, A., Casolaro, L., Gonzalez, A., i Mahaffey, B. (2022). Dialectical behaviour therapy (DBT) for high-risk transgender and gender diverse (TGD) youth: A qualitative study of youth and mental health providers' perspectives on intervention relevance. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *95*(4), 1056–1070. https://doi.org/10.1111/papt.12418

Timmins, L., Rimes, K. A., i Rahman, Q. (2017). Minority stressors and psychological distress in transgender individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *4*(3), 328–340. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/sgd0000237

Tishelman, A., i Neumann-Mascis, A. (2018). Gender-related trauma. W: C. Keo-Meier i D. Ehrensaft (eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (s. 85–100). American Psychological Association.

Tjaden, P., i Thoennes, N. (2000). Prevalence and consequences of male-to-female and female-to-male intimate partner violence as measured by the National Violence Against Women survey. *Violence Against Women*, *6*, 142–161. https://doi.org/10.1177%2F10778010022181769

To, M., Zhang, Q., Bradlyn, A., Getahun, D., Giammattei, S., Nash, R., Owen-Smith, A. A., Roblin, D., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Vupputuri, S., i Goodman, M. (2020). Visual conformity with affirmed gender or "passing": Its distribution and association with depression and anxiety in a cohort of transgender people. *The Journal of Sexual Medicine*, *17*(10), 2084–2092. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.07.019

Tobin, C. S. (2021). Genital dysphoria. W: H. L. Armstrong (ed.), *Encyclopedia of sex and sexuality: Understanding biology, psychology, and culture* (s. 282–283). ABC-CLIO.

Tomes, E., Brown, A., Semenya, K., i Simpson, J. (1990). Depression in black women of low socioeconomic status: Psychological factors and nursing diagnosis. *Journal of National Black Nurses Association*, *4*, 37–46.

Tomita, K. K. (2017). *Gender-Affirming Medical Interventions and Mental Health in Trans Adults*. Palo Alto University.

Toomey, R. B., Ryan, C., Diaz, R. M., Card, N. A., i Russell, S. T. (2010). Gender-nonconforming lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: School victimization and young adult psychosocial adjustment. *Developmental Psychology*, *46*, 1580–1589. https://doi.org/10.1037/a0020705

Toorians, A., Thomassen, M., Zweegman, S., Magdeleyns, E. J. P., Tans, G., Gooren, L. J. G., i Rosing, J. (2003). Venous thrombosis and changes of hemostatic variables during cross-sex hormone treatment in transsexual people. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *88*(12), 5723–5729. https://doi.org/10.1210/jc.2003-030520

Totton, R., i Rios, K. (2019). Predictors of anti-transgender attitudes: Identity-confusion and deception as aspects of distrust. *Self and Identity*, *20*(4), 496–514, https://doi.org/10.1080/15298868.2019.1621928

Trofimiku-Müldner, M. (2020). Postępowanie hormonalne. W: B. Grabski, M. Mijas, M. Dora i G. Iniewicz (red.), *Dysforia i niezgodność płciowa. Kompendium dla praktyków* (s. 159–196). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Trombetta, C. (2015). My personal technique. W: C. Trombetta, G. Liguori i M. Bertolotto (eds.), *Management of gender dysphoria* (s. 93–104). Springer Milan.

Trombetta, C., Bertolotto, M., i Liguori, G. (eds.) (2015). *Management of gender dysphoria*. Springer Milan.

Trombetta, C., Colombo, F., Umari, P., Liguori, G., Rizzo, M., Petrović, M., i Gentile, G. (2015). Technical suggestions for better and lasting functional and aesthetic outcomes in creating the neoclitoris. W: C. Trombetta, G. Liguori i M. Bertolotto (eds.), *Management of gender dysphoria* (s. 125–134). Springer Milan.

Trombetta, C., Mazzon, G., Ramella V., i Arnež, Z. A. (2015). Surgical therapy: Forearm free flap phalloplasty. W: C. Trombetta, G. Liguori i M. Bertolotto (eds.), *Management of gender dysphoria* (s. 249–256). Springer Milan.

Trotter, R. (2010). Transgender discrimination and the law. *Contemporary Issues in Education Research (CIER), 3*(2), 55–60.

Trujillo, M. A., Perrin, P. B., Sutter, M., Tabaac, A., i Benotsch, E. G. (2017). The buffering role of social support on the associations among discrimination, mental health, and suicidality in a transgender sample. *International Journal of Transgenderism*, *18*(1), 39–52. https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1247405

Truszczynski, N., Singh, A. A., i Hansen, N. (2020). The discrimination experiences and coping responses of non-binary and trans people. *Journal of Homosexuality*, 69(4), 741–755. https://doi.org/10.1080/00918369.2020.1855028

Tucker, R. P., Testa, R. J., Simpson, T. L., Shipherd, J. C., Blosnich, J. R., i Lehavot, K. (2018). Hormone therapy, gender affirmation surgery, and their association with

recent suicidal ideation and depression symptoms in transgender veterans. *Psychological Medicine*, *48*(14), 2329–2336. https://doi.org/10.1017/S0033291717003853

Turban, J. L., Beckwith, N., Reisner, S. L., i Keuroghlian, A. S. (2020). Association between recalled exposure to gender identity conversion efforts and psychological distress and suicide attempts among transgender adults. *JAMA Psychiatry*, *77*(1), 68–76. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.2285

Turban, J. L., Dolotina, B., Freitag, T. M., King, D., i Keuroghlian, A. S. (2023). Age of realization and disclosure of gender identity among transgender adults. *Journal of Adolescent Health*, *72*(6), 852–859.https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.01.023

Turban, J. L., Loo, S. S., Almazan, A. N., i Keuroghlian, A. S. (2021). Factors leading to "detransition" among transgender and gender diverse people in the United States: A mixed-methods analysis. *LGBT health*, *8*(4), 273–280. https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0437

Udeze, B., Abdelmawla, N., Khoosal, D., i Terry, T. (2008). Psychological functions in male-to-female transsexual people before and after surgery. *Sexual and Relationship Therapy*, *23*(2), 141–145. https://dx.doi.org/10.1080/14681990701882077

Ulrichs, K. H. (1994). *Forschungenüber das Rätsel der mannmännlichenLieben.* Prometheus Books [pierwodruk w 1867].

Unger, C. A. (2014). Care of the transgender patient: The role of the gynecologist. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *210*(1), 16–26. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.05.035

Unger, C. A. (2016). Hormone therapy for transgender patients. *Translational Andrology and Urology*, *5*(6), 877–884. https://doi.org/10.21037%2Ftau.2016.09.04

Urban, M. (2009). Transseksualizm czy urojenia zmiany płci? Uniknąć błędnej diagnozy. *Psychiatria Polska*, *43*(6), 719–728.

Urban, M., i Rabe-Jabłońska, J. (2010). Urojenia zmiany płci i dysmorfofobia w obrazie klinicznym schizofrenii paranoidalnej – opisy przypadków. *Psychiatria Polska*, *44*(5), 723–733.

Urban, R. R., Teng, N. N. H., i Kapp, D. S. (2011). Gynecologic malignancies in female-to-male transgender patients: the need of original gender surveillance. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *204*(5), e9–e12. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.12.057

Uvais, N. A., i Sreeraj, V. S. (2017). Obsessive-compulsive disorder presenting with gender incongruence obsessions. *Asian Journal of Psychiatry*, *30*, 77–78. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.08.007

Valdiserri, R. O., Holtgrave, D. R., Poteat, T. C., i Beyrer, C. (2019). Unraveling health disparities among sexual and gender minorities: a commentary on the persistent impact of stigma. *Journal of Homosexuality*, *66*(5), 571–589. https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1422944

Valente, P. K., Schrimshaw, E. W., Dolezal, C., LeBlanc, A. J., Singh, A. A., i Bockting, W. O. (2020). Stigmatization, resilience, and mental health among a diverse

community sample of transgender and gender nonbinary individuals in the US. *Archives of Sexual Behavior*, *49*(7), 2649–2660. https://doi.org/10.1007/s10508-020-01761-4

Valentine, S. E., i Shipherd, J. C. (2018). A systematic review of social stress and mental health among transgender and gender non-conforming people in the United States. *Clinical Psychology Review*, *66*, 24–38. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.003

Valentine, S. E., Smith, A. M., Miller, K., Hadden, L., i Shipherd, J. C. (2023). Considerations and complexities of accurate PTSD assessment among transgender and gender diverse adults. *Psychological assessment*, *35*(5), 383–395.

