

UNIWERSYTET KAZIMIERZA WIELKIEGO

KOLEGIUM II

WYDZIAŁ PSYCHOLOGII

mgr Jakub Hartung-Wójciak

nr albumu SD-36

**ZWIĄZEK OBRAZU CIAŁA I SYMPTOMÓW ZABURZEŃ ODŻYWIANIA
W GRUPIE OSÓB TRANSPŁCIOWYCH Z UWZGLĘDNIENIEM
SPOSTRZEGANEGO WSPARCIA SPOŁECZNEGO
ORAZ POCZUCIA WINY I WSTYDU**

Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem

dr hab. Beaty Ziółkowskiej, prof. uczelni

i dr Magdaleny Grabowskiej

BYDGOSZCZ 2026

Streszczenie

Celem projektu badawczego referowanego w niniejszej rozprawie było zbadanie związków między obrazem ciała a symptomami zaburzeń odżywiania w grupie osób transpłciowych oraz określenie roli emocji samoświadomościowych (wstydu i poczucia winy) oraz wsparcia społecznego, a także zmiennych seksuologicznych (typu transpłciowości i etapu tranzycji) jako potencjalnych czynników powiązanych z nasileniem wspomnianych symptomów i nieuporządkowanych zachowań jedzeniowych. Problematyka ta wpisuje się w rosnące zainteresowanie zdrowiem psychicznym osób transpłciowych oraz potrzebę pogłębiania wiedzy na temat specyficznych uwarunkowań ich funkcjonowania psychospołecznego.

Do pomiaru zmiennych zastosowano m.in. *Skalę Oceny Ciała* w polskiej adaptacji oraz *Skalę Postaw wobec Jedzenia (EAT-26)*, a także *Test Emocji Samoświadomościowych (TOSCA)* i *Wielowymiarową Skalę Spostrzeganego Wsparcia Społecznego (MSPSS)*. Typ transpłciowości został określony na podstawie deklaracji osób badanych – rozumiany on był pod postacią identyfikowania się osoby badanej jako kobieta lub mężczyzna, przy czym identyfikacja ta była niezgodna z płcią nadaną przy urodzeniu. Z kolei etapy tranzycji zostały wydzielone w oparciu o stadia korekty płci. Stadia te charakteryzują się narastaniem stopnia nieodwracalności procedur medycznych zmierzających ku modyfikowaniu ciała jednostki w kierunku upodobnienia go do płci przez ową jednostkę przeżywaną,

Wyniki badań wskazały na istotne zależności między negatywnym obrazem ciała a nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia. Wyższy poziom niezadowolenia z obrazu ciała wiązał się z większą intensywnością tych symptomów. Wstyd okazał się dodatnio powiązany z nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania, podczas gdy poczucie winy nie wykazywało istotnych zależności z analizowanymi wskaźnikami. Stwierdzono również, że wyższy poziom spostrzeganego wsparcia społecznego wiązał się z niższym nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia, co sugeruje jego potencjalną rolę ochronną. Ponadto analizy wykazały, iż typ transpłciowości istotnie statystycznie różnicował osoby badane w zakresie nasilenia symptomów zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia wyłącznie odnośnie do ich świadomości żywieniowej. Z kolei analizy uwzględniające etap tranzycji wskazały, że bardziej zaawansowany etap tego procesu wiązał się z wyższym poziomem spostrzeganego wsparcia

społecznego. Analiza nasilenia symptomów zaburzeń odżywiania wykazała istotną statystycznie różnicę pomiędzy osobami na etapie diagnozy bez terapii hormonalnej i interwencji chirurgicznych a osobami stosującymi terapię hormonalną bez zabiegów chirurgicznych,

Do ograniczeń badań własnych zaliczono m.in. ich przekrojowy charakter oraz specyfikę doboru próby, natomiast wśród rekomendowanych kierunków dalszych analiz wskazano badania podłużne oraz uwzględnienie dodatkowych zmiennych psychospołecznych. Praca wnosi wkład w rozwój wiedzy na temat psychospołecznych uwarunkowań zdrowia psychicznego osób transpłciowych, wskazując na potrzebę zintegrowanych, afirmatywnych oddziaływań terapeutycznych uwzględniających relację jednostki z własnym ciałem, regulację emocji oraz zasoby wsparcia społecznego.

Słowa kluczowe: transpłciowość, obraz ciała, zaburzenia jedzenia, emocje samoświadomościowe, wsparcie społeczne

Summary

The aim of the research project presented in this dissertation was to examine the relationships between body image and symptoms of eating disorders in a group of transgender individuals, as well as to determine the role of self-conscious emotions (shame and guilt), social support, and sexological variables (type of transgender identity and stage of transition) as potential factors associated with the severity of the aforementioned symptoms and disordered eating behaviors. This issue aligns with the growing interest in the mental health of transgender individuals and the need to deepen knowledge regarding the specific determinants of their psychosocial functioning.

To measure the variables, the following instruments were used, among others: the *Body Esteem Scale* (Polish adaptation), the *Eating Attitudes Test (EAT-26)*, the *Test of Self-Conscious Affect (TOSCA)*, and the *Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)*. The type of transgender identity was determined based on participants' self-declaration and was understood as identifying as a woman or a man in a way that was inconsistent with the sex assigned at birth. The stages of transition were distinguished based on stages of gender-affirming procedures. These stages are characterized by an increasing degree of irreversibility of medical procedures aimed at modifying the individual's body in the direction of alignment with the gender experienced by the individual.

The results indicated significant relationships between negative body image and the severity of eating disorder symptoms and disordered eating. Higher levels of body dissatisfaction were associated with greater intensity of these symptoms. Shame was positively associated with the severity of eating disorder symptoms, whereas guilt did not show significant relationships with the analyzed indicators. It was also found that higher levels of perceived social support were associated with lower severity of eating disorder symptoms and disordered eating, suggesting its potential protective role. Furthermore, the analyses demonstrated that the type of transgender identity statistically significantly differentiated participants in terms of the severity of eating disorder symptoms and disordered eating only with regard to dietary awareness. In turn, analyses taking into account the stage of transition indicated that a more advanced stage of this process was associated with higher levels of perceived social support. An analysis of the severity of eating disorder symptoms revealed a statistically significant difference between individuals at the diagnostic stage without hormonal therapy or surgical interventions and those undergoing hormonal therapy without surgical procedures.

The limitations of the study included its cross-sectional design and the specificity of the sampling procedure. Among the recommended directions for future research were longitudinal studies and the inclusion of additional psychosocial variables. The dissertation contributes to the development of knowledge regarding the psychosocial determinants of mental health among transgender individuals, highlighting the need for integrated, affirmative therapeutic interventions that take into account the individual's relationship with their body, emotion regulation, and social support resources.

Key words: transgender identity, body image, eating disorders, self-conscious emotions, social support

Spis treści

Wstęp.....	9
I. TEORETYCZNE PODSTAWY BADAŃ WŁASNYCH.....	12
1. Transpłciowość.....	12
1.1. Płeć i tożsamość płciowa – charakterystyka konstruktów.....	13
1.1.1. Kryteria określania płci.....	15
1.1.2. Tożsamość płciowa.....	17
1.2. Rozwój tożsamości płciowej.....	17
1.2.1. Nurt poznawczo-rozwojowy.....	18
1.2.2. Teoria uczenia się społecznego.....	19
1.3. Transpłciowość, transseksualizm, niezgodność płciowa i dysforia płciowa.....	21
1.3.1. Zjawisko transpłciowości i terminy pokrewne.....	21
1.3.2. Tożsamość płciowa w klasyfikacjach medycznych.....	23
1.3.3. Psychologiczne konsekwencje dysforii płciowej.....	26
1.4. Ujawnienie transpłciowości i proces tranzycji.....	27
1.4.1. Ujawnienie tożsamości płciowej.....	28
1.4.2. Opiniowanie niezgodności płciowej.....	29
1.4.3. Proces tranzycji.....	31
2. Obraz ciała.....	36
2.1. Obraz ciała – przegląd definicji i pojęć pokrewnych w ujęciu historycznym.....	36
2.2. Obraz ciała – przegląd koncepcji i modeli w podstawowych paradygmatach.....	41
2.2.3. Obraz ciała w paradygmacie psychoanalitycznym/psychodynamicznym.....	42
2.2.4. Obraz ciała w nurcie poznawczym.....	45
2.2.5. Obraz ciała w modelu poznawczo-behawioralnym.....	47
2.3. Rozwój i uwarunkowania obrazu ciała.....	52
2.3.1. Obraz ciała w cyklu życia.....	53
2.3.2. Formowanie obrazu ciała w kontekście płci.....	54
2.3.3. Czynniki determinujące rozwój obrazu ciała.....	57
3. Symptomy zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia.....	59
3.1. Odżywianie jako proces fizjologiczny, psychospołeczny oraz kulturowy.....	59
3.2. Regulatory zachowań związanych z jedzeniem.....	62
3.2.1. Fizjologiczne regulatory odżywiania.....	62
3.2.2. Regulatory odżywiania związane z procesami psychicznymi.....	66
3.2.3. Regulatory odżywiania związane z rozwojem ontogenetycznym.....	74
3.2.4. Regulatory odżywiania związane z restrykcjami i obrazem ciała.....	76
3.2.5. Społeczno-kulturowe regulatory odżywiania.....	79
3.2.6. Regulatory odżywiania związane z różnorodnością płciową.....	81
3.3. Symptomatologia zaburzeń odżywiania.....	82
3.3.1. Anoreksja psychiczna.....	83
3.3.2. Bulimia psychiczna.....	86
3.3.3. Zaburzenie z napadami objadania się.....	88
4. Poczucie winy i wstyd.....	89
4.1. Emocje samoświadomościowe – konceptualizacja.....	90
4.1.1. Emocje samoświadomościowe w teorii poznawczo-atrybucyjnej.....	91
4.1.2. Model procesowy emocji samoświadomościowych.....	93
4.1.3. Emocje samoświadomościowe w psychologii ewolucyjnej.....	94
4.2. Emocje samoświadomościowe w cyklu życia.....	96

4.2.1. Dzieciństwo.....	96
4.2.2. Adolescencja.....	98
4.2.3. Dorosłość.....	99
4.3. Poczucie winy <i>versus</i> doświadczanie wstydu.....	100
4.4. Poczucie winy i wstyd w badaniach z dziedziny psychologii i seksuologii.....	104
4.4.1. Poczucie winy i wstyd a obraz ciała.....	105
4.4.2. Poczucie winy i wstyd a sfera psychoseksualna.....	105
5. Wsparcie społeczne.....	106
5.1. Wsparcie społeczne i pojęcia pokrewne – przegląd definicji.....	107
5.2. Uwarunkowania wsparcia społecznego.....	108
5.3. Typologie wsparcia.....	110
5.4. Psychospołeczne determinanty i konsekwencje wsparcia.....	112
5.5. Źródła wsparcia.....	115
5.6. Modele powiązań między wsparciem a dobrostanem jednostki.....	117
Podumowanie.....	119
II. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH.....	122
1. Cele badawcze i ich teoretyczno-empiryczne uzasadnienie.....	122
2. Pytania i hipotezy badawcze.....	152
3. Zmienne i model badawczy.....	154
4. Grupa badanych i organizacja przebiegu badania.....	159
III. WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH.....	162
1. Nasilenie badanych zmiennych.....	162
2. Weryfikacja hipotez badawczych.....	164
2.1. Związek pomiędzy zadowoleniem z obrazu ciała a nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia w badanej próbie.....	165
2.2. Związek między zadowoleniem z obrazu ciała a uwzględnionymi w projekcie zmiennymi seksuologicznymi (tj. typ transpłciowości i etap tranzycji) w badanej próbie.....	166
2.3. Związek między zadowoleniem z obrazu ciała a uwzględnionymi w projekcie zmiennymi psychologicznymi (tj. spostrzegane wsparcie społeczne oraz poczucie winy i wstyd) w badanej próbie.....	169
2.4. Związek między symptomami zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia a uwzględnionymi w projekcie zmiennymi seksuologicznymi (tj. typ transpłciowości i etap tranzycji).....	171
2.5. Związek między symptomami zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia a uwzględnionymi w projekcie zmiennymi psychologicznymi (tj. spostrzegane wsparcie społeczne oraz poczucie winy i wstyd) w całej próbie.....	174
2.6. Związek między poczuciem winy i wstydem a uwzględnionymi w projekcie zmiennymi seksuologicznymi (tj. typ transpłciowości i etap tranzycji).....	175
2.7. Związek między spostrzeganym wsparciem społecznym a uwzględnionymi w projekcie zmiennymi seksuologicznymi (tj. typ transpłciowości i etap tranzycji).....	177

2.8.Moderacyjny efekt zmiennych psychologicznych (tj. spostrzegane wsparcie społeczne oraz wstyd i poczucie winy) dla związku między zadowoleniem z obrazu ciała a symptomami zaburzeń odżywiania w całej próbie.....	180
2.9.Moderacyjny efekt zmiennych seksuologicznych (tj. typ transpłciowości i etap tranżycji) dla związku między zadowoleniem z obrazu ciała a symptomami zaburzeń odżywiania.....	184
3. Wnioski.....	186
DYSKUSJA.....	191
IMPLIKACJE PRAKTYCZNE I OGRANICZENIA PROJEKTU BADAŃ WŁASNYCH.....	222
Literatura.....	233
Spis tabel.....	266
Spis rycin.....	268
Aneks.....	269
Załącznik 1. Wzór informacji dla osób uczestniczących w badaniu	
Załącznik 2. Metryczka	
Załącznik 3. Kwestionariusz <i>Skala Oceny Ciała (Body Esteem Scale, BES)</i>	
Załącznik 4. Kwestionariusz <i>Skala Postaw wobec Jedzenia (Eating Attitude Test; EAT-26)</i>	
Załącznik 5. Kwestionariusz <i>TOSCA</i>	
Załącznik 6. Kwestionariusz <i>Wielowymiarowa Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego</i>	
Załącznik 7. Opinia Komisji ds. Etyki Badań Naukowych	

Wstęp

W ostatnich latach odnotowuje się wyraźny wzrost zainteresowania przedstawicieli środowiska naukowego zagadnieniami związanymi z tożsamością płciową, zdrowiem psychicznym oraz jakością życia osób transpłciowych (MacCarthy i in., 2015). Jednocześnie coraz więcej badań wskazuje, że w tej grupie szczególnego znaczenia nabierają kwestie związane z obrazem ciała oraz symptomami zaburzeń odżywiania. Problematyka ta pozostaje jednak wciąż niedostatecznie opisana w literaturze polskojęzycznej, a jej złożoność wymaga ujęcia interdyscyplinarnego – łączącego perspektywę psychologiczną, kliniczną, społeczną i kulturową.

Część teoretyczna pracy obejmuje przegląd literatury dotyczącej transpłciowości, obrazu ciała, symptomów zaburzeń odżywiania, emocji samoświadomościowych oraz wsparcia społecznego. W pierwszym rozdziale omówiono definicje płci i tożsamości płciowej, rozwój tożsamości płciowej oraz rozróżnienia między pojęciami transpłciowości, transseksualizmu, niezgodności płciowej i dysforii płciowej. Przedstawiono także zagadnienia związane z procesem ujawniania transpłciowości i tranzycją. W kolejnych rozdziałach zaprezentowano wielowymiarowe ujęcia obrazu ciała, jego rozwój i uwarunkowania, a także charakterystykę symptomów zaburzeń odżywiania i regulatorów zachowań jedzeniowych. Osobną część poświęcono emocjom samoświadomościowym, ze szczególnym uwzględnieniem różnic między poczuciem winy a wstydem, oraz znaczeniu wsparcia społecznego jako czynnika ochronnego w funkcjonowaniu jednostki.