Van Boerum, M. S., Salibian, A. A., Bluebond-Langner, R., i Agarwal, C. (2019). Chest and facial surgery for the transgender patient. *Translational Andrology and Urology*, *8*(3), 219–227. https://doi.org/10.21037%2Ftau.2019.06.18

Veale, J. F., Clarke, D., i Lomax, T. (2010). Biological and psychosocial correlates of adult gender-variant identities: A review. *Personality and Individual Differences*, *48*, 351–366. https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.09.018

Veale, J. F., Peter, T., Travers, R., i Saewyc, E. M. (2017). Enacted stigma, mental health, and protective factors among transgender youth in Canada. *Transgender Health*, *2*(1), 207–216. https://dx.doi.org/10.1089/trgh.2017.0031

Veeder, T. A., i Leo, R. J. (2017). Male genital self-mutilation: a systematic review of psychiatric disorders and psychosocial factors. *General Hospital Psychiatry*, *44*, 43–50. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2016.09.003

Veldorale-Griffin, A., i Darling, C. A. (2016). Adaptation to parental gender transition: Stress and resilience among transgender parents. *Archives of Sexual Behavior*, *45*(3), 607–617. https://doi.org/10.1007/s10508-015-0657-3

Verbeek, M. J., Hommes, M. A., Stutterheim, S. E., Lankveld, J. J. van, i Bos, A. E. (2020). Experiences with stigmatization among transgender individuals after transition: A qualitative study in the Netherlands. *International Journal of Transgender Health*, *21*(2), 220–233. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1750529

Verze, P., Arcaniolo, D., Franco, M., La Rocca, R., i Mirone, V. (2015). Surgery in complications: Colon vaginoplasty. W: C. Trombetta, G. Liguori i M. Bertolotto (eds.), *Management of gender dysphoria* (s. 161–166). Springer Milan.

Vigna, A. J., Poehlmann-Tynan, J., i Koenig, B. W. (2020). Is self-compassion protective among sexual- and gender-minority adolescents across racial groups? *Mindfulness*, *11*, 800–815. https://doi.org/10.1007/s12671-019-01294-5

Vijay, A., Earnshaw, V. A., Tee, Y. C., Pillai, V., White Hughto, J. M., Clark, K., Kamaeulzaman, A., Altice, F., i Wickersham, J. A. (2018). Factors associated with medical doctors' intentions to discriminate against transgender patients in Kuala Lumpur, Malaysia. *LGBT Health*, *5*(1), 61–68. https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0092

Virupaksha, H. G., Muralidhar, D., i Ramakrishna, J. (2016). Suicide and suicidal behavior among transgender persons. *Indian Journal of Psychological Medicine*, *38*(6), 505–509.

Vita, R., Settineri, S., Liotta, M., Benvenga, S., i Trimarchi, F. (2018). Changes in hormonal and metabolic parameters in transgender subjects on cross-sex hormone therapy: a cohort study. *Maturitas*, *107*, 92–96. https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.10,012

Vitale, A. (1997). The therapist versus the client: how the conflict started and some thoughts on how to resolve it. W: G. E. Israel i D. E. Tarver (eds.), *Transgender care: Recommended guidelines, practical information, and personal accounts* (s. 251–255). Temple University Press.

Vocks, S., Stahn, C., Loenser, L., i Tegenbauer, U. (2009). Eating and body image disturbances in male-to-female and female-to-male transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, *38*, 364–377. http://www.doi.org/10.1007/s10508-008-9424-z

Vogelsang, A.-C. von, Milton, C., Ericsson, I., i Stromberg, L. (2016). 'Wouldn't it be easier if you continued to be a guy?' – a qualitative interview study of transsexual persons' experiences of encounters with healthcare professionals. *Journal of Clinical Nursing*, *25*(23–24), 3577–3588. https://doi.org/10.1111/jocn.13271

Vos, T., Flaxman, A. D., Naghavi, M., Lozano, R., Michaud, C., Ezzati, M., Shibuya, K., Salomon, J. A., Abdalla, S., Aboyans, V., Abraham, J., Ackerman, I., Aggarwal, R, Yahn, S., Kali, M., Mazroa, A., Alvarado, M., Anderson, R., i Murray, C. J. L. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, *380*(9859), 2163–2196. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61729-2

Wacławik, M. (2015). Płeć w starożytnym Egipcie. W: D. Kocur i T. Jakubowski (eds.), *Transpłciowość transdyscyplinarnie* (s. 127–142). Wydawnictwo KMB Press.

Wagner, S., Greco, F., Hoda, M. R., Inferrera, A., Lupo, A., Hamza, A., i Fornara, P. (2010). Male-to-female transsexualism: Technique, results and 3-year follow-up in 50 patients. *Urologia Internationalis*, *84*(3), 330–333. https://doi.org/10.1159/000288238

Waite, S. (2020). Should I stay or should I go? Employment discrimination and workplace harassment against transgender and other minority employees in Canada's Federal Public Service. *Journal of Homosexuality*, *68*(11), 1833–1859. https://doi.org/10.1080/00918369.2020.1712140

Walch, S. E., Ngamake, S. T., Francisco, J., Stitt, R. L., i Shingler, K. A. (2012). The attitudes toward Transgendered Individuals Scale: Psychometric properties. *Archives of Sexual Behavior*, *41*(5), 1283–1291. https://doi.org/10.1007/s10508-012-9995-6

Walch, S. E., Sinkkanen, K. A., Swain, E. M., Francisco, J., Breaux, C. A., i Sjoberg, M. D. (2012). Using Intergroup Contact Theory to reduce stigma against transgender individuals: Impact of a transgender speaker panel presentation. *Journal of Applied Social Psychology*, *42*(10), 2583–2605. https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2012.00955.x

Wallien, M. S. C., Swaab, H., i Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *46*, 1307–1314. https://doi.org/10.1097/chi.0b013e3181373848

Wang, Y. C., Hoatson, T., Stamoulis, C., Herman, J., Reisner, S. L., Meyer, I. H., i Katz-Wise, S. L. (2024). Psychological distress and suicidality among transgender young adults in the United States. *Journal of Adolescent Health*, *74*(6), 1095–1105. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.11.004

Wanta, J. W., Niforatos, J. D., Durbak, E., Viguera, A., i Altinay, M. (2019). Mental health diagnoses among transgender patients in the clinical setting: An all-payer electronic health record study. *Transgender Health*, *4*(1), 313–315. https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0029

Warren, J. C., Smalley, K. B., i Barefoot, K. N. (2016). Psychological well-being among transgender and genderqueer individuals. *International Journal of Transgenderism*, *17*(3–4), 114–123. https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1216344

Warriner, K., Nagoshi, C. T., i Nagoshi, J. L. (2013). Correlates of homophobia, transphobia, and internalized homophobia in gay or lesbian and heterosexual samples. *Journal of Homosexuality*, *60*(9), 1297–1314. https://doi.org/10.1080/00918369.2013.806177