W części empirycznej określono cel badań, zmienne oraz sposób ich pomiaru, sformułowano pytania i hipotezy badawcze oraz opisano grupę badanych, a także procedurę badania. Analizy statystyczne oraz dyskusję wyników badań własnych skoncentrowano na związkach poziomu obrazu ciała, nasilenia symptomów zaburzeń odżywiania, typu transpłciowości, etapu tranzycji, doświadczania wstydu i poczucia winy oraz spostrzeganego wsparcia społecznego wśród osób transpłciowych.

Transpłciowość odnosi się do sytuacji, w której tożsamość płciowa jednostki – czyli głęboko odczuwane, wewnętrzne poczucie przynależności do określonej płci – jest niezgodna z płcią przypisaną przy urodzeniu. Współczesne klasyfikacje diagnostyczne, takie jak ICD-11, odchodzą od patologizującego ujmowania transpłciowości jako zaburzenia, koncentrując się raczej na pojęciu niezgodności płciowej (ang. *gender incongruence*) (Smaś-Myszczyżyn, Ryziński, 2022). Jednocześnie wiele osób transpłciowych doświadcza dysforii płciowej, rozumianej jako klinicznie istotne cierpienie wynikające z niezgodności między tożsamością

płciową a cechami ciała, rolą społeczną czy sposobem, w jaki jednostka jest spostrzegana przez otoczenie (Dora i in., 2021). To właśnie ciało – jego wygląd, kształt, proporcje i cechy płciowe – staje się często centralnym obszarem napięcia psychicznego. Obraz ciała (ang. *body image*) definiowany jest jako wielowymiarowa struktura obejmująca percepcyjne, poznawcze, emocjonalne i behawioralne aspekty odnoszące się do własnego wyglądu fizycznego. Nie sprowadza się on wyłącznie do tego, „jak wyglądam”, lecz obejmuje także to, „co myślę o swoim ciele”, „co wobec niego czuję” oraz „jak na nie reaguję”. Znaczący temat podkreślają się, że obraz ciała kształtowany jest zarówno przez doświadczenia indywidualne, jak i przez normy kulturowe, przekazy medialne oraz relacje interpersonalne (Cash, Smolak, 2012). W przypadku osób transpłciowych obraz ciała bywa dodatkowo obciążony doświadczeniem niezgodności między cechami fizycznymi a afirmowaną płcią. Może to prowadzić do nasilonej koncentracji na określonych partiach ciała, stosowania unikowych strategii radzenia sobie (np. maskowania, nadmiernego kontrolowania sylwetki) czy doświadczania intensywnych emocji samoświadomościowych, takich jak wstyd. Jednocześnie proces tranzycji – społecznej, medycznej i/lub prawnej – może modyfikować sposób przeżywania własnego ciała, przynosząc zarówno ulgę, jak i generując nowe wyzwania.

Zaburzenia odżywiania oraz ich symptomy stanowią kolejne istotne ogniwo tej problematyki. Zgodnie z klasyfikacjami DSM-5-TR i ICD-11 obejmują one m.in. jadłowstręt psychiczny (łac. *anorexia nervosa*), żarłoczność psychiczną (łac. *bulimia nervosa*), zaburzenie z napadami objadania się (ang. *binge-eating disorder*) oraz inne określone zaburzenia odżywiania. Na poziomie objawowym mogą one przejawiać się restrykcjami żywieniowymi, napadami objadania się, zachowaniami przeczyszczającymi, nadmiernym skupieniem na masie i kształcie ciała czy silnym lękiem przed przyrostem masy ciała (World Health Organization, 2019; APA, 2022). Coraz częściej podkreśla się, że symptomy zaburzeń odżywiania występują na kontinuum – od subklinicznych zachowań kontrolnych po pełnoobjawowe jednostki kliniczne (Beaumont, 2024).

Dowodzono, że osoby transpłciowe wykazują podwyższone wskaźniki symptomów zaburzeń odżywiania w porównaniu z populacją osób cispłciowych (Meyer-Bahlburg i in., 2011; Budge i in., 2013; McCloskey i in., 2015; Grammer i in., 2021), przy czym sugeruje się kilka mechanizmów wyjaśniających to zjawisko. Po pierwsze, kontrola masy ciała może być spostrzegana jako sposób wpływania na cechy płciowe – na przykład redukcja tkanki tłuszczowej w celu zmniejszenia widoczności drugorzędowych cech płciowych przypisanych przy urodzeniu (McGuire i in., 2016; Avila, Golden, Aye, 2019). Po drugie, presja społeczna

dotycząca wyglądu, w tym normy męskości i kobiecości, może prowadzić do internalizacji nierealistycznych standardów sylwetki (Jones i in., 2016). Po trzecie, doświadczenia dyskryminacji i stresu mniejszościowego mogą sprzyjać rozwojowi nieadaptacyjnych strategii regulacji emocji, wśród których znajdują się zachowania żywieniowe (Compte i in., 2020; Santoniccolo, Rollè, 2024).

Relacja między obrazem ciała a symptomami zaburzeń odżywiania jest dobrze udokumentowana w populacji ogólnej – negatywny obraz ciała stanowi jeden z najsilniejszych predyktorów rozwoju zaburzeń odżywiania (Fairburna, 2013; Lampard i in., 2013; Rodgers, 2016; Walker i in., 2018). W grupie osób transpłciowych zależność ta może być jednak jakościowo odmienna. Niezadowolenie z ciała nie musi bowiem wynikać wyłącznie z porównań społecznych czy internalizowania ideałów szczupłości, lecz może być ściśle powiązane z doświadczeniem dysforii płciowej i dążeniem do większej zgodności między ciałem a tożsamością płciową. Tym samym tradycyjne modele wyjaśniające zaburzenia odżywiania wymagają rozszerzenia o perspektywę tożsamościową i mniejszościową (McGuire i in., 2016; Gordon i in., 2021; Rasmussen i in., 2023).

Ważność tej problematyki ma wymiar nie tylko teoretyczny, lecz także kliniczny i społeczny. Niewystarczająca świadomość specyfiki funkcjonowania osób transpłciowych może prowadzić do błędnych interpretacji objawów, nadmiernej patologizacji lub – przeciwnie – pomijania istotnych trudności. Zrozumienie związków między obrazem ciała a zaburzeniami odżywiania umożliwia projektowanie adekwatnych interwencji terapeutycznych, uwzględniających zarówno proces afirmacji płci, jak i pracę nad regulacją emocji, samooceną oraz relacją z ciałem.

Zrozumienie relacji między obrazem ciała a symptomami zaburzeń odżywiania w grupie osób transpłciowych wydaje się niezbędne dla budowania systemu wsparcia opartego na wiedzy naukowej, wrażliwości kulturowej i szacunku dla różnorodności.

CZEŚĆ I.

TEORETYCZNE PODSTAWY BADAŃ WŁASNYCH

1. Transpłciowość

Zagadnienie transpłciowości jest jednym z kluczowych dla niniejszej rozprawy, bowiem poczyniono założenie, iż zjawisko to może tworzyć specyficzne biopsychospołeczne warunki funkcjonowania jednostki. Na kolejnych stronach tego podrozdziału omówiono pojęcie płci oraz tożsamości płciowej, a także zaprezentowano problematykę transpłciowości w kontekście rozwojowym oraz klinicznym. Scharakteryzowano również specyficzne biopsychospołeczne warunki funkcjonowania pełnoletnich osób transpłciowych.

1.1. Płeć i tożsamość płciowa – charakterystyka konstruktów

W słownikach języka polskiego (por. Dubisz, 2003; Sobol, 2005; Dubisz, 2018) płeć określana jest jako zespół właściwości charakteryzujących organizmy osobników męskich i żeńskich i przeciwstawiających je sobie wzajemnie; też zbiorowo: osobnicy o tych samych właściwościach. Definicja ta ujmuje płeć w sposób binarny oraz jednolity; nie uwzględnia ona niezgodności pomiędzy poszczególnymi komponentami płci, takimi jak np. identyfikacja z daną płcią oraz posiadanie zewnętrznych i wewnętrznych narządów płciowych odpowiednich dla określonej płci. W języku angielskim powszechnie przyjęło się rozróżnianie płci biologicznej określanej słowem *sex* od płci kulturowej określanej mianem *gender*. Rozróżnienie to nie stanowi li tylko kwestii językowej, ale wyraża sposób pojmowania fenomenu płci i dopuszczenie możliwości istnienia pewnych niefizycznych cech płciowych, czy też określania swojej płciowości w oderwaniu od właściwości fizycznych. Przyjmuje się, że autorem tego rozróżnienia koncepcyjnego jest psycholog Robert Stoller (1968, za: Ziemińska, 2015), który w latach 60. XX wieku wyłożył takie właśnie rozumienie zjawiska płciowości w książce *Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity*.

W języku polskim można wskazać na pojęcia płci i rodzaju (płci kulturowej) jako analogicznych odpowiednio do *sex* i *gender* (Grygorczuk, 2008). Po raz pierwszy termin *płeć kulturowa* pojawił się jako odrębne hasło w *Wielkim Słowniku Języka Polskiego PWN* w wydaniu z 2018 roku i został zdefiniowany jako *zespół zachowań, norm i wartości przypisany przez kulturę do każdej z płci* (Dubisz, 2018, s. 527). Warto jednak zauważyć, iż hasło to powszechnie występuje w słownikach psychologicznych wydawanych w latach wcześniejszych (Kurcz, Skarżyńska, 2005; Colman, 2009). Pojęcie *gender* jest obecne w polskim dyskursie akademickim i społecznym, jednakże poprzez wykorzystanie go w sporach

politycznych, religijnych i światopoglądowych stało się kontrowersyjne, wieloznaczne i obciążone ideologicznie, w wyniku czego jego użyteczność w rozważaniach teoretycznych zdaje się być dyskusyjna. Z kolei rozróżnienie na *pleć* i *rodzaj* – mimo że obecne w literaturze przedmiotu (Brannon, 2002) – nie ma odzwierciedlenia w praktyce społecznej: przykładowo, niespotykane jest stawianie pytania o *rodzaj* w ankietach czy dokumentach. Sformułowanie *pleć* jest więc pojęciem wieloznacznym, używanym do określania zarówno jej biologicznych, psychologicznych jak i społeczno-kulturowych korelatów (Ciaputa, 2011).

1.1.1. Kryteria określania płci

Współcześnie odnotowuje się dziesięć kryteriów określania płci służących wyróżnianiu płci chromosomalnej, gonadalnej, hormonalnej, metabolicznej, płci wewnętrznych narządów płciowych, zewnętrznych narządów płciowych, fenotypowej, płci mózgu oraz płci psychicznej i socjalnej (Dulko, 2003). Człowiek posiada 23 pary chromosomów, z czego 22 pary to chromosomy autosomalne, natomiast jedną parę stanowią chromosomy płci. Kariotyp męski to 46 XY, zaś kobiecy to 46 XX. O płci chromosomalnej decyduje wyposażenie genetyczne plemnika, gdyż komórka jajowa posiada zawsze chromosom X. Niekiedy, poza płcią chromosomalną wyróżnia się także płć genetyczną określaną poprzez obecność (u mężczyzn) lub też przez brak (u kobiet) genu SRY w genotypie (Midro, 2014). Płć gonadalna i hormonalna odnosi się do gonad: jąder lub jajników (gonady różnicują się około siódmego tygodnia życia płodowego) oraz produkowanych przez te gruczoły hormonów płciowych: androgenów i estrogenów. Zarówno androgeny, jak i estrogeny obecne są w organizmie każdego człowieka, jednakże to ich proporcja określa płć hormonalną. U mężczyzn przeważają androgeny (głównie testosteron), u kobiet zaś estrogeny. Hormony te powiązane są z funkcjonowaniem aparatów enzymatycznych niektórych systemów metabolicznych określających płć metaboliczną (Dulko, 2003; Grygorczuk, 2008).

Kolejnym kryterium określania płci jest posiadanie przez jednostkę specyficznych zewnętrznych i wewnętrznych narządów płciowych. Załączkiem męskich narządów płciowych są w okresie prenatalnym przewody Wolffa, z których rozwijają się nasieniowody oraz zewnętrzne narządy płciowe męskie, tj. prącie i moszna. Przewody Mullera to z kolei załączek, z którego w rozwoju ontogenetycznym formują się żeńskie zewnętrzne i wewnętrzne narządy płciowe (m.in. macica, jajowody, górna część pochwy) (Dulko, 2003; Kaczmarek, Wolański, 2018). Płć mózgowa powiązana jest z różną u kobiet i mężczyzn czynnością endokrynną przysadki mózgowej i podwzgórza, która u kobiet reguluje cykl owulacyjny poprzez wydzielanie gonadotropiny, a także hormonu folikulotropowego oraz lutropiny. Ponadto

odnotowano pewne międzypłciowe różnice w budowie anatomicznej mózgowia, np. dymorficzne płciowo jądra podwzgórza, których czynność związana jest z zachowaniami seksualnymi i reprodukcyjnymi (Piprek, 2011).

Kolejnym z wymiarów płci jest płęć fenotypowa, która odnosi się do drugo- i trzeciorzędowych cech płciowych odnoszących się do wyglądu zewnętrzny dorosłego człowieka; na tej podstawie rozpoznawany jest jako mężczyzna lub kobieta. Płęć socjalna natomiast oznaczana jest w chwili narodzin poprzez ocenę zewnętrznych narządów płciowych noworodka oraz wpisywana w kartę urodzenia, która stanowi podstawę do sporządzenia aktu urodzenia i określa prawną oraz administracyjną charakterystykę płciową osoby (tzw. płęć nadana przy urodzeniu). Płęć psychiczna określa osobista identyfikacja z daną płcią, obiema z nich lub poprzez niebinarną identyfikację płciową (Dulko, 2003; Grygorczuk, 2008). W literaturze przedmiotu (por. Dulko, 2003; Seligman, Walker, Rosenhan, 2003; Beisert, 2016) stosuje się synonimiczne wobec tego ostatniego konstruktu terminy – *płęć psychologiczna* i *tożsamość płciowa*. Należy jednak zaznaczyć, iż w polskim piśmiennictwie termin *płęć psychologiczna* odnosi się także do schematu roli płciowej (ang. *gender schema*), pojęcia wprowadzonego przez S. L. Bem (1974; 1981). Zaproponowała ona rozumienie kobiecości i męskości jako dwóch wymiarów osobowościowych, względnie niezależnych od siebie, co pozwoliło wyróżnić cztery typy płci psychologicznej, tj. typ zgodny płciowo, skrzyżowany płciowo, androgyniczny oraz nieokreślony. Płęć psychologiczna, zgodnie z koncepcją S. L. Bem (1974; 1981), nie odnosi się do jakiejś obiektywnej rzeczywistości płciowej (bycia psychicznie kobietą czy mężczyzną), ale określa *skłonność do posługiwania się w procesie samoidentyfikacji stereotypami płciowymi funkcjonującymi w danej kulturze* (Korzeń, 2006, s. 39). W Polsce istnieją narzędzia do pomiaru tej właściwości, tj., m.in. wzorowany na źródłowym kwestionariuszu *Bem Sex Role Inventory* *Inwentarz do Oceny Płci Psychologicznej* autorstwa A. Kuczyńskiej (1992; 2012), często wykorzystywany w psychologicznym opiniowaniu dotyczącym niezgodności płciowej. Celem uniknięcia niejasności terminologicznych i skojarzeń ze wspomnianą powyżej teorią ról płciowych (ang. *gender schema theory*), w dalszych częściach niniejszej rozprawy w odniesieniu do identyfikacji płciowej jednostki stosowany będzie termin *tożsamość płciowa*.

Analizując filozoficzne, psychologiczne i psychoanalityczne próby określania różnic psychicznych między płciami można wyodrębnić dwa zasadnicze podejścia. Pierwszym z nich jest podejście biologiczne zakładające, iż to konstytucja biologiczna stanowi o różnicach między kobietami i mężczyznami, także na poziomie psychicznym, zaś pojęcia męskości i

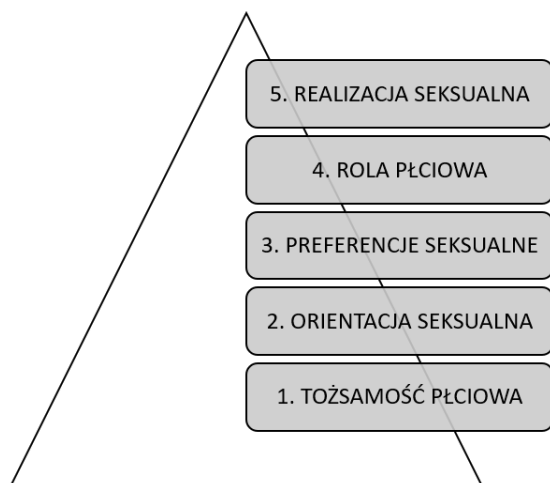
kobiecości stanowią deskrypcje tych naturalnych różnic. W myśl drugiej perspektywy – kulturowej – różnice biologiczne nie stanowią o cechach psychicznych czy predyspozycjach do pełnienia określonych ról społecznych, a męskość i kobiecość to określenia konstruowane w oparciu o stereotypy płci i mechanizmy społeczno-kulturowe (Korzeń, 2006; Grygorczuk, 2008). W obszernej metaanalizie 46 badań wykazano, że *w przypadku zdecydowanej większości funkcji przeciętnie istnieje więcej podobieństw niż różnic między mężczyznami a kobietami* (Bancroft, 2009, s. 32); prawidłowość ta staje się wyraźniejsza, gdy ograniczy się podczas badania wpływ zagrożenia stereotypem. W sposób jednoznaczny wykazano także brak różnic w poziomie inteligencji czy ogólnych zdolności poznawczych między płciami, choć istnieją doniesienia potwierdzające predyspozycje płciowe do wykonywania określonych zadań poznawczych (Herman-Jeglińska, 1999; Lips, 2004; Bancroft, 2009; Wojciszke, 2012). Niemniej jednak udokumentowano istnienie różnic międzypłciowych w zakresie motoryki, agresji i funkcjonowania seksualnego oraz – w umiarkowanym nasileniu – w zakresie komunikacji, funkcjonowania społecznego oraz skłonności do lęku i depresji (Wojciszke, 2012).

Konstatując, płeć pozostaje jedną z podstawowych i najwcześniej rozpoznawalnych kategorii społecznych; niepodważalnym jest także istnienie stereotypów płci oraz ról płciowych, które w znacznej mierze warunkowane są przez kulturę (czas i miejsce, w jakich się przejawiają) (Lips, 2004; Korzeń, 2006; Bancroft, 2009). Ponadto owe stereotypy, wzorce i role płciowe zdają się być znaczące dla formowania się tożsamości płciowej jednostek.

1.1.2. Tożsamość płciowa

Można przyjąć, iż pojęcie płci psychicznej jest równoznaczne z pojęciem tożsamości płciowej czy też identyfikacji płciowej, którą rozumie się jako subiektywne poczucie i rozumienie własnej płci, a także jako proces, w którym jednostka definiuje siebie jako mężczyznę, kobietę, osobę niebinarną lub inną płciowo zidentyfikowaną. Tożsamość płciowa może różnić się od płci przypisanej jednostce tuż po urodzeniu, a także od płci performowanej społecznie. W ujęciu proponowanym przez *American Psychological Association* (APA, 2021) tożsamość płciowa rozumiana jest jako wewnętrzny i subiektywny wymiar tożsamości jednostki, odnoszący się do sposobu doświadczania i definiowania własnej płci. Obejmuje ona identyfikację z określoną kategorią płciową, taką jak kobieta, mężczyzna lub osoba niebinarna, i stanowi istotny element struktury tożsamości, wpływający na funkcjonowanie psychospołeczne oraz dobrostan jednostki, szczególnie w kontekście doświadczeń osób transpłciowych. Stanowi ona także jedną z podstawowych kategorii w teorii pięciu warstw

życia erotycznego autorstwa M. Seligmana, E. Walker i D. Rosenhana (2003). Teoria ta wyróżnia następujące warstwy życia erotycznego człowieka (Ryc. 1): tożsamość płciową, orientację seksualną, preferencje seksualne, rolę płciową oraz realizację seksualną.



Rycina 1. Model warstwowy życia erotycznego (opracowanie na podstawie: Seligman, Walker, Rosenhan, 2003)

Autorzy modelu postulują zmniejszanie stałości warstwy w czasie wraz ze zbliżaniem się pozycji w piramidzie do jej szczytu, a także takie rozmieszczenie warstw w piramidzie, że im wyższa pozycja, tym warstwa jest w większym stopniu determinowana psychologicznie i kulturowo, a mniej biologicznie. Zatem tożsamość płciowa w tym modelu stanowi podstawowy i najbardziej determinowany biologicznie komponent życia erotycznego człowieka, który warunkuje jego orientację seksualną, preferencje seksualne, rolę płciową, a także realizację seksualną. Rozumienie to jest aktualnie podważane, lecz model ten zdaje się być użyteczny dla prezentacji seksualności człowieka, gdy czyni się w nim założenie o kategorialnym ujmowaniu płci. Dla omawianego zagadnienia znacząca jest także czwarta warstwa prezentowanego modelu. Rola płciowa to publiczne wyrażanie tożsamości płciowej, będące pod wpływem oczekiwań i norm społecznych dotyczących zachowań, cech i działań uznawanych za odpowiednie dla osób należących do danej płci (Seligman, Walker, Rosenhan, 2003). Jest ona w dużej mierze określana przez kulturę, w której jednostka żyje; nie wynika natomiast jedynie z płci biologicznej danej osoby. W pewnych warunkach społecznych rola płciowa może pozostawać niezgodna z tożsamością płciową. Takie performowanie płci może chronić przed dyskryminacją czy ostracyzmem społecznym (np. u osób transpłciowych) (Seligman, Walker, Rosenhan, 2003; Ridgeway, Correll, 2017). Rola płciowa jest zatem powiązana z psychicznym

wymiarem płci. Tej warstwie życia erotycznego w nomenklaturze nauk humanistycznych i społecznych odpowiada pojęcie płci kulturowej.

Zarówno w środowisku społecznym, jak i akademickim aktualnie toczy się dyskusja co do natury płci. Odnotowuje się zarówno koncepcje i stanowiska ujmujące ten fenomen w kategoriach kontinuum (Ainsworth, 2015; Montanez, 2017; Hyde i in., 2019), jak i takie, które wskazują na binarny i kategoryalny jej charakter (Udry, 1994; Bancroft, 2009). Rozumienie płci i płciowości w kategoriach kontinuum wynika z niemedycznego i niepatologizującego rozumienia różnych form interpłciowości oraz niespecyficznego przebiegu rozwoju płci, które w tym podejściu traktowane są jako przykłady różnorodności płciowej. Podejście interpretujące płć jako kategorię binarną uznaje za prawidłową zgodność we wszystkich wymiarach płci, co nie wyklucza pewnej różnorodności na wyższych poziomach jej organizacji, np. płci psychicznej. Gdy przyjmuje się binarne rozumienie płci, niespecyficzne drogi rozwoju płci, jak i całe spektrum interpłciowości, uznawane jest za stan patologiczny. Debatuje się także nad zasadnością odróżniania płci biologicznej od płci społeczno-kulturowej. Pojawiają się stanowiska popierające taką konceptualizację fenomenu płciowości (Dulko, 2003; Tannenbaum i in., 2019), ale i takie, które negują istnienie płci biologicznej w ogóle (np. Butler, 2008).

Istnieją także konceptualizacje zakładające, iż płć biologiczna determinuje całość płciowości człowieka – tym samym nie jest zasadnym wyróżnianie innych kryteriów określania płci. Takie właśnie rozumienie płci jest dominujące np. w rozważaniach prowadzonych w dyskursie filozofii chrześcijańskiej (Jucewicz, 2009; Popek, 2013).

Podsumowując należy podkreślić, że kwestia płci i płciowości jest jednym ze skomplikowanych i złożonych konstruktów niedających się jednoznacznie definiować. Rozwój naukowy i społeczny wciąż dostarcza nowych perspektyw w rozważaniach na temat płci i tożsamości płciowej, co przyczynia się do stymulowania prowadzonej debaty dotyczącej różnorodności płciowej oraz społecznej akceptacji dla tej różnorodności i jej ekspresji.

1.2. Rozwój tożsamości płciowej

Triada soma-psyche-polis określa [...] nasze funkcjonowanie nie tylko jako jednostek o określonej płci (wymiar biologiczny), ale również rodzaju (wymiar społeczno-kulturowy) (Palus, 2006, s.188). Istnieją różne teorie i modele wyjaśniające rozwój tożsamości płciowej, lecz współcześnie w literaturze przedmiotu najpowszechniej przytaczane są konceptualizacje

interakcyjne, w których zakłada się, iż tożsamość płciowa kształtuje się pod wpływem czynników dziedzicznych, środowiskowych oraz interakcji zachodzących pomiędzy nimi.

1.2.1. Nurt poznawczo-rozwojowy

Nie ulega wątpliwości, że wczesny rozwój tożsamości płciowej pozostaje w ścisłym związku z rozwojem poznawczym jednostki. Zdolność rozumienia kategorii płci i rodzaju oraz poznawcza możliwość odniesienia ich do siebie stanowi konieczny warunek kształtowania się tożsamości płciowej. Jeszcze przed ukończeniem 2 r. ż. dzieci poznają kategorię płci (kobiecość vs. męskość) i przyswajają proste stereotypy z nią związane. Około 5 r. ż. obserwuje się poprawne samorzutne klasyfikowanie płci, jednakże na początku okresu środkowego dzieciństwa trafność dziecięcego kategoryzowania jest większa w przypadku osób dorosłych (Grygorczuk, 2008; Bancroft, 2009). Zdaniem L. Kohlberga (1966), twórcy teorii poznawczo-rozwojowej, kluczowe dla tego procesu jest osiągnięcie stałości płci, a więc – po pierwsze – zdolności do kategoryzowania siebie i innych pod względem płci, po wtóre – stabilności płci w czasie i po trzecie – stabilności płci niezależnie od zmian w wyglądzie i/lub zachowaniu (kobiecte vs. męskie) kategoryzowanej jednostki. Osiągnięcie tej kompetencji poznawczej przypada na wiek około 5-6 r. ż. i pozwala dziecku organizować wokół tej stałej cechy swoje funkcjonowanie (w tym także społeczne). Od około 7 r. ż. zauważa się wzrastającą biegłość w stosowaniu stereotypów płci oraz atrybucji uwzględniających płeć; jednocześnie wzrasta elastyczność i zniuansowanie tych zjawisk. Płeć zaczyna być stosowana jako punkt odniesienia do porównań społecznych, a także jako wymiar zarówno dokonywanych ocen społecznych, jak i samooceny (Bancroft, 2009).

Alternatywny sposób ujmowania rozwoju tożsamości płciowej (ale także na nabywania wiedzy dotyczącej płci w ogóle) proponuje wspomniana już S. Bem (1974; 1981). Autorka rozwija swoją teorię wokół pojęcia schematu płci rozumianego jako rodzaj schematu poznawczego dotyczącego męskości i kobiecości. Schemat poznawczy to struktura porównywana do sieci skojarzeń, która organizuje wiedzę. Schemat płci obejmuje informacje dotyczące zarówno biologicznej, jak i społeczno-kulturowej warstwy płci, np. atrybutów i ról płciowych. Schemat płci ułatwia m.in. funkcjonowanie społeczne, jednakże przyczynia się również do powstawania i utrwalania stereotypów płci. Zgodnie z cytowaną teorią, jednostka zazwyczaj identyfikuje się z określoną płcią i internalizuje schemat jej odpowiadający. Schemat płci oddziałuje na osobę wywierając wpływ na procesy percepcji i poznania; selekcionuje i ukierunkowuje na poszukiwanie informacji zgodnych ze schematem; wyciągane wnioski oparte są o założenia, przekonania i informacje zawarte w schemacie oraz indukowane przez jego

strukturę (np. binarne ujęcie płci) (Palus, 2006; Grygorczuk, 2008). S. Bem (1974; 1981) w swej teorii scenariusza rodzaju (ang. *gender schema theory*) podkreśla sekwencyjny charakter nabywanej wiedzy. Przedstawiciele danej płci, w myśl tej teorii, mieliby angażować się w określone sekwencje zachowań – scenariusze. Koncepcja ta zdaje się w najwyższym stopniu odpowiadać na pytanie o to, jak aparat poznawczy człowieka organizuje wiedzę dotyczącą płci. Z pojęciem scenariusza rodzaju powiązane jest także pojęcie roli płciowej definiowanej jako *społecznie opracowany scenariusz zachowań jednostki, w którym wyraża się suma oczekiwań kierowanych pod adresem osoby zajmującej określone miejsce w społeczeństwie* (Pankowska, 2005, s.16). Tak rozumianą rolę rodzajową można określić jako rolę przepisaną, która wraz z rolą subiektywną i spełnianą stanowi trzy wymiary pełnienia roli rodzajowej jako takiej. Proces kształtowania się u jednostki roli rodzajowej określa się mianem typizacji płciowej (Palus, 2006).

1.2.2. Teoria uczenia się społecznego

Z teorii uczenia się wyrasta szereg konceptualizacji tożsamości płciowej. Jedną z powszechniej przytaczanych jest teoria społecznego uczenia się (Mischel, 1966). Poprzez obserwację i modelowanie jednostka wyucza się zachowań, które w danej kulturze powiązane są z płcią. W myśl tej teorii, o tym czy osoba będzie podejmowała dane zachowania czy też nie, decydują konsekwencje, jakie obserwowane modele ponoszą w rezultacie tych zachowań. Warunkowanie zastępcze jest mechanizmem leżącym u podstawy tego zjawiska. W. Mischel (1966) zakłada, że jednostka w procesie społecznego uczenia się poznaje konstruowany kulturowo kanon zachowań dla obydwu płci, naśladuje jednakże tylko te zachowania, które są premiowane przez społeczeństwo u modelu płci, z którą się identyfikuje. Teoria ta zdaje się więc tłumaczyć nie tyle powstanie tożsamości płciowej w znaczeniu zidentyfikowania się dziecka z daną płcią, co dalszy jej rozwój. Dziecko poprzez obserwację poznaje, co znaczy przynależeć do danej kategorii rodzajowej; niejako wypełnia treścią konstrukt tożsamości płciowej. Teoria ta tłumaczy także trwałość przekazu kulturowego dotyczącego płci, gdyż mimo że rodzina jest pierwotnym środowiskiem socjalizacji w zakresie ról płciowych, to w procesie socjalizacji wtórnej rówieśnicy dla siebie nawzajem stają się modelami, którzy się wzajemnie naśladują (Grygorczuk, 2008; Rusak-Romanowska, 2021).