Wassersug, R. J., Zelenietz, S. A., i Squire, G. F. (2004). New age eunuchs: Motivation and rationale for voluntary castration. *Archives of Sexual Behavior*, *33*(5), 433–442. https://doi.org/10.1023/B:ASEB.0000037424.94190.df

Watson, R. J., Fish, J. N., Poteat, V. P., i Rathus, T. (2019). Sexual and gender minority youth alcohol use: within-group differences in associations with internalized stigma and victimization. *Journal of Youth and Adolescence*, *48*(12), 2403–2417. https://doi.org/10.1007/s10964-019-01130-y

Watson, R. J., Veale, J. F., Gordon, A. R., Clark, B. A., i Saewyc, E. M. (2019). Risk and protective factors for transgender youths' substance use. *Preventive Medicine Reports*, *15*, 100905. https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2019.100905

Watson, R. J., Veale, J. F., i Saewyc, E. M. (2017). Disordered eating behaviors among transgender youth: Probability profiles from risk and protective factors. *International Journal of Eating Disorders*, *50*(5), 515–522. https://doi.org/10.1002/eat.22627

Watt, S. O., Tskhay, K. O., i Rule, N. O. (2018). Masculine voices predict well-being in female-to-male transgender individuals. *Archives of Sexual Behavior*, *47*(4), 963–972. https://doi.org/10.1007/s10508-017-1095-1

Wedler, V., Meuli-Simmen, C., Guggenheim, M., Schneller-Gustafsson, M., i Künzi, W. (2004). Laparoscopic technique for secondary vaginoplasty in male to female transsexuals using a modified vascularized pedicled sigmoid. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, *57*(4), 181–185. https://doi.org/10.1159/000076476

Weinand, J. D., i Safer, J. D. (2015). Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision; a review of hormone therapy sequelae for transgender individuals. *Journal of Clinical & Translational Endocrinology*, *2*(2), 55–60. https://doi.org/10.1016/j.jcte.2015.02.003

Weinhardt, L. S., Xie, H., Wesp, L. M., Murray, J. R., Apchemengich, I., Kioko, D., Wienhardt, C. B., i Cook-Daniels, L. (2019). The role of family, friend, and significant

other support in well-being among transgender and non-binary youth. *Journal of GLBT Family Studies*, *15*(4), 311–325. https://doi.org/10.1080/1550428X.2018.1522606

Weir, C., i Piquette, N. (2018). Counselling transgender individuals: Issues and considerations. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne, 59*(3), 252–261. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/cap0000129

Weiss, B. J. i Owens Raymond, B. (2020). Anxiety disorders among sexual and gender minority populations. W: E. D. Rothblum (ed.), *The Oxford handbook of sexual and gender minority mental health* (s. 47–58). Oxford University Press.

Weissman, A., Ngak, S., Srean, C., Sansothy, N., Mills, S., i Ferradini, L. (2016). HIV prevalence and risks associated with HIV infection among transgender individuals in Cambodia. *PLoS One*, *11*(4), e0152906. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152906

Wells, T. T., Tucker, R. P., i Kraines, M. A. (2020). Extending a rejection sensitivity model to suicidal thoughts and behaviors in sexual minority groups and to transgender mental health. *Archives of Sexual Behavior*, *49*(7), 2291–2294. https://doi.org/10.1007/s10508-019-01596-8

Wesp, L. M., i Deutsch, M. B. (2017). Hormonal and surgical treatment options for transgender women and transfeminine spectrum persons. *Psychiatric Clinics*, *40*(1), 99–111. https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.006

Westmacott, R., i Edmondstone, C. (2020). Working with transgender and gender diverse clients in emotion-focused therapy: targeting minority stress. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, *19*(4), 331–349. https://doi.org/10.1080/14779757.2020.1717986

White, B. P., i Fontenot, H. B. (2019). Transgender and non-conforming persons' mental healthcare experiences: An integrative review. *Archives of Psychiatric Nursing*, *33*(2), 203–210. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.01.005

Whitehead, B. (2017). Inequalities in access to health care for transgender patients. *Links to Health and Social Care*, *2*(1), 63–76.

Whitley, B. E., Jr. (1999). Right-wing authoritarianism, social dominance orientation, and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, *77*(1), 126–134. https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.1.126

Whitlock, B. L., Duda, E. S., Elson, M. J., Schwab, P. P., Uner, O. E., Wen, S., i Schneider, J. S. (2019). Primary care in transgender persons. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, *48*(2), P377–390. https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.02.004

Whitman, J. S., i Boyd, C. J. (eds.) (2021). *Homework assignments and handouts for LGBTQ+ clients: A mental health and counseling handbook*. Columbia University Press.

Whyman, S. (2019). *Investigating to what extent need for closure, need for cognition, and gender role attitudes can predict genderism and transphobia* [niepublikowany project studencki]. Manchester Metropolitan University.

Widiger, T. A. (2009). Neuroticism. W: M. R. Leary i R. H. Hoyle (eds.), *Handbook of individual differences in social behavior* (s. 129–146). The Guildford Press.

Wierckx, K., Elaut, E., Declercq, E., Heylens, G., De Cuypere, G., Taes, Y., Kaufman, J. M., i T'Sjoen, G. (2013). Prevalence of cardiovascular disease and cancer during cross-sex

hormone therapy in a large cohort of trans persons: a case-control study. *European Journal of Endocrinology*, *169*(4), 471–478. https://doi.org/10.1530/EJE-13-0493

Wierckx, K., Mueller, S., Weyers, S., Caenegem, E. van, Roef, G., Heylens, G., i T'Sjoen, G. (2012). Long-term evaluation of cross-sex hormone treatment in transsexual persons. *The Journal of Sexual Medicine*, *9*(10), 2641–2651. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02876.x

Wilczynski, C., i Emanuele, M. A. (2014). Treating a transgender patient: Overview of the guidelines. *Postgraduate Medicine*, *126*(7), 121–128. https://doi.org/10.3810/pgm.2014.11.2840

Wilkinson, L., Pearson, J., i Liu, H. (2018). Educational attainment of transgender adults: Does the timing of transgender identity milestones matter? *Social Science Research*, *74*, 146–160. https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2018.04.006

Willemsen, H. W., Kaas, R., Peterse, J. H., i Rutgers, E. J. (1998). Breast carcinoma in residual breast tissue after prophylactic bilateral subcutaneous mastectomy. *European Journal of Surgical Oncology*, *24*(4), 331–332. https://doi.org/10.1016/s0748-7983(98)80018-8

Williams, C. C., Curling, D., Steele, L. S., Gibson, M. F., Daley, A., Green, D. C., i 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/10.1111/hsc.12414

Williams, D. R., Yu, Y., Jackson, J. S., i Anderson, N. B. (1997). Racial differences in physical and mental health: Socio-economic status, stress and discrimination. *Journal of Health Psychology*, *2*(3), 335–351. https://doi.org/10.1177%2F135910539700200305

Williams, S. L., i Mann, A. K. (2017). Sexual and gender minority health disparities as a social issue: How stigma and intergroup relations can explain and reduce health disparities. *Journal of Social Issues*, *73*(3), 450–461. https://doi.org/10.1111/josi.12225

Willie, T. C., Chakrapani, V., White Hughto, J. M., i Kershaw, T. S. (2017). Victimization and human immunodeficiency virus-related risk among transgender women in India: a latent profile analysis. *Violence and Gender*, *4*(4), 121–129. https://doi.org/10.1089/vio.2017.0030

Willoughby, B. L. B., Hill, D. B., Gonzalez, C. A., Lacorazza, A., Macapagal, R. A., Barton, M. E., i Doty, N. D. (2010). Who hates Gender outlaws? A multisite and multinational evaluation of the Genderism and Transphobia Scale. *International Journal of Transgenderism*, *12*(4), 254–271. https://doi.org/10.1080/15532739.2010.550821

Wilson, E. C., Chen, Y. H., Arayasirikul, S., Raymond, H. F., i McFarland, W. (2016). The impact of discrimination on the mental health of trans* female youth and the protective effect of parental support. *AIDS and Behavior*, *20*(10), 2203–2211. https://doi.org/10.1007/s10461-016-1409-7

Wilson, E. C., Chen, Y. H., Arayasirikul, S., Wenzel, C., i Raymond, H. F. (2015). Connecting the dots: examining transgender women's utilization of transition-related medical care and associations with mental health, substance use, and HIV. *Journal of Urban Health*, *92*(1), 182–192. https://doi.org/10.1007/s11524-014-9921-4

Wilson, E. C., Garofalo, R., Harris, R. D., Herrick, A., Martinez, M., Martinez, J., i Belzer, M. (2009). Transgender female youth and sex work: HIV risk and a comparison of life factors related to engagement in sex work. *AIDS and Behavior*, *13*, 902–913. https://doi.org/10.1007/s10461-008-9508-8

Wilson, E., i Pant, S. B. (2010). Stigma and HIV risk behaviors of transgender women in Nepal: implications for HIV prevention. *Retrovirology*, *7* (Suppl 1), P122. https://doi.org/10.1186/1742-4690-7-S1-P122

Wilson, E., Pant, S. B., Comfort, M., i Ekstrand, M. (2011). Stigma and HIV risk among *Metis* in Nepal. *Culture, Health & Sexuality*, *13*(03), 253–266. https://doi.org/10.1080/13691058.2010.524247

Wilson, L. C., Newins, A. R., Kassing, F., i Casanova, T. (2024). Gender minority stress and resilience measure: A meta-analysis of the associations with mental health in transgender and gender diverse individuals. Trauma, Violence, & Abuse, *25*(3), 2552–2564. https://doi.org/10.1177/15248380231218288

Wilson, M. S. (2013) *Violence and mental health in the transgender community* [niepublikowana rozprawa doktorska]. Ohio University.

Wilt, J., i Revelle, W. (2009). Extraversion. W: M. R. Leary i R. H. Hoyle (eds.), *Handbook of individual differences in social behavior* (s. 27–45). The Guildford Press.

Winter, S. (2009). Lost in transition: Transpeople, transprejudice and pathology in Asia. *International Journal of Human Rights*, *13*(2–3), 365–390. https://doi.org/10.1080/13642980902758200

Winter, S., Diamond, M., Green, J., Karasic, D., Reed, T., Whittle, S., i Wylie, K. (2016). Transgender people: health at the margins of society. *The Lancet*, *388*(10042), 390–400. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00683-8

Winter, S., i King, M. (2011). Well and truly fucked: transwomen, stigma, sex work, and sexual health in South to East Asia. W: Dall, R. L., Baker, L. M., Defrain, J., i Williamson, C. (eds.), *Global perspectives on prostitution and sex trafficking: Africa, Asia, Middle East and Oceania* (s. 139–164). Lexington Books.

Winter, S., Webster, B., i Cheung, P. K. E. (2008). Measuring Hong Kong undergraduate students' attitudes towards transpeople. *Sex Roles*, *59*(9–10), 670–683. https://doi.org/10.1007/s11199-008-9462-y

Wirtz, A. L., Poteat, T. C., Malik, M., i Glass, N. (2020). Gender-based violence against transgender people in the United States: A call for research and programming. *Trauma, Violence, & Abuse*, *21*(2), 227–241. https://doi.org/10.1177%2F1524838018757749

Witcomb, G. L., Bouman, W. P., Claes, L., Brewin, N., Crawford, J. R., i Arcelus, J. (2018). Levels of depression in transgender people and its predictors: Results of a large matched control study with transgender people accessing clinical services. *Journal of Affective Disorders*, *235*, 308–315. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.051

Witcomb, G. L., Claes, L., Bouman, W. P., Nixon, E., Motmans, J., i Arcelus, J. (2019). Experiences and psychological wellbeing outcomes associated with bullying in

treatment-seeking transgender and gender-diverse youth. *LGBT Health*, *6*(5), 216–226. https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0179

Wodtke, G. T. (2018). The effects of education on beliefs about racial inequality. *Social Psychology Quarterly*, 81(4), 273–294. https://doi.org/10.1177%2F0190272518804145

Wojciszke B. (2009). *Sprawczość i wspólnotowość. Podstawowe wymiary spostrzegania społecznego*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Wojdowski, P., i Tebor, I. B. (1976). Social and emotional tensions during transsexual passing. *Journal of Sex Research*, *12*(3), 193–205. https://doi.org/10.1080/00224497609550938

Wolf, E. C., i Dew, B. J. (2012). Understanding risk factors contributing to substance use among MTF transgender persons. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, *6*(4), 237–256. https://doi.org/10.1080/15538605.2012.727743

Wolfe, H. L., Biello, K. B., Reisner, S. L., Mimiaga, M. J., Cahill, S. R., i Hughto, J. M. (2021). Transgender-related discrimination and substance use, substance use disorder diagnosis and treatment history among transgender adults. *Drug and Alcohol Dependence*, *223*, 108711. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108711

Wolf-Gould, C. S., i Wolf-Gould, C. H. (2016). A transgender woman with testicular cancer: A new twist on an old problem. *LGBT Health*, *3*(1), 90–95. http://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0057

Wolf-Gould, C., i Wolf-Gould, C. (2020). Primary and preventative care for transgender patients. W: C. A. Ferrando (ed.), *Comprehensive care of the transgender patient* (s. 114–130). Elsevier.

Wongburi, J., i Vungthong, S. (2019). An exploration of attitudes towards transgender people on a Q & A website. *Journal of Liberal Arts, Maejo University*, *7*(2), 96–113.

World Health Organization (1992). *International statistical classification of disease and related health problems, Tenth revision (ICD-10).* WHO.

World Health Organization (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. WHO.

World Health Organization (2016). *ICD-11 beta draft*. Pobrano 4.07.2018 z http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en

World Health Organization (2022). *International statistical classification of diseases and related health problems ICD-11.* Pobrano 3.05.2022 z https://icd.who.int/browse11/l-m/en

Worthen, M. G. F. (2013). An argument for separate analyses of attitudes toward lesbian, gay, bisexual men, bisexual women, MtF and FtM transgender individuals. *Sex Roles*, *68*(11–12), 703–723. https://doi.org/10.1007/s11199-012-0155-1

Worthen, M. G. F. (2016) Hetero-cis-normativity and the gendering of transphobia. *International Journal of Transgenderism*, *17*(1), 31–57. https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1149538

Wroblewski, P., Gustafsson, J., i Selvaggi, G. (2013). Sex reassignment surgery for transsexuals. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, *20*(6), 570–574. https://doi.org/10.1097/01.med.0000436190.80104.56

Wu, J. X., Li, B., Li, W. Z., Jiang, Y. G., Liang, J. X., i Zhong, C. X. (2009). Laparoscopic vaginal reconstruction using an ileal segment. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *107*(3), 258–261. https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.07.009

Wylie, K., Eden, K., i Watson, E. (2012). Gender dysphoria: treatment and outcomes. *Advances in Psychiatric Treatment*, *18*(1), 12–16. https://doi.org/10.1192/apt.bp.110.008557

Wylie, K., Knudson, G., Khan, S. I., Bonierbale, M., Watanyusakul, S., i Baral, S. (2016). Serving transgender people: clinical care considerations and service delivery models in transgender health. *Lancet*, *388*(10042), 401–411. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00682-6

Wylie, K., Wootton, E., i Carlson, S. (2016). Sexual function in the transgender population. W: R. Ettner, S. Monstrey i E. Coleman (eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (s. 159–166). Routledge.