Odnosząc klasyczne teorie rozwoju tożsamości płciowej i płci do współczesnego rozumienia płci i rodzaju, a także transpłciowości i różnorodności płciowej, nie sposób nie dostrzec szeregu niespójności teoretycznych. Rozwój tożsamości płciowej jest silnie powiązany z płcią biologiczną, gdyż to na jej podstawie, przy narodzinach, jednostka zostaje

nazwana dziewczynką lub chłopcem, co pociąga za sobą szereg specyficznych dla płci oddziaływań wychowawczych, chociażby wybór imienia (zwykle nieneutralnego płciowo) (Bancroft, 2009). Możliwość rozróżnienia fenomenu płci na płeć i rodzaj rozwija się wtórnie wobec pierwotnego osądu dotyczącego rzeczywistości fizycznej, którą jest budowa anatomiczna. Płeć metrykalna jest więc w tym kontekście determinowana biologicznie i ustalana zewnętrznie oraz niezależnie od jednostki, zaś tożsamość płciowa, będąca wynikiem interakcji różnorodnych czynników, stanowi wyraz samoidentyfikacji, do której sformułowania i wyrażenia jednostka musi być zdolna. Można zatem uznać, że tożsamość płciowa nowonarodzonego dziecka jest albo nieustalana, albo zachodzi domniemanie zgodności tożsamości płciowej z płcią określoną przy urodzeniu. W związku z powyższym, dalszy rozwój dziecka naznaczony jest różnymi ze względu na płeć wpływami socjalizacyjnymi i wychowawczymi oraz ich skutkami (Morawska, 2020).

W piśmiennictwie psychologicznym (por. Beisert, 2017; Jackson i in., 2023) najczęściej odnaleźć można założenie, że płeć dzieci rozwija się normatywnie, gdy tożsamość płciowa pozostaje w zgodzie z przypisaną płcią przy urodzeniu – żeńską lub męską (jest cisgenderowa i binarna). Taki stan rzeczy zdaje się trudny do utrzymania z jednoczesnym rozwojem wiedzy dotyczącej różnorodności płciowej, niebinarności i transpłciowości w naukach społecznych oraz medycynie. W dostępnej literaturze odnaleźć można próby rekonceptualizacji klasycznych teorii rozwoju płci i tożsamości płciowej. Próby te zasadzają się na podkreślaniu wielowymiarowości kategorii płci oraz na postulowaniu określania każdego wymiaru niezależnie od pozostałych. Możliwa konstelacja zgodności i niezgodności poszczególnych wymiarów płci, jak i niekiedy ich opisowy charakter, stanowi wyraz różnorodności płciowej, nie zaś miarę normatywności rozwoju płci (Jackson i in., 2023). W części współczesnych teorii rozwój tożsamości płciowej (zarówno cis- jak i transpłciowej) wyjaśniany jest za pomocą tych samych procesów i mechanizmów, ujmowanych jako różne warianty normatywnego procesu rozwojowego; w przypadku osób transpłciowych proces ten spostrzegany jest li tylko jako nieco dłuższy i bardziej złożony (Riggs, 2019). Rozwój tożsamości płciowej rozumiany jest także jako ciągły, dynamiczny proces poszukiwania i identyfikowania się z najlepiej dopasowaną (z aktualnie dostępnych) kategorią płciową. Dopasowanie do danej kategorii jest wynikiem oceny interakcji czynników obejmujących między innymi: reakcje otoczenia na daną identyfikację, odczucia jednostki na temat jej własnej płci oraz przekaz kulturowy dotyczący danej kategorii płciowej. Koncept ten stoi w pewnej sprzeczności z postulowaną w teoriach klasycznych stałością tożsamości płciowej (Jackson i in., 2023).

1.3. Transpłciowość, transseksualizm, niezgodność płciowa i dysforia płciowa

Wynikiem powyżej opisanych procesów rozwoju jest ukształtowanie się u jednostki postaw wobec: własnej anatomii (w tym cech płciowych), sposobu określania jej płci przez otoczenie społeczne, przekazywanej wiedzy dotyczącej płci i rodzaju, a także dostępnych kategorii rodzajowych i/lub płciowych, względem których jednostka dokonać ma identyfikacji lub jej odmówić (agenderyzm). Normatywność tych postaw i ich spójności, w sensie społecznym, psychologicznym i medycznym, była różnie określana na przestrzeni dziejów i pozostaje zależna od kultury (Bojarska, Kłonska, 2014; Rusak-Romanowska, 2021). Jak dotąd nie wykazano, by na przestrzeni dziejów, w którejkolwiek z kultur, binarne określenie swojej płci zgodne z płcią naznaczoną przy narodzeniu w oparciu o anatomiczne przesłanki, które były jednoznaczne i typowe, wzbudzało wątpliwości co do swojej normatywności. Odnotowano zaś dużą wariantywność w zakresie rozróżniania między płcią a rodzajem, a także określania normatywności obserwowanych w danym środowisku i w danym czasie sposobów określania swojej płciowości i jej ekspresji (Ember i Ember, 2003; Herdt, 2020; Kuligowski i Sztyma, 2020). Jednocześnie dowiedziono znacznej złożoności i niejednoznaczności pojęć oraz terminów używanych w dyskursie naukowym dotyczącym omawianych zjawisk. Wiele pojęć jest niejednoznacznie definiowanych; niektóre terminy są odrzucane przez środowiska sojusznicze wobec osób transpłciowych ze względu na ich potencjalną transfobiczność; inne terminy zaś odrzuca bardziej konserwatywna część społeczeństwa i środowisk akademickich ze względu na rozpoznawanie w ich użyciu prób manipulacji wiedzą naukową przez tzw. translobbystów czy aktywistów LGBT+.

Poniżej dokonano próby zdefiniowania i usystematyzowania pojęć używanych w referowanym w kolejnych rozdziałach projekcie badawczym oraz określenia, w jakich relacjach względem siebie pozostają oraz jak dyskurs naukowy dotyczący transpłciowości i różnorodności płciowej kształtował system pojęciowy w perspektywie kulturowej i historycznej.

1.3.1. Zjawisko transpłciowości i terminy pokrewne

Transpłciowość (inaczej transgenderyzm) określana jest jako tzw. termin parasolowy, gdyż służy on do określania szerokiego spektrum różnorodności płciowej i rodzajowej. Definiowany jest jako *termin zbiorczo odnoszący się do osób, których poczucie płci lub też zachowania kojarzone społecznie z płcią wyrażają się w sposób podważający oczekiwania społeczne i społeczne przekonania o tym, że poczucie płci lub wspomniane zachowania to oczywista emanacja płci cielesnej, rozumianej jako rozłączna dwukategorialna cecha o ściśle*

biologicznym charakterze (Bojarska, Kłonkowska, 2014, s. 69). Termin ten z uwagi na swoją nieprecyzyjność oraz szeroki zakres możliwych desygnatów jest także często i chętnie wybierany przez osoby, które określają swoją tożsamość seksualną poprzez brak stałej i jasno określonej identyfikacji z konkretną kategorią rodzajową czy też płciową (Mijas i Koziara, 2020). W swoistej analogii do określenia *transpłciowość* powstał termin *cispłciowość* (inaczej cisgenderyzm) definiowany jako *stan zgodności między płcią przypisaną a odczuwaną tożsamością płciową* (Pliczko i Mijas, 2020, s. 260). Powstanie tego pojęcia wiązało się z próbą zdjęcia stygmatu zaburzenia czy też choroby z osób transpłciowych poprzez modyfikację struktury systemu pojęć. Transpłciowość (obok cispłciowości) miała jawić się jako jeden z możliwych sposobów określania swojej tożsamości płciowej. Wcześniej osoby cispłciowe były określane jako osoby z prawidłowo czy też właściwie rozwiniętą płcią lub osoby, u których występuje zgodność komponentów płci. W języku angielskim osoby takie określane są mianem *gender normals*. Część badaczy uznaje taki stosunek do tego zagadnienia za przejaw reifikacji płci, a także cisseksizmu (Schilt i Westbrook 2009). Pojawiające się przedrostki *cis* i *trans* znaczą odpowiednio: *po tej samej stronie* oraz *przez, poza, poprzez* (Schilt i Westbrook, 2009; Bojarska i Kłonkowska, 2014). Analogii pozwalającej zrozumieć zasadność ich użycia oraz wzajemny stosunek, w jakim względem siebie pozostają, można doszukać się w chemii organicznej, w zagadnieniach izomerii geometrycznej. O formie cząsteczki typu *cis* mówi się wówczas, gdy dwa podstawniki znajdują się po tej samej stronie płaszczyzny wiązania, zaś forma *trans* zaistnieje wtedy, gdy dwa podstawniki znajdują się po przeciwnych stronach względem płaszczyzny wiązania. Analogia staje się jasna, jeśli za podstawniki uzna się płeć określoną przy narodzinach oraz płeć w znaczeniu identyfikacji płciowej. Zgodność między tymi wymiarami oznacza cispłciowość, a więc „położenie” płci oznaczonej przy urodzeniu oraz tożsamości płciowej „na tej samej płaszczyźnie” kobiecej lub męskiej. Analogia ta nie uwzględnia co prawda niebinarnych sposobów identyfikowania się, niemniej jednak ukazuje strukturę pojęć.

Podstawą słowotwórczą w omawianych pojęciach jest płeć rozumiana jako rodzaj (ang. *gender*), co uwidacznia się w przytaczanych formach wariantywnych (np. transpłciowość, inaczej transgenderyzm). Taki stan rzeczy jest wyrazem akcentu, jaki poprzez to pojęcie stawiany jest w rozumieniu płciowości jako społecznie konstruowanego fenomenu, w ramach którego jednostka dokonuje swobodnej autoidentyfikacji związanej ze swoją płciowością lub też pozostaje w ciągłym procesie identyfikowania się. Osoba przyjmuje zatem lub odrzuca społeczne role płciowe oraz podejmuje strategie ekspresji oraz emancypacji związanej ze swoją

płciowością. Co ważne, transpłciowość jest terminem, który nigdy nie był wykorzystany jako określenie diagnostyczne – nigdy nie stanowił nazwy jednostki zaburzenia czy jednostki chorobowej ujętej w klasyfikacjach ICD (ang. *International Classification of Diseases*) oraz DSM (ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). W literaturze przedmiotu (por. Seligman, Walker, Rosenhan, 2003; Bojarska i Kłonkowska, 2014; Robach, 2017; Mijas, Koziara, 2020) odnaleźć można także terminy *transseksualność* oraz *transseksualizm*, w których podstawą słowotwórczą jest słowo *sex* nieodnoszące się do czynności seksualnych, ale do płci w znaczeniu biologicznym. Określenie to *odnosi się do tej części osób transpłciowych, które postrzegają własną anatomię płciową jako kategorycznie konfliktującą z poczuciem płci i jako przekreślającą poczucie wewnętrznej spójności pomiędzy cielesnością a tożsamością* (Bojarska i Kłonkowska, 2014, s. 70). W większości konceptualizacji podkreśla się, iż termin *transseksualność* odnosi się jedynie do osób o binarnej tożsamości płciowej, które identyfikują się z płcią przeciwną względem oznaczonej przy urodzeniu. Użycie sformułowania *utożsamianie z płcią przeciwną* wskazuje na to, iż osoby te identyfikują się w sposób binarny, co miałyby być cechą wyróżniającą tę właśnie grupę osób wśród pozostałych osób transpłciowych. Grupę osób transseksualnych charakteryzuje także silne i stałe dążenie do posiadania fenotypu charakterystycznego dla kobiety lub mężczyzny (odpowiednio do płci psychicznej) w danym środowisku społeczno-kulturowym. Osoby takie często określają swój stan jako *uwięzienie w ciele przeciwnej płci*, a także poddają się interwencjom medycznym w swoim procesie tranzycji (Bojarska i Kłonkowska, 2014; Robacha, 2017). Transseksualność zwykle opisywana jest jako jedna z możliwych ekspresji transpłciowości, niemniej jednak odnotowuje się sprzeciw osób transseksualnych, by klasyfikować je jako transpłciowe. Uzasadniają one ów sprzeciw najczęściej poczuciem marginalizowania przekazu dotyczącego specyficznych potrzeb procesu tranzycji medycznej w natłoku różnorodności poruszanych zagadnień w ramach dyskursu związanego z transpłciowością (Lev, 2004). Niektórzy badacze (np. Robacha, 2017) definiując transseksualizm odnoszą się także do płci mózgu (budowy i czynności), która określana jest jako sprzeczna z płcią somatyczną, gonadalną, hormonalną, genetyczną i socjalną.

1.3.2. Tożsamość płciowa w klasyfikacjach medycznych

Warto podkreślić, iż transseksualizm i transseksualność to terminy semantycznie obciążone konotacjami z zaburzeniami i chorobami psychicznymi. D. Cauldwell (1949, za: Mijas i Koziara, 2020) w publikacji *Psychopatiea transexualis* upowszechnił użycie tego terminu w kontekście zaburzenia psychicznego. W kolejnych dekadach transseksualizm został

opisany jako jednostka diagnostyczna w DSM-III (APA, 1980), a także ICD-10 (1992; nadal obowiązującej w Polsce z uwagi na brak oficjalnego tłumaczenia wersji 11). Zarówno w literaturze przedmiotu (por. Mijas i Koziara, 2020), jak i w praktyce społecznej zauważa się obecność terminu *transseksualność*. Określenie to, poprzez zastąpienie końcówki *-izm* za pomocą neutralnego i niestygmatyzującego zakończenia słowa (*-ość*) stanowi alternatywny, mniej patologizujący sposób nazywania tej tożsamości płciowej (Mijas i Koziara, 2020). Praktyka ta przez znaczną część środowiska LGBT+ odbierana jest jako wyraz szacunku i postawy sojuszniczej wobec osób transseksualnych. Istnieją jednak i takie grupy osób transpłciowych, które postulują całkowite zaprzestanie używania terminu *transseksualność*, co pozostaje w sprzeczności z preferencjami wyrażanymi przez osoby transseksualne, akceptujące właśnie taki sposób określania ich tożsamości płciowej.