Xavier, J., Bradford, Hendricks, J. M., Safford, L., McKee, R., Martin, E., i Honnold, J. A. (2013). Transgender health care access in Virginia: A qualitative study. *International Journal of Transgenderism*, *14*,(1), 3–17. https://doi.org/10.1080/15532739.2013.689513

Xavier, J., Honnold, J. A., i Bradford, J. B. (2007). The health, health-related needs, and life course experiences of transgender Virginians. Division of Disease Prevention through the Centers of Disease Control and Prevention, Virginia Department of Health. Pobrano 4.11.2020 z http://www.vdh.virginia.gov/epidemiology/DiseasePrevention/documents/pdf/THISFINALREPORTVol1.pdf

Yadegarfard, M., Ho, R., i Bahramabadian, F. (2013). Influences on loneliness, depression, sexual-risk behaviour and suicidal ideation among Thai transgender youth. *Culture, Health & Sexuality*, *15*(6), 726–737. https://doi.org/10.1080/13691058.2013.784362

Yadegarfard, M., Meinhold-Bergmann, M. E., i Ho, R. (2014). Family rejection, social isolation, and loneliness as predictors of negative health outcomes (depression, suicidal ideation, and sexual risk behavior) among Thai male-to-female transgender adolescents. *Journal of LGBT Youth*, *11*(4), 347–363. https://doi.org/10.1080/19361653.2014.910483

Yang, F., Zhu, X.-H., Zhang, Q., Sun, N.-X., Ji, Y.-X., Ma, J.-Z., Xiao, B., Ding, H.-X., Sun, Sh-H., i Li, W. (2017). Genomic characteristics of gender dysphoria patients and identification of rare mutations in RYR3 gene. *Scientific Reports*, *7*(1), 1–9. https://doi.org/10.1038/s41598-017-08655-x

Yang, M.-F., Manning, D., Berg, J. J. van den, i Operario, D. (2015). Stigmatization and mental health in a diverse sample of transgender women. *LGBT Health*, *2*(4), 306–312. https://doi.org/10.1089/lgbt.2014.0106

Yang, X., Wang, L., Gu, Y., Song, W., Hao, C., Zhou, J., Zhang, Q., i Zhao, Q. (2016). A cross-sectional study of associations between casual partner, friend discrimination, social support and anxiety symptoms among Chinese transgender women. *Journal of Affective Disorders*, *203*, 22–29. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.051

Yang, X., Wang, L., Hao, C., Gu, Y., Song, W., Wang, J., Chang, M.A., i Zhao, Q. (2015). Sex partnership and self efficacy influence depression in Chinese transgender

women: A cross-sectional study. *PLoS ONE*, *10*(9), e0136975. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136975

Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., i Lysaker, P. H. (2008) Pathways between internalised stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. Psychiatric Services, *59*(12), 1437–1442. https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.12.1437

Yau, M., i Safer, J. D. (2024). In a modest transgender cohort following guidelines, few discontinued treatment and regret was not observed. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *109*(2), e862–e863. https://doi.org/10.1210/clinem/dgad439

Yelland, A. (2018). Chest surgery and breast augmentation surgery. W: W. P. Bouman i J. Arcleus (eds.), *The transgender handbook. A guide for transgender people, their families and professionals* (s. 251–264). Nova Science.

Yeung, H., Kahn, B., Ly, B. C., i Tangpricha, V. (2019). Dermatologic conditions in transgender populations. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, *48*(2), P429–440. https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.01.005

Yeung, H., Ragmanauskaite, L., Zhang, Q., Kim, J., Tangpricha, V., Getahun, D., Silverberg, M. J., i Goodman, M. (2020). Prevalence of moderate to severe acne in transgender adults: A cross-sectional survey. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *83*(5), 1450–1452. https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.02.053

Yi, S., Chann, N., Chhoun, P., Tuot, S., Mun, P., Brody, C., (2019). Social marginalization, gender-based violence, and binge drinking among transgender women in Cambodia. *Drug and Alcohol Dependence*, *207*, e107802. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107802

Yi, S., Tuot, S., Chhim, S., Chhoun, P., Mun, P., i Mburu, G. (2018). Exposure to gender--based violence and depressive symptoms among transgender women in Cambodia: findings from the National Integrated Biological and Behavioral Survey 2016. *International Journal of Mental Health Systems*, *12*(1), e24. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107802

Zafar, R. (2008). Schizophrenia and gender identity disorder. *Psychiatric Bulletin*, *32*(8), 316–317. https://doi.org/10.1192/pb.32.8.316b

Zandvliet, T. (2000). Transgender issues in therapy. W: C. Neal i D. Davies (eds.), *Issues in therapy with lesbian, gay, bisexual and transgender clients* (s. 176–189). Open University Press.

Zawadzki, B., Strelau, J., Szczepaniak, P., i Śliwińska, M. (2007). *Inwentarz osobowości NEO–FFI Paula R. Costy Jr i Roberta R. McCrae. Adaptacja polska. Podręcznik.* Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Zhang, Q., Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Hashemi, L., Kreukels, B., Motmans, J., Snyder, R., i Coleman, E. (2020). Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. *International Journal of Transgender Health*, 21(2), 125–137. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1753136

Zhou, J. N., Hofman, M. A., Gooren, L. J., i Swaab, D. F. (1995). A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature*, *378*(6552), 68–70. https://doi.org/10.1038/378068a0

Zhu, X., Gao, Y., Gillespie, A., Xin, Y., Qi, J., Ou, J., Zhong, S., Peng, K., Tan, T., Wang, C., i Chen, R. (2019). Health care and mental wellbeing in the transgender and gender-diverse Chinese population. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, *7*(5), 339–341. http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(19)30079-8

Ziegler, E., Carroll, B., i Charnish, E. (2020). Review and analysis of international transgender adult primary care guidelines. *Transgender Health*, *6*(3), 139–147. https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0043

Zijverden, L. M. van, Wiepjes, C. M., van Diemen, J. J. K., Thijs, A., i Heijer, M. den (2024). Cardiovascular disease in transgender people: a systematic review and meta-analysis. European journal of endocrinology, 190(2), S13–S24. https://doi.org/10.1093/ejendo/lvad170

Zucker, K. J., Bradley, S. J., i Lowry Sullivan, C. B. (1996). Traits of separation anxiety in boys with gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *35*, 791–798. https://doi.org/10.1097/00004583-199606000-00019

Zucker, K. J., Lightbody, S., Pecore, K., Bradley, S., i Blanchard, R. (1998). Birth order in girls with gender identity disorder. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, *7*, 30–35. https://doi.org/10.1007/s007870050042

Żołądek, S., i Pliczko, M. (2020). Procedury chirurgicznej korekty płci. W: B. Grabski, M. Mijas, M. Dora i G. Iniewicz (red.), *Dysforia i niezgodność płciowa. Kompendium dla praktyków* (s. 247–258). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Spis rysunków

1 Model stresu mniejszościowego doświadczanego przez osoby z mniejszości płciowych 142

2 Model mocnych stron mniejszości (*minority strengths model*) 143

3 Model badawczy 209

Spis tabel

1 Wykaz zmiennych oraz ich operacjonalizacja 210

2 Wykaz tożsamości płciowych deklarowanych przez osoby badane 221

3 Wykaz orientacji seksualnych deklarowanych przez osoby badane 223

4 Wiek osób badanych 223

5 Staż związku wśród osób badanych 224

6 Okres funkcjonowania w roli płciowej, z którą identyfikuje się osoba badana (w latach) 225

7 Poziom ujawnienia swojej transpłciowości przez osoby badane wśród członków rodziny 226

8 Poziom ujawnienia swojej transpłciowości przez osoby badane wśród znajomych 226

9 Poziom ujawnienia swojej transpłciowości przez osoby badane w miejscu pracy/edukacji 227

10 Ogólny poziom ujawnienia swojej transpłciowości przez osoby badane 227

11 Liczba osób transpłciowych, które zna osoba badana 228

12 Statystyki opisowe skal narzędzi wykorzystanych w badaniu 229

13 Współczynniki korelacji pomiędzy spostrzeganą transfobią a zinternalizowaną transfobią, dysforią płciową, poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, spostrzeganym wsparciem społecznym, czynnikami osobowościowymi, stylami ustosunkowań interpersonalnych, samooceną i umiejętnościami interpersonalnymi, strategiami radzenia sobie z transfobią, okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje, poziomem ujawnienia swojej transpłciowości 232