Poza wspomnianymi terminami stosowanymi w dyskursie akademickim i społecznym dotyczącym płci oraz rodzaju nierzadko pojawia się określenie *różnorodność płciowa* (osoby zróżnicowane płciowo). *Transpłciowość* jako termin i kategoria, mimo swego inkluzywnego i permissywnego wydźwięku, doczekała się krytyki ze strony części środowisk intelektualnych. Owa różnorodność płciowa to termin mający właśnie jak najszerzej określać *różnorodne ekspresje, role i tożsamości płciowe z wyłączeniem cisplciowości* (Mijas i Koziara, 2020, s. 7). Określenie to obejmuje, jak zostało to ujęte w 8. wersji *Standardów Opieki* (SOC) wydanych przez WPATH (ang. *World Professional Association for Transgender Health*, czyli *Światowe Stowarzyszenia Specjalistów do spraw Zdrowia Osób Transpłciowych*), grupy zróżnicowane płciowo, często zaniedbywane i/lub marginalizowane, w tym osoby niebinarne, eunuchów (kategoria pojawiająca się jako tożsamość płciowa we wspomnianym dokumencie) i osoby interseksualne (Coleman i in., 2022).

Zarówno omówione powyżej zjawisko transpłciowości, jak i transseksualność odnoszą się do kategorii tożsamości płciowej i identyfikacji płciowej dokonywanej przez daną osobę. Wiele kontrowersji wzbudzało określanie normatywności tych zjawisk ze względu na wątpliwość, czy interpretowanie siebie w taki czy inny sposób powinno podlegać medycznej ocenie. Część badaczy skupiła się na dyskomforcie i cierpieniu jako doświadczeniach stanowiących problem, który można rozwiązać poprzez odpowiednie leczenie. W ujęciu tym kluczowym pojęciem jest dysforia płciowa. W DSM-5 dysforia płciowa jest także jednostką diagnostyczną, która zastąpiła – obecne we wcześniejszej wersji tej kategoryzacji – zaburzenia tożsamości płciowej. We wspomnianym opracowaniu dysforię płciową rozumie się jako jednostkę diagnostyczną definiowaną poprzez szereg objawów (zagadnienie to zostanie szerzej

omówione w punkcie 1.4.2. *Opiniowanie niezgodności płciowej*), ale także – w znaczeniu węższym – jako jeden z objawów transpłciowości. Dysforia płciowa definiowana jest jako trwałe cierpienie i dyskomfort wynikający z rozbieżności między płcią przypisaną przy narodzinach a tożsamością płciową jednostki (Pliczko i Mijas, 2020; Dora i in., 2021).

W najnowszych ujęciach dysforia płciowa charakteryzowana jest jako odpowiedź na wewnętrzne i zewnętrzne bodźce ewokujące i podkreślające rozdźwięk między wewnętrznym rozumieniem siebie a zewnętrzną ekspresją (Austin i in., 2022). *American Psychiatric Association* podaje, iż *doświadczenia dysforii płciowej odnoszą się ogólnie do niepokoju związanego z niezgodnością między tożsamością płciową a płcią przypisaną przy urodzeniu i stanowią podstawowe kliniczne kryteria diagnostyczne w DSM-5* (APA, 2013, s. 451). Jest ona zjawiskiem dynamicznym – słabnie i nasila się w czasie w zależności od okoliczności, a także okresu rozwojowego (np. nasila się w okresie dojrzewania, gdy intensywnie rozwijają się cechy płciowe) (Muldner-Nieckowski i in., 2020; Dora i in., 2021). Dysforia płciowa jest doświadczeniem wielu osób transpłciowych, natomiast nie stanowi ona cechy immanentnej dla transpłciowego określania swojej tożsamości płciowej. To właśnie wystąpienie owego utrwalonego cierpienia i dyskomfortu oraz stopień jego nasilenia jest przesłanką dla podjęcia oddziaływań klinicznych – nie zaś transpłciowość jako taka, gdyż budzić wątpliwości etyczne może idea leczenia i dokonywania medycznej oceny czyjegoś sposobu interpretowania siebie i autoidentyfikacji (Dora i in., 2021).

Rozumienie pojęcia dysforii płciowej dopełniane jest poprzez jej antonim, a więc euforię płciową. Pojęcie to jednak nie posiada jednej, spójnej definicji, a także jest w niewielkim stopniu obecne w piśmiennictwie naukowym (Grabski, 2020; Austin i in., 2022). Euforia płciowa ujmowana jest jako *termin powszechnie używany w odniesieniu do szeregu pozytywnych uczuć, w tym między innymi komfortu, pewności siebie, pewności, satysfakcji i radości w odpowiedzi na afirmację własnego ciała lub tożsamości płciowej* (Austin i in., 2022, s. 3). Wykazano, że euforia płciowa u osób transpłciowych wiąże się m.in. z występowaniem pozytywnych myśli, emocji i/lub zachowań odnoszących się do ich tożsamości płciowej. Obejmuje to na przykład doświadczenia, które potwierdzają ich odczuwaną płć, takie jak bycie prawidłowo postrzeganym przez innych czy noszenie ubrań zgodnych z własnym poczuciem tożsamości płciowej. W następstwie tych doświadczeń jednostka doświadcza afirmujących i przyjemnych myśli dotyczących zgodności między płcią odczuwaną a wizerunkiem i ekspresją płciową, co nierzadko prowadzi do odczuwania dodatnich emocji i pozytywnego nastroju. Te

poznawczo-emocjonalne procesy katalizują pozytywne reakcje behawioralne powiązane z afirmacją odczuwanej płci, przekładając się na lepszą ocenę jakości życia (Austin i in., 2022).

1.3.3. Psychologiczne konsekwencje dysforii płciowej

Dysforia płciowa ze względu na swój afektywny charakter jest przywoływana w dyskusjach związanych ze współwystępowaniem transpłciowości z zaburzeniami psychicznymi. W populacji dorosłych osób transpłciowych, w porównaniu z populacją ogólną, odnotowuje się częstsze występowanie zaburzeń psychicznych (Piegza i Głowczyński, 2022), w tym depresyjnych (Witcomb i in., 2018), a także lękowych w ogóle (Millet i in., 2017) oraz związanych z lękiem społecznym (Gómez-Gil i in., 2009). U osób transpłciowych obserwuje się także częstsze występowanie zachowań suicydalnych (Herman i in., 2019; Bränström i Pachankis, 2020), a także związanych z nadmiernym spożywaniem alkoholu oraz zażywaniem innych substancji psychoaktywnych (Nuttbrock, 2012; Piegza i Głowczyński, 2022). Warto także zauważyć, że osoby transpłciowe ze względu na specyficzne czynniki ryzyka są także bardziej narażone na problemy związane z odżywianiem się (Gijs i in., 2014; Uniacke i in., 2021). Nierzadko osoby z tej grupy opisują dążenie do szczupłości jako próbę stłumienia cech swojej płci nadanej przy urodzeniu lub podkreślenia cech płci tożsamościowej (Algars i in., 2012; Jones i in., 2018).

Pomimo udokumentowanego zwiększonego występowania zaburzeń i problemów psychicznych wśród osób transpłciowych, kluczowy pozostaje fakt, iż transpłciowość sama w sobie nie jest zaburzeniem psychicznym (Colemann i in., 2022; Piegza i Głowczyński, 2022). W systematycznym przeglądzie 44 badań wyłoniono czynniki ryzyka dla negatywnych zmiennych zdrowia psychicznego w populacji osób transpłciowych, do których zalicza się (Tankersley i in., 2021): narażenie na dyskryminację, doświadczanie przemocy fizycznej i werbalnej, izolację społeczną, niską samoocenę, niesatysfakcjonujące relacje z rówieśnikami oraz niezadowolenie z masy ciała. Wyłoniono także czynniki promujące rezyliencję, wśród których odnaleźć można: dostępne wsparcie społeczne, dobre więzi rodzinne oraz możliwość używania wybranego przez jednostkę imienia. Wśród osób uczęszczających do szkół kluczowa była ocena szkoły pod względem możliwości czucia się w niej bezpiecznie, a także budowania poczucia przynależności. Mimo że badania włączone do referowanego przeglądu przeprowadzane były wśród adolescentów i młodych dorosłych to zdaje się, że uprawnione jest ekstrapolowanie wniosków z nich płynących na całą populację osób transpłciowych (Tankersley i in., 2021).

Nasilone występowanie zaburzeń psychicznych w tej populacji przez część badaczy rozumiane jest jako wynik dysforii płciowej przeżywanej w sposób utajony i nieświadomy. Przedłużający się psychiczny dyskomfort czy cierpienie, mimo braku czy niepełnego rozpoznania jego przyczyny przez jednostkę, może prowadzić do rozwijania różnorodnych zaburzeń internalizacyjnych i eksternalizacyjnych. Warto bowiem pamiętać, iż dysforia płciowa wyraża się w sposób jawny i świadomy wówczas, gdy jednostka trafnie rozpoznaje źródło swojego cierpienia psychicznego w doświadczanej niezgodności komponentów płci (Krueger i Markon, 2006, za: Muldner-Nieckowski i in., 2020). Innym sposobem eksplanacji opisywanych zależności jest podejście skupione wokół stresu mniejszościowego rozumianego jako *dodatkowe, przewlekłe i społecznie uwarunkowane obciążenie psychiczne osób pochodzących z grup społecznie stygmatyzowanych* (Piega i Głowczyński, 2022, s. 165). Wyróżnia się trzy rodzaje stresorów stresu mniejszościowego: (1) stresory dystalne (np. trudności w środowisku pracy, akty przemocy), (2) interaktywne stresory proksymalne (negatywne oczekiwania, np. antycypowanie błędnego używania imienia podczas spotkań towarzyskich) oraz (3) zinternalizowane stresory proksymalne (np. zinternalizowana transfobia). Do grupy stresorów specyficznych dla opisywanej populacji zalicza się także ukrywanie tożsamości płciowej. W podejściu akcentującym zagadnienie stresu mniejszościowego dysforia płciowa konceptualizowana jest jako mediator między dystalnym stresorem a objawami zaburzeń psychicznych. Wykazano przykładowo, że dysforia płciowa stanowić może proksymalne źródło stresu mniejszościowego wśród osób transpłciowych, a odnotowywane u nich zaburzenia psychiczne mogą być wtórne wobec dysforii płciowej (Galupo i in., 2019; Lindley i Galupo, 2020).

Podsumowując powyższe rozważania dotyczące natury, uwarunkowań oraz konsekwencji dysforii płciowej należy podkreślić, iż pomoc w zakresie radzenia sobie z dysforią płciową oraz wspieranie rozwoju euforii płciowej powinno być jednym z zasadniczych celów oddziaływań psychologicznych oferowanych osobom transpłciowym (Muldner-Nieckowski i in., 2020).

1.4. Ujawnienie transpłciowości i proces tranzycji

W polskiej literaturze przedmiotu pojęcie tranzycji jest stosowane synonimicznie z określeniem *korekta płci* i definiowane jako *proces obejmujący różnorodne oddziaływania (terapia hormonalna, operacje chirurgiczne, zmiany prawne), których celem jest uzyskanie wyglądu ciała i (lub) danych formalnych odpowiadających odczuwanej płci* (Pliczko i Mijas, 2020, s. 263). Definicja ta pomija aspekt społeczny tranzycji związany z ujawnianiem

tożsamości płciowej (potocznie: ang. *coming out*) oraz z funkcjonowaniem w sytuacjach społecznych zgodnie z płcią odczuwaną (np. ubieranie się w preferowany strój przypisany do określonej płci, posługiwanie się imieniem i formami gramatycznymi zgodnymi z płcią odczuwaną, korzystanie z określonych szatni i toalet). Z uwagi na złożoność opisywanego procesu niekiedy spotyka się osobne opracowania dotyczące tranzycji medycznej, prawnej (uzgodnienia płci) oraz tranzycji społecznej. Pojęcia te stanowią wymiary jednego procesu doświadczanego przez jednostkę. Ogólne scharakteryzowanie procesu tranzycji we wszystkich jego wymiarach nie jest zadaniem łatwym z uwagi na duże zindywidualizowanie jego przebiegu oraz dowolność w zakresie podejmowania wybranych przez daną osobę oddziaływań. Ów zakres i rodzaj podejmowanych działań może wynikać z potrzeb oraz preferencji jednostki, aktualnych możliwości finansowych, stanu zdrowia, obowiązującego w danym kraju prawodawstwa i wielu innych czynników (Coleman i in., 2022). Proces tranzycji zwykle rozpoczyna się od ujawnienia tożsamości płciowej przed najbliższymi i/lub zainicjowania funkcjonowania społecznego w preferowanej roli płciowej (Budge i in., 2012); w wymiarze medycznym zaś – od rozpoczęcia terapii hormonalnej (Coleman i in., 2012).

1.4.1. Ujawnienie tożsamości płciowej

Zjawiskiem nieco szerszym, ale silnie powiązanim z procesem tranzycji jest *coming out* rozumiany nie tylko jako ujawnienie przed innymi swojej tożsamości płciowej, ale jako swoisty proces rozwojowy, w którym wyróżnić można pewne stadia (Bockting i Coleman, 2016; Muldner-Nieckowski i in., 2020). Pierwsze z nich to czas wyłaniania się świadomości własnej tożsamości płciowej i jej rozbieżności z płcią przypisaną i/lub z budową anatomiczną. Stadium drugie charakteryzuje się poszukiwaniem informacji i rozeznawaniem się we własnej sytuacji, a także poszukiwaniem innych osób o podobnych doświadczeniach. W stadium trzecim ma miejsce to, co zwykle nazywane jest właśnie *coming outem*, a więc ujawnienie tożsamości płciowej przed osobami znaczącymi. Etap ten wskazywany jest często jako najbardziej istotny w procesie *coming outu* i jednocześnie jako najtrudniejszy etap tranzycji. Stadium czwarte i piąte to odpowiednio eksploracja tożsamości i tranzycja oraz eksploracja tranzycji i ewentualne modyfikacje ciała. W stadiach tych osoba lepiej poznaje siebie i swoje potrzeby w zakresie tranzycji, podejmuje eksperymenty wizerunkowe oraz rozpoczyna tranzycję społeczną. Okres ten to także mierzenie się z trudnościami związanymi z medycznym aspektem tranzycji. Ostatnim, szóstym stadium jest tzw. *integracja i duma*. Część osób transpłciowych decyduje się na bycie *stealth* (funkcjonowanie społeczne w danej roli płciowej zgodnej z tożsamością płciową bez informowania otoczenia o swojej transpłciowości), inne zaś

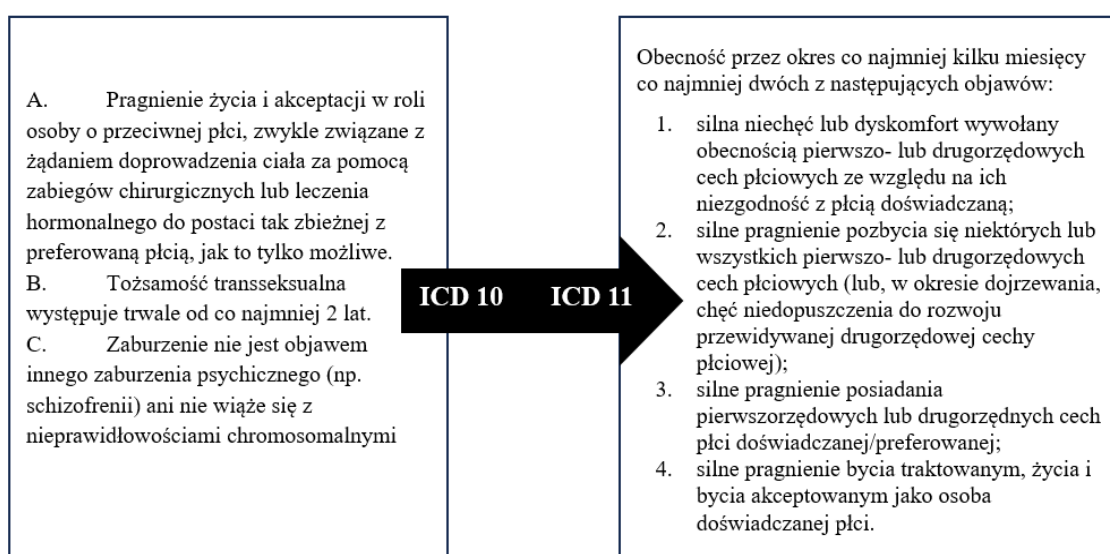
osoby w różnym stopniu decydują się na ujawnianie. W fazie tej dysforia zwykle ustępuje całkowicie lub częściowo – obserwuje się także stabilizację tożsamości, obrazu siebie i nastroju (Lev, 2004 za: Muldner-Nieckowski i in., 2020). W rezultacie prób empirycznej weryfikacji wiedzy dotyczącej *coming outu* osób transpłciowych ustalono, iż najlepszym ujęciem tego procesu jest ciągłe, społecznie osadzone, zależne od kontekstu umiejętne zarządzanie swoją tożsamością płciową (Brumbaugh-Johnson i Hull, 2018).

1.4.2. Opiniowanie niezgodności płciowej

Mimo wspomnianych trudności związanych z ogólnym scharakteryzowaniem procesu tranzycji, *Polskie Towarzystwo Seksuologiczne* (PTS) wydało zalecenia dotyczące opieki nad zdrowiem dorosłych osób transpłciowych, dotyczące m.in. omawianego procesu. Dokument ten w znacznej mierze opiera się o 7. wersję standardów opieki WPATH (Grabski i in., 2021). Aktualnie WPATH wydało 8. wersję tychże standardów, która nie została jak dotąd przetłumaczona na język polski. Etapem koniecznym i umożliwiającym podjęcie tranzycji medycznej oraz kroków prawnych jest posiadanie przez jednostkę diagnozy transpłciowości (Grabski, 2020; Grabski i in., 2021). Krokiem koniecznym i zalecanym w procesie korekty płci jest więc diagnoza medyczna obejmująca także opiniowanie psychologiczne. Zalecenia PTS wspierają znaczący udział specjalistów zdrowia psychicznego w procesie diagnostycznym, którego celem jest postawienie odpowiedniego rozpoznania w oparciu o ICD-10 oraz stwierdzenie zdolności osoby do wyrażenia świadomej zgody. Diagnoza winna być wynikiem współpracy minimum dwóch specjalistów – psychologa o odpowiednim przygotowaniu i lekarza psychiatry i/lub seksuologa. Zgodnie z rozporządzeniem Światowej Organizacji Zdrowia (ang. *World Health Organization*, WHO) od 01.01.2022 roku obowiązuje 11. wersja ICD, która w Polsce wejdzie w życie, gdy opublikowane zostanie jej oficjalne tłumaczenie. Najnowsza wersja ICD jest kluczowa dla omawianego zagadnienia, gdyż zmienia się w niej sposób rozumienia transpłciowości, a co za tym idzie, także jej diagnozowania. M. Smaś-Myszczyński i R. Ryziński (2022, s. 10) zmianę tę określają mianem rewolucyjnej, zauważając, iż w ICD-11 zachodzi *depatologizacja i odmedykalizowanie tożsamości płciowej poprzez wprowadzenie terminu „niezgodność płciowa” i przegrupowanie jej z dotychczasowej kategorii zaburzeń osobowości i zachowania do nowo powstałej kategorii zdrowia seksualnego*. Tym samym niezgodność płciowa nie jest już rozpoznaniem psychiatrycznym, a stanem związanym ze zdrowiem seksualnym. Decyzja o pozostawieniu rozpoznania powiązanego z transpłciowością podyktowana była zapewnieniem osobom transpłciowym dostępu do specyficznych świadczeń zdrowotnych, które w wielu krajach są zależne od diagnozy

kwalifikującej (Dora, 2022; Smaś-Myszczyżyn i Rzyński, 2022). Poniżej (Ryc. 2) dokonano zestawienia kryteriów diagnostycznych dla *transseksualizmu* (ICD-10) oraz *niezgodności płciowej* (ICD-11).

W kryteriach diagnostycznych niezgodności płciowej określenie *przeciwnej płci* zostaje zastąpione przez pojęcie *płci doświadczanej/ preferowanej*, co jest wyrazem rozumienia płci jako kontinuum oraz przyjęcia niebinarnych kategorii płciowych. Zmiana ta wyraża się także w bardziej zindywidualizowanym podejściu do potrzeb związanych z zakresem i kompozycją oddziaływań tranzycyjnych.



Rycina 2. Zmiany w kryteriach diagnostycznych dot. niezgodności płciowej/transseksualizmu. (opracowanie własne na podstawie: Grabski, 2020 oraz Smaś-Myszczyżyn i Rzyński, 2022)

Porównując opisywane rozpoznania z ICD-11 i DSM-5 uwagę zwraca różniące je kryterium cierpienia, wymagane w diagnozie dysforii płciowej oraz fakt, iż rozpoznanie to pozostaje diagnozą związaną ze zdrowiem psychicznym. Wskazuje się, że rozpoznanie z ICD-10 przyczyniło się do stygmatyzacji społecznej osób transpłciowych i niewystarczająco koncentrowało się na ich dobrostanie. Mimo powszechnej krytyki zarówno ze strony środowisk eksperckich, jak i aktywistycznych, w Polsce nadal stosuje się rozpoznanie *transseksualizmu*, do czego obliguje system opieki zdrowotnej oraz aktualna polityka państwa. Sytuacja ta powoduje konflikt między wymogami instytucjonalnymi a zapisami kodeksów etyki zawodu (Grabski, 2020, Smaś-Myszczyżyn i Rzyński, 2022).

Presja wywierana na specjalistach świadczących opiekę zdrowotną osobom transpłciowym potęgowana jest także poprzez naciski środowisk aktywistycznych, które

postulują radykalną formułę modelu świadomej zgody, w ramach której sama wyrażona chęć tranzycji powinna stanowić wystarczającą przesłankę do jej przeprowadzenia. Należy także odnotować, iż w Polsce obserwuje się uzależnianie sądowego uzgodnienia płci od zastosowanego przez daną osobę postępowania medycznego, co może budzić wątpliwości etyczne i nie stanowi światowego standardu (Grabski, 2020).

1.4.3. Proces tranzycji

Choć dogłębne omówienie samego procesu diagnozy przekracza znacznie ramy niniejszej rozprawy, to jednak warto zauważyć, iż w Polsce uzyskanie właściwego rozpoznania jest konieczne, aby rozpocząć stosowanie terapii hormonalnej afirmującej płeć (ang. *gender affirming hormonal treatment*, GAHT), która w standardowym postępowaniu jest pierwszym oddziaływaniem medycznym proponowanym w ramach tranzycji (poza wspomnianą diagnostyką). W przypadku trans kobiet terapia hormonalna polega najczęściej na podawaniu estradiolu i octanu cyproteronu lub spironolaktonu o działaniu antyandrogennym, zaś w przypadku trans mężczyzn stosuje się testosteron. Analogi gonadoliberyny (GnRH) używane jako tzw. blokery dojrzewania stanowią odrębne zagadnienie, które nie zostanie tu omówione, gdyż dotyczy wyłącznie osób w okresie adolescencji do około 16 roku życia – ponadto, jak wykazano, interwencja ta jest rzadko stosowana w Polsce (Gawlik i in., 2022). Zgodnie z opiniami wiodących ośrodków medycyny seksualnej i endokrynologii stwierdza się, że stosowana u osób dorosłych terapia hormonalna afirmująca płeć (GAHT) jest bezpieczna pod warunkiem zapewnienia nadzoru medycznego (regularne badania laboratoryjne). Ponad wszelką wątpliwość udowodniono pozytywny wpływ stosowania GAHT na satysfakcję z życia, dobrostan i zdrowie psychiczne osób transpłciowych, w tym zmniejszenie cierpienia psychicznego i ryzyka samobójstw (Coleman i in., 2022; Green i in., 2022; Doyle i in., 2023; Aldridge i in., 2023). Pierwsze efekty GAHT obserwuje się zazwyczaj po trzech miesiącach stosowania, natomiast efekty maksymalne pojawiają się po około 3-5 latach terapii. Celem utrzymania efektów terapia hormonalna kontynuowana jest nieprzerwanie w ciągu całego życia (Trofimiuk-Muldner, 2020). W 8. wersji standardów opieki WPATH zaleca się także utrzymywanie terapii hormonalnej u osób hospitalizowanych psychiatrycznie, jak i przechodzących kryzysy psychiczne, jeżeli nie ma co do tego wyraźnych przeciwwskazań, a także utrzymanie GAHT w przypadku wszelkich hospitalizacji, o ile również nie występują wyraźne przeciwwskazania medyczne (Coleman i in., 2022).

Do oczekiwanych efektów terapii hormonalnej stosowanej u transpłciowych kobiet należą: redystrybucja tkanki tłuszczowej, obniżenie masy mięśniowej i siły mięśni, ścieńczenie

skóry i zmniejszenie łojotoku, obniżenie libido, zmniejszenie częstości/ustąpienie erekcji, zmniejszenie objętości jąder i prostaty, zmniejszenie spermatogenezy, zmniejszenie męskiego owłosienia, a także łysienia typu męskiego. Następuje także powiększenie piersi, które zwykle jest oceniane jako niewystarczające i osoby podejmują leczenie chirurgiczne w tym zakresie (Bancroft, 2009; Irving i Lehault, 2017; Trofimiuk-Muldner, 2020). Spodziewanymi efektami terapii hormonalnej afirmującej płeć stosowanej u transpłciowych mężczyzn są: redystrybucja tkanki tłuszczowej, obniżenie tembru głosu, zwiększenie masy i siły mięśniowej, ustanie miesiączkowania, pojawienie się owłosienia typu męskiego twarzy i ciała, łysienie typu męskiego, atrofia pochwy i powiększenie łechtaczki, a także zwiększenie libido. Terapia hormonalna afirmująca płeć, pomimo stwierdzonego bezpieczeństwa dla zdrowia osób ją stosujących, nie jest wolna od skutków ubocznych, z czym związany jest zalecany stały nadzór medyczny. Częstym i odbieranym jako niekorzystny efekt GAHT u trans mężczyzn jest przykładowo trądzik (Bancroft, 2009; Irving i Lehault, 2017; Trofimiuk-Muldner, 2020). Istnieją także nieliczne doniesienia dotyczące otyłości i wzrostu masy ciała oraz wartości BMI u osób stosujących GAHT (Kyinn i in., 2021). Jak wykazano w badaniach przeprowadzanych w Stanach Zjednoczonych, nawet jednej czwartej pacjentów transpłciowych zgłaszających się na wstępną konsultację chirurgiczną poprzedzającą zabieg operacyjny odmawia się wykonania zabiegu z powodu zbyt wysokiej wartości BMI wskazującej na otyłość (Taormina i in., 2023).

Jak wspomniano, zgodnie z sekwencyjnym, trójetapowym modelem procesu tranzycji, w pierwszej fazie osoba dokonuje tranzycji społecznej (w tym *coming outu*); w kolejnym etapie podejmowana jest terapia hormonalna (GAHT), zaś w trzecim – ostatnim – osoba nierzadko korzysta z zabiegów chirurgicznych afirmujących płeć. W modelu tym zmiany tranzycyjne uporządkowane są od najbardziej odwracalnych (np. tranzycja społeczna) do nieodwracalnych (np. panhisterektomia). Warto tu zauważyć, iż stopień odwracalności tranzycji społecznej jest zagadnieniem spornym, gdyż jednostka po tejże detranzycji może już nie być nigdy spostrzegana przez otoczenie społeczne jako osoba cispłciowa, lecz nadal jako osoba transpłciowa, która przykładowo z jakichś powodów postanowiła zrezygnować ze swojej społecznie manifestowanej tożsamości płciowej. Detranzycja społeczna może więc wiązać się ze zwiększonym narażeniem na napiętnowanie społeczne. Wykazano także, że w przypadku dzieci tranzycja społeczna może wzmacniać dysfориę płciową utrudniając (a nawet uniemożliwiając) jej ewentualne samoistne ustąpienie w dalszym procesie rozwoju (Zucker, 2020). Aktualnie model trójetapowy tranzycji podlega krytyce ze względu na jego dyrektywność i nieuwzględnianie indywidualności oraz złożoności pragnień i dążeń

tranzycyjnych danej jednostki (Grabski, 2020; Dora i in., 2021). W najnowszych wytycznych i zaleceniach w stosunku do osób dorosłych i adolescentów nie formułuje się wymogu terapii hormonalnej w kwalifikacji do zabiegu mastektomii i rekonstrukcji klatki piersiowej. Niemniej jednak zabiegi chirurgiczne są interwencjami zwykle podejmowanymi po uprzednim rozpoczęciu terapii hormonalnej, co znajduje potwierdzenie we własnej praktyce psychologicznej autora niniejszej rozprawy, jak i w dostępnym piśmiennictwie (por. Żołądek i Pliczko, 2020; Grabski, 2021). Warto także odnotować, iż w 8. wersji WPATH zawarte są konkretne wymogi kwalifikacyjne do zabiegów związanych z usunięciem gonad i narządów płciowych oraz ich wytworzenia. Wymogi te określone zostały w następujący sposób (Coleman i in., 2022):

- a. niezgodność płci jest wyraźna i trwała;
- b. dana osoba spełnia kryteria diagnostyczne niezgodności płciowej do interwencji chirurgicznej potwierdzającej płęć w regionach świata, w których taka diagnoza jest niezbędna do uzyskania dostępu do opieki zdrowotnej;
- c. jednostka wykazuje zdolność do wyrażenia zgody na konkretną interwencję chirurgiczną potwierdzającą płęć;
- d. jednostka rozumie wpływ interwencji chirurgicznej potwierdzającej płęć na zdrowie reprodukcyjne oraz rozważyła proponowane sposoby przedoperacyjnego zabezpieczenia możliwości reprodukcyjnych;
- e. inne możliwe przyczyny pozornej niezgodności płci zostały zidentyfikowane i wykluczone;
- f. zdrowie psychiczne i warunki fizyczne, które mogą negatywnie wpłynąć na wynik interwencji chirurgicznej potwierdzającej płęć, zostały ocenione i omówione wraz z ryzykiem i korzyściami zabiegu;
- g. stosowanie stabilnego reżimu leczenia hormonalnego potwierdzającego płęć (który to reżim może obejmować co najmniej 6 miesięcy leczenia hormonalnego lub dłuższy okres, jeśli jest wymagany do osiągnięcia pożądanego wyniku chirurgicznego, chyba że terapia hormonalna nie jest pożądana lub jest medycznie przeciwwskazana).