14 Współczynniki korelacji pomiędzy zinternalizowaną transfobią a dysforią płciową, poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, spostrzeganym wsparciem społecznym, czynnikami osobowościowymi, stylami ustosunkowań interpersonalnych, samooceną, umiejętnościami interpersonalnymi,

strategiami radzenia sobie z transfobią, okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje, oraz poziomem ujawnienia swojej transpłciowości 242

15 Współczynniki korelacji dla związków zachodzących między dysforią płciową a zmiennymi osobowościowymi, samooceną, poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, stylami ustosunkowań interpersonalnych, umiejętnościami interpersonalnymi, strategiami radzenia sobie z transfobią, spostrzeganym wsparciem społecznym, poziomem ujawnienia swojej transpłciowości, okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje 252

16 Współczynniki korelacji dla związków zachodzących między okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje, a poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, spostrzeganym wsparciem społecznym, zmiennymi osobowościowymi, stylami ustosunkowań interpersonalnych, samooceną, umiejętnościami interpersonalnymi i strategiami radzenia sobie z transfobią 254

17 Współczynniki korelacji Pearsona dla związków zachodzących między poziomem ujawnienia swojej transpłciowości a poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, spostrzeganym wsparciem społecznym, zmiennymi osobowościowymi, stylami ustosunkowań interpersonalnych, samooceną, umiejętnościami interpersonalnymi, strategiami radzenia sobie z transfobią, okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje 256

18 Współczynniki korelacji Spearmana dla związków zachodzących między poziomem ujawnienia swojej transpłciowości a dysforią płciową, poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, spostrzeganym wsparciem społecznym, zmiennymi osobowościowymi, stylami ustosunkowań interpersonalnych, samooceną, umiejętnościami interpersonalnymi, strategiami radzenia sobie z transfobią, okresem funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje 259

19 Współczynniki korelacji Pearsona dla związków zachodzących między strategiami radzenia sobie z transfobią a poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, spostrzeganym wsparciem społecznym, zmiennymi osobowościowymi, stylami ustosunkowań interpersonalnych, samooceną i umiejętnościami interpersonalnymi 261

20 Współczynniki korelacji Spearmana dla związków zachodzących między strategiami radzenia sobie z transfobią a poczuciem psychicznej kobiecości i męskości, spostrzeganym wsparciem społecznym, zmiennymi osobowościowymi, stylami ustosunkowań interpersonalnych, samooceną i umiejętnościami interpersonalnymi 266

21 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – strategia płciowo-normatywna 269
22 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – strategia autoafirmująca 270
23 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – strategia regulująca emocje 271
24 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – strategia poznawczo-restrukturyzująca 272
25 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – strategia społeczno-relacyjna 273
26 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – strategia prewencyjno-przygotowawcza 274
27 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – strategia odcinania się 275
28 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – strategia korzystania z zasobów 276
29 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – strategia duchowo-religijna 277
30 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – strategia polityczno-upodmiotawiająca 278
31 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – ekstrawersja 279
32 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – ugodowość 280
33 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – sumienność 281
34 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – stabilność emocjonalna 282
35 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – otwartość na doświadczenia 283
36 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – doświadczana dysforia płciowa 284
37 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – poczucie psychicznej kobiecości 285
38 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – poczucie psychicznej męskości 286
39 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – spostrzegane instrumentalne wsparcie społeczne 287
40 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – spostrzegane emocjonalne wsparcie społeczne 288
41 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – ogólny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego 289
42 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – samoocena 290
43 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – umiejętność nawiązywania kontaktu 291
44 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – umiejętność wyrażania negatywnych emocji 293
45 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – umiejętność ujawniania siebie 294

46 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – umiejętność zarządzania konfliktem 295
47 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – umiejętność okazywania wsparcia emocjonalnego 296
48 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – styl kierowniczo-autorytatywny 297
49 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – styl podtrzymująco-przesadnie opiekuńczy 298
50 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – styl współpracująco-przyjacielski 299
51 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – styl uległo-zależny 300
52 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – styl wycofująco-masochistyczny 301
53 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – styl buntowniczo-podejrzliwy 302
54 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – styl agresywno-sadystyczny 303
55 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – styl współzawodniczącо-narcystyczny 304
56 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – poziom ujawnienia wśród członków rodziny 305
57 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – poziom ujawnienia w miejscu pracy/edukacji 306
58 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – poziom ujawnienia wśród znajomych 307
59 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – ogólny poziom ujawnienia swojej transpłciowości 308
60 Wyniki analizy mediacji dla mediatora – okres funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje 310
61 Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – ekstrawersja 311
62 Wyniki analizy regresji dla zmiennej niezależnej – ugodowość 312
63 Wyniki analizy regresji dla zmiennej niezależnej – sumienność 312
64 Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – stabilność emocjonalna 313
65 Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – otwartość na doświadczenia 314
66 Wyniki analizy regresji dla zmiennej niezależnej – dysforia płciowa 315
67 Wyniki analizy regresji dla zmiennej niezależnej – poczucie psychicznej kobiecości 316

68 Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – poczucie psychicznej męskości 317

69 Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – samoocena 318

70 Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – umiejętność nawiązywania kontaktu 319

71 Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – umiejętność wyrażania negatywnych emocji 320

72 Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – umiejętność ujawniania siebie 322

73 Wyniki analizy regresji dla zmiennej niezależnej – umiejętność zarządzania konfliktem 323

74 Wyniki analizy regresji dla zmiennej niezależnej – umiejętność okazywania wsparcia emocjonalnego 323

75 Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – styl kierowniczo-autorytatywny 324

76 Wyniki analizy regresji dla zmiennej niezależnej – styl podtrzymująco-przesadnie opiekuńczy 325

77 Wyniki analizy regresji dla zmiennej niezależnej – styl współpracująco-przyjacielski 325

78 Wyniki analizy regresji dla zmiennej niezależnej – styl uległo-zależny 326

79 Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – styl wycofująco-masochistyczny 326

80 Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – styl buntowniczo-podejrzliwy 328

81 Wyniki analizy regresji dla zmiennej niezależnej – styl agresywno-sadystyczny 329

82 Wyniki analizy regresji dla zmiennej niezależnej – styl współzawodniczącо-narcystyczny 329

83 Wyniki analizy regresji dla zmiennej niezależnej – strategia płciowo-normatywna 330

84 Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – strategia autoafirmująca 331

85 Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – strategia regulująca emocje 332

86 Wyniki analizy regresji dla zmiennej niezależnej – strategia poznawczo-restrukturyzująca 333

87 Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – strategia społeczno-relacyjna 333

88 Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – strategia prewencyjno-przygotowawcza 334

89 Wyniki analizy regresji dla zmiennej niezależnej – strategia odcinania się 335

90 Wyniki analizy regresji dla zmiennej niezależnej – strategia korzystania z zasobów 336

91 Wyniki analizy regresji dla zmiennej niezależnej – strategia duchowo-religijna 336

92 Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – strategia polityczno-upodmiotawiająca 337

93 Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – poziom ujawnienia swojej transpłciowości wśród członków rodziny 338

94 Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – poziom ujawnienia swojej transpłciowości w miejscu pracy/edukacji 340