Ostatnie kryterium określane jest jako sugerowane, natomiast zalecenia PTS utrzymują w tym względie wymóg co najmniej rocznej terapii hormonalnej afirmującej płęć. W przypadku każdego zabiegu zaleca się także utrzymanie wymogu oceny eksperckiej wydawanej

przez jednego (zalecenie WPATH) lub dwóch (zalecenie PTS) specjalistów zdrowia psychicznego (Grabski i in., 2021; Coleman i in., 2022). Ponadto (ze względu na polskie prawodawstwo) wymaga się także sądowego uzgodnienia płci, tak aby wykonywane zabiegi stanowiły potwierdzenie płci metrykalnej, choć zasada ta znajduje liczne wyjątki (Mazurczak, 2020). Interwencje chirurgiczne afirmujące płeć stanowią ważny element opieki nad zdrowiem osób transpłciowych i różnorodnych płciowo. Przyczyniają się one do poprawy zdrowia psychicznego, jakości życia i ogólnego dobrostanu (Coleman i in., 2022; Swan i in., 2023), satysfakcji i zadowolenia z ciała oraz satysfakcji seksualnej (Cysarz i in., 2008; Tim i in., 2016; Agarwal i in., 2018) osób transpłciowych. Jednakże zabiegi te nie są obligatoryjne dla wszystkich osób transpłciowych, nie stanowią koniecznego kroku w procesie tranzycji, a zakres i rodzaj oddziaływań tranzycyjnych jest i winien pozostać indywidualną decyzją każdej osoby.

W 8. wersji standardów opieki WPATH zwraca się także uwagę na znaczenie interwencji związanych z głosem i komunikacją, w tym treningu głosu oraz komunikacji, a także operacji laryngologicznych. Ponadto eksperci formułują wyraźne zalecenie dotyczące kierowania uwagi na kwestie związane ze zdrowiem seksualnym i reprodukcyjnym osób transpłciowych i różnorodnych płciowo w okresie przed tranzycją i w jej trakcie (Coleman i in., 2022). Wykazano jednak, iż w Polsce zalecenia te bywają zazwyczaj pomijane (Zborowska, 2020).

W ostatnich dwóch dekadach obserwuje się wzrost liczby osób zgłaszających się do specjalistów zdrowia psychicznego i podstawowej opieki zdrowotnej ze względu na kłopoty związane z tożsamością płciową, dysforią płciową czy brakiem kongruencji płciowej (Dora i in., 2022; Cohn, 2023). W stosunku do lat poprzednich odnotowano także zmianę struktury wiekowej i płciowej tej grupy osób. Osoby oznaczone przy urodzeniu jako mężczyźni (ang. *assigned as male at birth*, AMAB) względem osób oznaczonych przy urodzeniu jako kobiety (ang. *assigned as female at birth*, AFAB) przed rokiem 2000 stanowiły znaczącą większość osób zgłaszających się do procesu tranzycji; obecnie większość stanowią osoby AFAB. Wzrosła także liczba dzieci i adolescentów oraz osób we wczesnej dorosłości poddających się procesowi diagnozowania w kierunku stwierdzenia transpłciowości. We wcześniejszych raportach wśród osób zgłaszających się dominowały trans kobiety w okresie środkowej dorosłości (Jorgensen, 2023). Jak dotąd nie rozpoznano w sposób jednoznaczny czynników kształtujących tożsamość transpłciową, toteż nie dziwi fakt, że brakuje przekonujących wyjaśnień dotyczących wzrostu liczby osób transpłciowych i różnorodnych płciowo. Istniejące uzasadnienia wzrostu liczby zgłoszeń do postępowania medycznego afirmującego płeć (ang.

gender affirming medical treatment, GAMT) wskazują na: powiększenie się zakresu kategorii diagnostycznych (transseksualizm vs. niezgodność płciowa), lepszy dostęp do profesjonalnej opieki zdrowotnej, zmianę postaw społecznych na bardziej akceptujące, przyjmowanie tożsamości transpłciowej jako próbę adaptacji do zmian społeczno-kulturowych oraz znaczenie wpływu mediów i rówieśników, a nawet zdarzeń traumatyzujących (Jorgensen, 2023). Wraz ze wzrostem liczby osób przechodzących tranzycję, w naukowym i społecznym dyskursie wzrasta zainteresowanie zagadnieniami detranzycji, a także żalu związanego z przejściem procesu tranzycji. Detranzycja definiowana jest jako *zaprzeszanie terapii prowadzonych w ramach tranzycji medycznej i/lub próba cofnięcia zmian, które zaszły w jej wyniku* (Haak i Madej, 2022, s. 77). W wielu projektach badawczych wykazano, że odsetek osób żałujących procesu tranzycji, zaprzestających procesu tranzycji czy poddających się detranzycji poprzez kroki prawne czy zabiegi medyczne jest określany jako niski i bardzo niski – w większości projektów badawczych odsetek ten nie przekracza czterech procent (Muldner-Nieckowski i in., 2020; Coleman i in., 2022; Haak i Madej, 2022). Ustalenia te jednakże spotykają się z krytyką dotyczącą jakości procedur badawczych i niespełnianiu czterech kryteriów, które zapewniłyby wiarygodność wniosków wysuwanych na ich podstawie. Wspomniana krytyka odnosi się do niewystarczającego okresu pomiędzy zabiegiem afirmującym płeć a pomiarem detranzycji – żalu, utraty zbyt wielu obserwacji z próby, użycia niewłaściwych narzędzi badawczych i różnorodnego operacjonalizowania zmiennych, niewystarczającej kontroli kryteriów włączenia i wykluczenia z próby oraz zbyt dużej heterogeniczności prób (Cohn, 2023).

Wśród osób, które poddały się detranzycji odnotowuje się także takie, które dokonują tzw. retranszycji, a więc procesu ponownej definicji swojej tożsamości płciowej, co może wiązać się z powtórным podejmowaniem tranzycyjnych interwencji medycznych i prawnych. Retranzycja może wyrażać się poprzez powrót do sposobu określania swojej tożsamości płciowej sprzed detranzycji/zaprzeszania tranzycji lub też poprzez redefinicję swojej tożsamości płciowej nieobejmującą detranzycji, ale będącą częścią ciągłego procesu identyfikowania swojej płci (ang. *gender as a journey*) (Muldner-Nieckowski i in., 2020; Coleman i in., 2022; Haak i Madej, 2022).

Powyżej opisywane trudności powiązane są z zarządzaniem ryzykiem. Przyjęcie danego modelu diagnostycznego czy kryteriów diagnostycznych powoduje zwiększenie prawdopodobieństwa popełnienia przez specjalistów błędów I lub II typu. O błędzie I typu zwykło się mówić, gdy rozpoznanie niezgodności płciowej (dysforii płciowej) następuje u osoby, w przypadku której takie rozpoznanie nie powinno być postawione (np. zgłaszane przez

jednostkę objawy winne być przypisane transwestytyzmowi o typie podwójnej roli). Z kolei błąd II typu polega na niepostawieniu rozpoznania niezgodności płciowej (dysforii płciowej) u osoby, u której owa niezgodność rzeczywiście występuje. Obie sytuacje są niepożądane i niosą ze sobą ryzyko negatywnych konsekwencji zdrowotnych, w tym psychologicznych, dla osób transpłciowych i różnorodnych płciowo (Coleman i in., 2022; MacKinnon, Kia, Salway i in., 2022; Turban, King, Kobe i in., 2022; Expósito-Campos, Pérez-Fernández, Salaberria, 2024).

Podsumowując warto zauważyć, iż z uwagi na niewystarczającą liczbę badań dotyczących detranzycji i retranszycji, a także rozwojowy i dynamiczny charakter opisywanych zjawisk, trudno o trafne szacowanie ryzyka i wyłonienie modelu i kryteriów postępowania względem osób zgłaszających zapotrzebowanie na oddziaływania tranzycyjne, które pozwoliłyby na uniknięcie błędów I czy II typu.

2. Obraz ciała

Obraz ciała (ang. *body image*) to istotny element naukowych prób deskrypcji i eksplanacji ludzkiej cielesności i ucieleśnienia. Skutkiem prób jego operacjonalizacji są badania intensywnie prowadzone od lat 90. XX wieku szczególnie przez psychologów zdrowia i odżywiania. Obraz ciała to jednocześnie punkt wyjścia dla rozważań nad standardami piękna i konstruowaniem wzorców atrakcyjności oraz ich znaczenia dla człowieka.

Poniżej podjęto próbę przeglądu definicji tytułowego konstrukt, a także scharakteryzowano rozwojowy aspekt obrazu ciała i jego znaczenie regulacyjne dla funkcjonowania człowieka.

2.1. Obraz ciała – przegląd definicji i pojęć pokrewnych w ujęciu historycznym

Początków naukowych rozważań nad doświadczaniem cielesności i ucieleśnienia zwykle doszukuje się w pracach z zakresu neurologii dotyczących uszkodzeń układu nerwowego i zjawisk powiązanych z amputacjami (Mirucka, 2003). A. Pare w XVII wieku (Mirucka, 2003) opisał ból fantomowy objawiający się doświadczaniem obecności, niekiedy także bolesności, utraconej w wyniku amputacji kończyny. Wyjaśnienie tego zjawiska wiązało się z koniecznością odniesienia się do umysłowej reprezentacji ciała. H. Head (1911, za: Tiemersma, 1989; Cash, Smolak, 2012), angielski neurolog żyjący na przełomie XIX i XX wieku, nazwał tę umysłową reprezentację schematem ciała (ang. *body schema*). Pojęcie schematu ciała pojawia się jako konstrukt rudymenarny dla obrazu ciała, czy też jako bazowy element tego konstrukt (Mirucka, 2003; Cash, Smolak, 2012). W psychologii poznawczej i neuronauce schemat ciała ujmowany jest jako zespół sensomotorycznych autoprezentacji

tworzących się w sposób nieświadomy i niezależny od woli, na skutek integrowania sygnałów płynących ze zmysłów w szczególności propriocepcji (De Vignemont, 2010; Poczubut, 2014). W tym ujęciu schemat ciała nie ma charakteru poznawczego; jest on prewerbalny i nieświadomy, uczestniczy w regulacji zautomatyzowanych czynności motorycznych i niewolicjonalnych funkcji życiowych. Obraz ciała opisuje się natomiast jako zbiór uświadomionych autoprezentacji powstających w wyniku świadomego procesu percepcyjnego i poznawczego, a także imaginacji. Systemy tych autoprezentacji podlegają wzajemnemu warunkowaniu (Poczubut, 2014). Wynikiem prób usystematyzowania pojęć związanych z reprezentacjami własnego ciała w umyśle jest wskazanie trzech kategorii służących ich dyferencjacji (De Vignemont, 2010): 1) dostępność dla świadomości, 2) pełnione funkcje oraz 3) trwałość w czasie. Proponuje się diadyczne i triadyczne podziały umysłowych reprezentacji własnego ciała. W ujęciach diadycznych oddziela się schemat ciała od obrazu ciała, uznając ten pierwszy konstrukt jako sensomotoryczny, zaś drugi – percepcyjny, konceptualny i emocjonalny. W rozróżnieniach triadycznych schemat ciała rozumiany jest tak jak w ujęciu diadycznym, natomiast obraz ciała zostaje rozdzielony na wizualno-przestrzenną mapę ciała (strukturalny opis ciała) oraz ciało semantyczne wyrażające konceptualny i językowy wymiar jego doświadczenia. Istnieją także stanowiska postulujące zupełne odrzucenie pojęcia i konstruktu, jakim jest obraz ciała z uwagi na jego nieprzydatność i wieloznaczność (de Vignemont, 2018 za: Gadsby, 2019). Natomiast M. Cuzzolaro (2018) w swoim historycznym opracowaniu dotyczącym języka używanego do opisywania i kategoryzowania reprezentacji ciała zwraca uwagę na abstrakcyjny charakter pojęć, które mogą być użytecznymi metaforami wykorzystywanymi jako narzędzia badawcze, przestrzega natomiast przed ich reifikacją.

Obraz ciała to wielowymiarowy konstrukt, który obejmuje spostrzeżenie przez daną osobę jej fizycznego aspektu Ja, a także myśli i uczucia wynikające z tego postrzegania. Rozwój i kształtowanie się obrazu ciała jest wynikiem złożonych interakcji pomiędzy czynnikami społeczno-kulturowymi, neurofizjologicznymi i poznawczymi. Konstrukt ten stanowi istotny element koncepcji siebie; tym samym determinuje ludzką psychikę i stanowi ważny motyw zachowań człowieka (Stice, Shaw, 2002, za: Irvine i in., 2018).

Sposoby definiowania obrazu ciała, ze względu na genezę tego fenomenu, można ująć w trzy kategorie (Miotk, 2003). Pierwszą grupę stanowią definicje odnoszące się do samoobserwacji, zaś przykładem takiej definicji jest sposób ujmowania obrazu ciała przez P. Schildera (1950). Zdaniem tego autora *obraz ciała ludzkiego oznacza obraz naszego własnego ciała, który tworzymy w naszym umyśle, czyli to, w jaki sposób ciało jawi się nam samym*

(Schilder, 1950, s. 11). W podobny sposób – jako reprezentację umysłową – definiuje obraz ciała D. Krueger (2013). Jego zdaniem powstaje ona w wyniku integracji wielomodalnych informacji płynących zarówno z wnętrza ciała, jak i z jego powierzchni, stanowiąc podstawę poczucia Ja. W takim ujęciu obraz ciała to reprezentacja granic Ego (Krueger, 2013).

Kolejną kategorię tworzą definicje, których autorzy upatrują genezy obrazu ciała w interakcji czynników indywidualnych i kulturowych. Łączą one zjawisko porównań społecznych z autoschematami. Dla przykładu: M. Miotk (2003, s. 90) integrując podejścia różnych autorów ujmuje *body image* jako wielowymiarowy konstrukt, w skład którego zaliczane są najczęściej: *percepcja ciała, postawy względem ciała, aspekt poznawczy, zachowania, lęk przed nadwagą, zniekształcenia ciała, niezadowolenie z ciała, wartościowanie ciała, preferencje szczupłej sylwetki oraz zaburzenia odżywiania*.

Ostatnią grupę stanowią definicje, które zakładają genezę obrazu ciała w subiektywnej interpretacji oceny swojego ciała wyrażanej przez innych. Reprezentantem tego podejścia jest J. Thompson (1999, za: Brytek-Matera, 2008). Istoty obrazu ciała upatruje on w procesie internalizacji spostrzegania siebie tj. w znaczeniu, jakie jednostka nadaje temu, jak oceniają ją inni ludzie i odczuciom z tym związanych. Autor, po dokonaniu obszernego przeglądu istniejących sposobów definiowania obrazu ciała zauważa, iż formułowanie jednej, uniwersalnej i ogólnej jego definicji jest niezasadne oraz praktycznie i badawczo nieużyteczne. Zaleca on każdorazowe precyzowanie sposobu rozumienia tego konstruktu w badaniach naukowych i dyskusji (Izydorczyk, 2014).

Obraz ciała jest także uznawany za reprezentację Ja cielesnego, a zatem za odnoszący się do doświadczenia ciała zbiór emocjonalnych i cielesnych obrazów (Mirucka, 2003). Ów skonsolidowany zbiór fantazji, obrazów i nadawanych znaczeń odnoszących się do ciała, jego części i funkcji widoczny jest w definicji obrazu ciała W. Meissnera (1997). Z kolei dla K. Schier (2009, s. 9) jest to *złożony proces doświadczenia siebie w sposób cielesny, zjawisko umieszczone na pograniczu świata wewnętrznego danej osoby i jej relacji z innymi ludźmi*. J. McDowell (1991, s. 17) fenomen obrazu ciała przyrównuje zaś do *umysłowego zdjęcia, które nosimy wewnątrz siebie*.