95 Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – poziom ujawnienia swojej transpłciowości wśród znajomych 341

96 Wyniki analizy mediacji dla zmiennej niezależnej – ogólny poziom ujawnienia swojej transpłciowości 342

97 Wyniki analizy regresji dla zmiennej niezależnej – okres funkcjonowania w roli płciowej zgodnej z tym, jak jednostka się identyfikuje 343

98 Test Kołmogorowa-Smirnowa dla strategii radzenia sobie z transfobią 345

99 Wyniki testu U Manna-Whitneya dla strategii radzenia sobie z transfobią 345

100 Test Kołmogorowa-Smirnowa dla zmiennej – spostrzegana transfobia 346

101 Wyniki testu U Manna-Whitneya dla zmiennej – spostrzegana transfobia 346

102 Test Kołmogorowa-Smirnowa dla zmiennej – zinternalizowana transfobia 347

103 Wyniki testu U Manna-Whitneya dla zmiennej – zinternalizowana transfobia 347

104 Test Kołmogorowa-Smirnowa dla strategii radzenia sobie z transfobią 348

105 Wyniki testu U Manna-Whitneya dla strategii radzenia sobie z transfobią 349

106 Test Kołmogorowa-Smirnowa dla zmiennej – spostrzegana transfobia 349

107 Wyniki testu U Manna-Whitneya dla zmiennej – spostrzegana transfobia 350

108 Test Kołmogorowa-Smirnowa dla zmiennej – zinternalizowana transfobia 350
109 Wyniki testu U Manna-Whitneya dla zmiennej – zinternalizowana transfobia 351
110 Test Kołmogorowa-Smirnowa dla strategii radzenia sobie z transfobią 351
111 Wyniki testu U Manna-Whitneya dla strategii radzenia sobie z transfobią 352
112 Test Kołmogorowa-Smirnowa dla zmiennej – spostrzegana transfobia 353
113 Wyniki testu U Manna-Whitneya dla zmiennej – spostrzegana transfobia 353
114 Test Kołmogorowa-Smirnowa dla zmiennej – zinternalizowana transfobia 354
115 Wyniki testu U Manna-Whitneya dla zmiennej – zinternalizowana transfobia 354
116 Test Kołmogorowa-Smirnowa dla strategii radzenia sobie z transfobią 355
117 Wyniki testu U Manna-Whitneya dla strategii radzenia sobie z transfobią 356
118 Test Kołmogorowa-Smirnowa dla zmiennej – spostrzegana transfobia 356
119 Wyniki testu U Manna-Whitneya dla zmiennej – spostrzegana transfobia 357
120 Test Kołmogorowa-Smirnowa dla zmiennej – zinternalizowana transfobia 357
121 Wyniki testu U Manna-Whitneya dla zmiennej – zinternalizowana transfobia 357
122 Test Kołmogorowa-Smirnowa dla strategii radzenia sobie z transfobią 358
123 Wyniki testu U Manna-Whitneya dla strategii radzenia sobie z transfobią 359
124 Test Kołmogorowa-Smirnowa dla zmiennej – spostrzegana transfobia 360
125 Wyniki testu U Manna-Whitneya dla zmiennej – spostrzegana transfobia 360
126 Test Kołmogorowa-Smirnowa dla zmiennej – zinternalizowana transfobia 360
127 Wyniki testu U Manna-Whitneya dla zmiennej zinternalizowana transfobia 361
128 Test Kołmogorowa-Smirnowa dla strategii radzenia sobie z transfobią 361
129 Wyniki testu U Manna-Whitneya dla strategii radzenia sobie z transfobią 363
130 Test Kołmogorowa-Smirnowa dla zmiennej – spostrzegana transfobia 363
131 Wyniki testu U Manna-Whitneya dla zmiennej – spostrzegana transfobia 364
132 Test Kołmogorowa-Smirnowa dla zmiennej – zinternalizowana transfobia 364
133 Wyniki testu U Manna-Whitneya dla zmiennej – zinternalizowana transfobia 364

Indeks nazw osobowych*

Aguirre-Sanchez-Beato Sara 148, 154–159
Allport Gordon Willard 177
Antoszewski Bogusław 56
Attyla, władca Hunów 60
Austin Ashley 119, 126, 128, 129
Bailey John 43
Balboa Vasco Núñez de 61
Ball J. R. B. 50
Bancroft John 39
Bandini Elisa 135
Bättig Fritz 25
Bem Sandra 17, 18, 211, 214
Benjamin Harry 26, 28–30, 41, 50, 60
Bentler Peter 36
Bevan Dana 53
Blanchard Ray 39, 40
Bockting Walter 52, 68, 69, 369
Borras Laurence 78
Bouman Walter Pierre 192
Bradford Judith 166
Buhrich Neil 38
Buhrmester Duane 212, 216
Bullough Bonnie 58
Bullough Vern 58
Cauldwell David Olivier 64
Chivers Meredith 43
Choisy Abbé de (właśc. François-Timoléon de Choisy) 61, 62
Cohen-Kettenis Peggy 52, 53
Coleman Eli 68, 99
Craig Shelley 119, 128, 129
D'Arc Joanna 61
Doryforos 60
Delgado Jamie Barrientos 169
Dessens Arianne 53
Devor Aaron 66
Docter Richard 21, 22, 40–43
Dukor Benno 25
Dulko Stanisław 15, 19
Dynarski Wiktor 21
Ehrhardt Anke 17, 18
Elbe Lili 64
Ellis Havelock 23–25, 52, 64
Ellis Sonja J. 167
d'Éon Chevalier 63, 64
Erickson Reed 65
Eyre Stephen L. 69
Fenaughty John 171
Ferenczi Sandor 23
Filip I Orleański, książę orleański 61
Fisk Norman 19, 33, 36, 82
François-Timoléon de Choisy zob. Choisy Abbé de

* Indeks nie obejmuje odsyłaczy bibliograficznych ani bibliografii.

Freund Kurt 38, 39
Gagné Patricia 66
Gaia A. Celeste 153
Galupo M. Paz 143, 165, 415
Garcia-Falgueras Alicia 55
Gebhard Paul 27
Goffman Erving 13, 134–136, 138, 139
Gooren Louis 52, 53
Gosling Samuel 211, 215
Grabski Bartosz 74, 76, 79, 81–89, 118, 409
Grant Jon M. 165, 166, 170
Greenburg Jordan 153
Gutheil Emil A. 50
Hall Tomasine 62
Hamburger Christian 26
Hasche Leslie 167
Hatszepsut, faraon 58
Heliogabal, cesarz rzymski 59, 60
Hendricks Michael 141
Henryk III Walezy, król Polski i Francji 61
Herek Gregory M. 132, 150, 151
Herodot, historyk grecki 59
Hibbert Matthew 167
Hirschfeld Magnus 21, 22, 24, 25, 27, 52, 64
Hoenig John 53
Howe Bethany Grace 173
Hoxmeier Jill 171
Hyde Edward 62
Imieliński Kazimierz 19, 20
Ippolito Maria R. 70
Jaffee Kim 167
Johnson Marsha P. 65
Jorgensen Christine 65
Kaligula, cesarz rzymski 59, 60
Kasjusz Dio 60
Kattari Shanna 167, 168
Katz Daniel 132, 151
Kinsey Alfred 25, 50
Kłonkowska Anna 21, 162–166, 169, 170, 173
Kohlberg Lawrence 17
Kosciw Joseph G. 170, 171
Kruijver Frank 54
Krystyna Waza, królowa Szwecji 62
Kryszk Kinga 162–166, 169, 170, 173
Ktezjasz, historyk i lekarz grecki 59
Kuczyńska Alicja 211, 214
Laub Donald Rudolf 33, 36, 82
Lawrence Stephanie 82
Leary Timothy 367, 373
LeBel Thomas P. 139
Lev Arlene 67, 68
Levitt Heidi 70
Lindley Louis 143, 415
Livingston Nicholas 366
Lombardi Emilia 162, 163, 169, 176
Luders Eileen 55
Ludwik XIV, król Francji 61
Ludwik XV, król Francji 63
Lukianowicz Narcyz 27
Łaguna Mariola 211, 216
Madlem Melody 171
Maggi Mario 135
Marcuse Maximilian 24, 50, 63
McConaghy Neil 38, 41
McGaughey Deanna 66
McKleroy Vel 177, 178
McNeil Jay 162–164, 169
Meyer Ilan H. 11, 13, 140, 141, 177
Meyer Jon 31–33, 36, 51
Mizock Lauren 121, 127, 152, 177, 179, 181, 218, 368, 417
Moll Albert 24, 25
Money John 17, 18, 53
Morgan Sarah 69
Mueser Kim 127, 177, 179, 218, 368, 417
Nadal Kevin 145–147
Neron, cesarz rzymski 59, 60
Ovesey Lionel 34, 37
Ożarowska Monika 167
Parr Nicholas 173
Perrin Paul 143, 177, 415

Person Ethel 34, 37, 51
Pettow Ralph 23
Platon, filozof grecki 59
Platt Lisa 153, 155
Pollock Lealah 69
Poquiz Jonathan 195
Prince Virginia 37, 38
Pullen-Sansfaçon Annie 71
Rajkumar Ravi Philip 79, 186
Rametti Giuseppina 55
Reisner Sari 167, 171
Rekers George 51
Richter Dörchen 64
Rivera Sylvia 65
Rodriguez Amanda 168
Ronchaia Ronald 61
Rosenberg Morris 211, 216
Scandurra Cristiano 162–164, 173
Schaller Mark 133
Schulz Ute 217
Schwarzer Ralf 212, 217
Seikowski Kurt 188
Shires Deirdre 167
Singh Anneliese 121, 177–179
Smith Yolanda 43
Socarides Charles 30, 51
Sporus, małżonek Nerona 60
Stanik Jan Maria 212, 217
Steinach Eugen 64
Stevens Patricia 69
Stevenson Mary O. 94
Stoller Robert 17, 34–36, 51, 52
Swaab Dick 53, 55
Swetoniusz, historyk rzymski 59, 60
Szoka Spring 153, 155
Tabaac Ariella 368
Tangpricha Vin 94
Tertulian, teolog łaciński 59
Testa Rylan 141
Tewksbury Richard 66
Turban Jack 65
Ulrichs Karl Heinrich 57, 63
Westphal Carl Friedrich Otto 63
Yang Xiaoshi 56
Zawadzki Bogdan 373
Zucker Kenneth 51, 53

Tomasz Jakubowski

Selected Aspects of Minority Stress Experienced by Transgender and Non-Binary Individuals

Summary

Along with the socio-cultural changes currently taking place, the visibility of gender and sexual minorities in society has increased significantly; researchers' interest in these groups has also grown.

Much of the research conducted among transgender and non-binary populations has focused on the mental health consequences of experiencing discrimination and/or violence motivated by prejudice against gender minorities. Knowledge about how such discrimination and violence contribute to the internalization of the stigma associated with belonging to gender minorities is limited. There is also a lack of research to identify which variables may potentially mediate this process of internalizing transphobia.

The book undertakes a series of analyses of potential relationships between psychological gender, the perceived level of gender dysphoria, personality variables, self-esteem, the level of interpersonal competences, the frequency of using interpersonal styles, perceived social support, the frequency of using strategies of coping with transphobia and the level of experienced transphobia and its internalized form. The study group consisted of 338 persons identifying as transgender and non-binary.

The analyses have shown a significant relation between perceived transphobia, internalized transphobia, and gender dysphoria, personality variables, self-esteem, interpersonal competences and styles, social support and strategies of coping with transphobia.

The mediation analysis showed that gender-normative, self-affirming, and preventive-preparatory strategies, extroversion, gender dysphoria, self-disclosure ability, rebellious-suspicious style, and the level of disclosure of minority status among family members are significant mediators in the relationship between the level of experienced transphobia and the level of internalized transphobia.

The results of the presented research seem to confirm the theoretical assumptions of the model of minority stress experienced by gender minorities in Poland, and in particular the role of gender dysphoria as a new proximal stressor. The conclusions drawn from the presented analysis of the research results can be applied in psychotherapeutic practice; information on interpersonal functioning and experienced gender dysphoria can contribute to the creation of adequate therapeutic interventions aimed at coping with the internalized stigma associated with belonging to gender minorities.

Keywords: minority stress, transphobia, gender dysphoria

Redakcja
Anna U. Pilśniak

Projekt okładki
Tomasz Tomczuk

Korekta
Adriana Szaforz

Łamanie
Anna U. Pilśniak

Redaktor inicjujący
Przemysław Pieniążek

Na okładce: Gerda Wegener, *Lili Elbe*, ok. 1928,
źródło: https://pl.wikipedia.org/wiki/Plik:Lili_Elbe_by_Gerda_Wegener.jpg

Wersją referencyjną publikacji jest wersja elektroniczna. Publikacja na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-Na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-SA 4.0)



Książka ma funkcję wyłącznie edukacyjną, nie może zastąpić konsultacji medycznej ani psychologicznej. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego nie ponosi odpowiedzialności za informacje zawarte w książce ani sposób ich wykorzystania.

https://orcid.org/0000-0002-1918-4028

https://doi.org/10.31261/PN.4314

ISBN 978-83-226-4607-6
(wersja elektroniczna)

Jakubowski, Tomasz
Wybrane aspekty stresu mniejszościowego doświadczanego przez osoby transpłciowe i niebinarne / Tomasz Jakubowski. – Wydanie I. – Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2025

Wydawca
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
ul. Jordana 18, 40-043 Katowice
https://wydawnictwo.us.edu.pl
e-mail: wydawnictwo@us.edu.pl

Wydanie I. Ark. druk. 36,25. Ark. wyd. 40,0. PN 4314

Z dużym prawdopodobieństwem można stwierdzić, że książka znajdzie szerokie grono odbiorców, od osób transpłciowych zaczynając, przez członków ich rodzin, ich bliskie otoczenie, na psychologach i terapeutach kończąc. [...] Gratuluję Autorowi rozległej wiedzy, wnikliwości, dociekliwości w poszukiwaniu luk badawczych oraz niezwykłej pracowitości i zaangażowania, bo projekt jest ambitny, złożony i wymagający.

dr hab. Agata Chudzicka-Czupała, prof. USWPS
(z recenzji wydawniczej)

* * *

Książka stanowi istotny i oryginalny wkład w badania nad zjawiskiem transfobii i czynnikami kształtującymi jej przejawy wobec osób transpłciowych i niebinarnych.

prof. dr hab. Jadwiga Stawnicka
(z recenzji wydawniczej)

Tomasz Jakubowski

doktor nauk społecznych w dyscyplinie psychologia, pracownik naukowo-dydaktyczny w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, psycholog, certyfikowany psychoterapeuta poznawczo-behawioralny. Jego praca naukowa i dydaktyczna koncentruje się na zagadnieniach związanych z transpłciowością, uprzedzeniami wobec osób z mniejszości płciowych oraz pomocą psychologiczną osobom transpłciowym i niebinarnym. Jako praktyk od wielu lat współpracuje ze Stowarzyszeniem Tęczówka oraz Fundacją Trans-Fuzja – organizacjami działającymi na rzecz osób z mniejszości płciowych.

PATRONAT

Stowarzyszenie Tęczówka

Fundacja Trans-Fuzja

Egzemplarz bezpłatny

ISBN 978-83-226-4607-6

Więcej informacji