W definiowaniu obrazu ciała zwraca się także uwagę na jego pośredniczącą rolę w łączeniu ciała i umysłu (York, 1985, za: Krueger, 2013). A. Chrostowska-Buzun (2001, s. 1) stwierdza natomiast, iż *obraz ciała to umysłowa reprezentacja własnego ciała, posiadająca aspekt poznawczy, afektywny i behawioralny. Obraz ciała zazwyczaj jest nieświadomy, jednak w szczególnych przypadkach może stać się przedmiotem świadomej uwagi. Jest on elementem*

poczucia tożsamości. Warto także odnotować, iż pojęcie obrazu ciała nierzadko wpisuje się w szerszy konstrukt doświadczania ciała i definiuje je jako psychologiczno-fenomenologiczny dział doświadczenia ciała, obejmujący wszystkie emocjonalno-afektywne oddania i wrażenia związane z własnym ciałem (Bielefeld, 1991, za: Duncan, 2017).

Obraz ciała można zdefiniować także jako postrzeganie, myśli i uczucia danej osoby dotyczące jej ciała (Grogan, 2008). P. Slade i G. Russel (1973, za: Brytek-Matera, 2008) określili obraz ciała jako obraz powstały w wyniku percepcji kształtów, wielkości i rozmiarów ciała współwystępujący ze stosunkiem emocjonalnym wobec niego jako całości i/lub jego poszczególnych części. T. Cash (2012) uważa natomiast obraz ciała za wielowymiarowy konstrukt rozumiany jako postrzeganie siebie i postawy związane z ciałem, w tym uczucia, przekonania, myśli i zachowania (Cash, Pruzinsky, 2002, za: Izydorezyk, 2014; Cash, Jakatdar, Williams, 2004).

K. Schier (2009), próbując usystematyzować wielość sposobów ujmowania obrazu ciała, wymienia najczęściej powtarzające się elementy definicji tego konstruktu, takie jak: zadowolenie *vs.* niezadowolenia z ciała i jego właściwości; percepcja wielkości i kształtu ciała (w tym adekwatność *vs.* dysmorfia i zaburzenia obrazu ciała); aspekt ewaluacyjny (ocena) obrazu ciała, satysfakcja *vs.* brak satysfakcji z obrazu ciała oraz schemat ciała. Poza niejednorodnym sposobem definiowania obrazu ciała zauważa się także istnienie pojęć tożsamyh i bliskoznacznych, takich jak wizerunek ciała czy reprezentacja ciała, używanych zamiennie przez część badaczy (Brytek-Matera, 2008; Głębocka, 2009; Rybicka-Klimczyk, 2016).

W projekcie badawczym referowanym w niniejszej pracy obraz ciała ujmowany jest jako uwewnętrzniony przez jednostkę obraz własnego ciała oraz subiektywny stosunek wobec niego. Ciało z kolei rozumiane jest zarówno jako funkcjonalna całość (ang. *body as process*), jak i jako zbiór elementów składających się na tę całość (ang. *body as object*) (Franzoi, 1995 za: Brytek-Matera, 2008). Przyjęto także wielowymiarowość obrazu ciała (por. Brytek-Matera, 2008; Rybicka-Klimczyk, Brytek-Matera, 2008; Gardner, 2012; Izydorezyk, 2014; Grogan, 2008 za: Neagau, 2015) wyróżniając trzy jego zasadnicze komponenty. Komponent poznawczy rozumiany w dwojaki sposób: po pierwsze jako percepcyjny (ang. *perceptual*) aspekt tego fenomenu, związany z określaniem tego, na ile adekwatny jest obraz ciała wytworzony przez jednostkę względem kształtów i wymiarów jej ciała. Drugi sposób rozumienia komponentu poznawczego odnosi się do jego aspektu poznawczego (ang. *cognitive*), obejmującego żywione przekonania, myśli, opinie czy posiadane schematy i nawyki myślowe. Z uwagi na tę dwuznaczność aspekt percepcyjny niekiedy bywa rozróżniany z poznawczym i ujmowany jako

osobny, czwarty komponent. Kolejny komponent – emocjonalny – niekiedy nazywany afektywnym, odnosi się do uczuć i emocji związanych z posiadanym obrazem ciała, a także określa powiązany z nim poziom zadowolenia bądź niezadowolenia. Trzeci komponent – behawioralny – wyraża się w zachowaniach, które jednostka, motywowana posiadanym obrazem własnego ciała, podejmuje wobec swojego ciała (Brytek-Matera, 2008; Rybicka-Klimczyk, Brytek-Matera, 2008; Gardner, 2012; Izydorezyk, 2014; Grogan, 2008 za: Neagau, 2015). Powyżej opisane elementy nie pozostają od siebie niezależne; wzajemnie się warunkują tworząc postawę dotyczącą obrazu ciała: *emocjonalna i poznawcza postawa wobec własnego ciała wzajemnie od siebie współzależą, jednocześnie przyczyniając się do generowania swoistej „gotowości do” reakcji wobec ciała*” (Izydorezyk, 2014, s. 35).

Składowe obrazu ciała mogą być także porządkowane w odniesieniu do ich subiektywności. Komponenty najbardziej subiektywne, będące osobistym odniesieniem jednostki do własnego ciała, określane są w języku angielskim mianem *attitudinal body image* (Cash, 1994; Cash, 2002), co można przetłumaczyć jako *obraz ciała w aspekcie postawy* czy też *nastawienie wobec obrazu ciała*. Z przeglądu dostępnych narzędzi badawczych i diagnostycznych wynika, że pomiar tego aspektu omawianego konstruktów obejmuje między innymi: globalną ocenę wyglądu fizycznego, zadowolenie z poszczególnych aspektów ciała, rozbieżności między spostrzeganymi przez siebie a wyidealizowanymi atrybutami, afekt związany z ciałem, występowanie myśli odnoszących się do wyglądu czy też poznawcze i behawioralne zaabsorbowanie swoim wyglądem (Cash, 1994; Cash, 2002). Nieuwzględnianie komponentu percepcyjnego w powyższym sposobie rozumienia tego fenomenu wynika z założenia o istnieniu rzeczywistego obiektu, jakim jest ciało, a co za tym idzie, możliwości istnienia wymiernych i obiektywnych wielkości tego obiektu. Komponent percepcyjny odnosi się do adekwatnego szacowania wielkości, kształtów i wymiarów obrazu ciała względem ciała, którego wymiary mogą być ustalone niezależnie od aktywności jednostki. Szacowana może być wielkość i kształt całego ciała, jak i poszczególnych jego części, czemu odpowiadają istniejące różnorodne metody, których cel B. Mirucka (2003, s. 213) określa jako *odkrycie tego, co osoba widzi, kiedy patrzy na siebie w lustro*.

Warto także zauważyć, iż rozróżnia się spostrzeganie (ang. *perception*) od odbierania wrażeń (ang. *sensation*), percepcja jest pojęciem szerszym (Nęcka, Orzechowski, Szymura, Wichary, 2020). Różnica ta jest analogiczna do różnicy pomiędzy informacjami a wiedzą. Ponadto w procesie percepcji obrazu ciała wyróżnia się elementy sensoryczne i niesensoryczne tego procesu. Elementy sensoryczne to np. jakość oświetlenia czy sprawność narządu wzroku

– odnoszą się one do jakości wprowadzanych informacji sensorycznych. Niesensoryczne składowe tego procesy to wszystkie czynniki warunkujące rozpoznanie, organizację i interpretację informacji, dzięki czemu możliwa staje się percepcja, a nie tylko odbiór wrażeń. W kontekście obrazu ciała zarówno sensoryczne i niesensoryczne elementy percepcji odgrywają istotną rolę, jednakże – co istotne – szacowanie rozmiaru ciała i poziom satysfakcji oraz zadowolenia z ciała mogą być niezależne od siebie. Jednostka może odznaczać się niską satysfakcją i zadowoleniem z obrazu ciała, a jednocześnie adekwatnie szacować jego rozmiary i kształty. Możliwa jest także sytuacja odwrotna, gdy osoba wykazująca zaburzoną percepcję kształtów ciała deklaruje wysoką satysfakcję z obrazu ciała (Gardner, 2012).

Także i w tej próbie usystematyzowania konstruktów powiązanych z obrazem ciała czy też konstruktów będących komponentami obrazu ciała, zauważyć można pewne nieścisłości. Mimo pewnego obiektywnego punktu odniesienia – ludzkiego ciała jako obiektu w przestrzeni, zjawisko percepcji obrazu ciała nie pozostaje w oderwaniu od subiektywizmu wynikającego z uświadomionych i nieuświadomionych procesów poznawczych i emotywnych. Przypuszczenia te mogą potwierdzać doniesienia dotyczące pacjentów z zaburzeniami odżywiania, którzy mimo nieadekwatnego szacowania wielkości i kształtów swojego ciała w sposób adekwatny szacują wielkość i kształt innych prezentowanych obiektów. Poza tym w teorii perceptywnych artefaktów, która tłumaczy zniekształcenia percepcyjne obrazu ciała, zauważono że wraz ze wzrostem parametrów ciała zmniejsza się tendencja do przeszacowywania jego wielkości (Heinberg, 2001; Rybicka-Klimczy, Brytek-Matera, 2008). Ponadto stwierdzono, że za owe zniekształcenia nie odpowiadają deficyty sensoryczne, ale elementy pozasensoryczne procesu percepcji, np. uprzedzenie lub inklinacja do stwierdzenia istnienia zniekształcenia prezentowanego obrazu, niezależnie od rzeczywistego stanu rzeczy. Podejrzewa się, że powstawanie umysłowej rekonstrukcji obrazu ciała, pozostające pod wpływem elementów niepercepcyjnych, jest etapem procesu percepcji, na którym powstają opisywane zniekształcenia (Gardner, 2012). Mimo istnienia pewnych wątpliwości co do zasadności rozróżniania komponentu percepcyjnego od komponentów związanych z postawą, w literaturze przedmiotu obserwuje się częste stosowanie tego podziału także przez czołowych badaczy opisywanego zagadnienia (Cash, Deagle, 1997; Skrzypek, Wehmeier, Remschmidt, 2001).

2.2. Obraz ciała – przegląd koncepcji i modeli w podstawowych paradygmatach

Obraz ciała, jako złożona reprezentacja własnego ciała w umyśle jednostki, stanowi przedmiot zainteresowania wielu nurtów psychologii. Jego rozumienie oraz sposoby wyjaśniania różnic i zaburzeń w postrzeganiu ciała różnią się w zależności od przyjętego

paradygmatu teoretycznego. W nurcie psychoanalitycznym i psychodynamicznym obraz ciała ujmowany jest przede wszystkim jako konstrukcja powstająca w wyniku wczesnych doświadczeń emocjonalnych i relacyjnych, silnie powiązana z nieświadomymi mechanizmami psychicznymi i strukturą Ja. Z kolei podejście poznawcze koncentruje się na procesach przetwarzania informacji – przekonaniach, interpretacjach i schematach poznawczych, które kształtują sposób postrzegania i oceniania własnego ciała. Zwolennicy modelu poznawczo-behawioralnego, integrując elementy poznawcze i behawioralne, zwracają uwagę zarówno na dysfunkcyjne myśli dotyczące ciała, jak i na utrwalające je zachowania, podkreślając znaczenie uczenia się i środowiskowych wzmocnień. W niniejszym rozdziale przedstawiony zostanie przegląd kluczowych koncepcji obrazu ciała w ramach tych trzech paradygmatów, umożliwiając lepsze zrozumienie wieloaspektowości tego zjawiska.

2.2.3. Obraz ciała w paradygmacie psychoanalitycznym/psychodynamicznym

Zdaniem twórcy psychoanalizy Z. Freuda *Ego ma przede wszystkim charakter cielesny, jest ono nie tylko istotą powierzchniową, lecz wręcz projekcją powierzchni ciała* (2002, s. 307). Tym stwierdzeniem autor podkreśla znaczenie cielesnego wymiaru Ja, które w tej teorii stanowi rdzenny komponent osobowości. Założenie to znajduje odbicie w kolejnych opracowaniach wywodzących się z omawianego nurtu oraz podejścia psychodynamicznego (Mirucka, 2003a, 2003b). Oprócz konstruktu *obraz ciała* w paradygmacie tym obecne jest pojęcie *Ja cielesne* rozumiane jako jeden z aspektów Ja – pewien element w strukturze osobowości jednostki, odnoszący się do bycia istotą cielesną. Ja cielesne bywa także ujmowane jako struktura nadrzędna wobec obrazu ciała. J. Lichtenberg (1978, 1985 za: Krueger 2013) traktuje Ja cielesne (ang. *body self*) jako wynik syntezy psychicznych doświadczeń związanych z odczuwaniem ciała, jego funkcjonowaniem i obrazem. Twierdzi on, że testowanie rzeczywistości odbywa się w określonej sekwencji wyznaczonej przez wzrastającą świadomości i integrację Ja cielesnego. Koncepcja ta została rozwinięta w hipotezie trójetapowego rozwoju tej struktury. Jej pierwszym etapem są słabo ustrukturalizowane, wczesnodziecięce doświadczenia płynące z ciała charakteryzujące się brakiem różnicowania przez niemowlę własnego ciała od ciała opiekuna. W drugim etapie pojawia się świadomość obrazu ciała i rozróżnianie jego powierzchni oraz stanów wewnętrznych, co pozwala na osiągnięcie świadomości granic ciała, a więc poczucia odrębności. Trzeci etap osadzony jest na ukonstytuowaniu się tożsamości w wyniku integracji dotychczasowych osiągnięć rozwojowych poprzez syntezę Ja cielesnego z jaźnią psychiczną. Ja cielesne staje się kontenerem dla jaźni psychicznej tworząc z nią spójną całość. Wspomniana synteza jaźni cielesnej i psychologicznej

zapewnia człowiekowi jedność i ciągłość w czasie, przestrzeni i stanie, stanowiąc podstawę jego tożsamości (Krueger, 2013). Ujęcie to jednak nie ukazuje dostatecznie procesualnego i rozwojowego charakteru obrazu ciała i Ja cielesnego. Fenomeny te, przez część badaczy rozumiane także jako procesy, rozpoczynają się w chwili narodzin (a nawet jeszcze wcześniej, bo już w życiu płodowym) i podlegają ewolucji aż do śmierci. Zwraca się także uwagę na zmianę czynników determinujących obraz ciała wraz z zaawansowaniem globalnego rozwoju jednostki (Mirucka, 2003; Kobierecka, 2012; Krueger, 2013). W okresie poniemowlęcym (mniej więcej do drugiego roku życia), obraz ciała konstruowany jest w oparciu o wielomodalne dane pochodzące z wnętrza i powierzchni ciała. Odczucia te ponadto pozostają w zależności od jakości relacji przywiązaniowej. W późniejszych stadiach rozwoju obraz ten jest także determinowany poprzez czynniki społeczne i kulturowe. Znaczenia nabierają reakcje (werbalne i pozawerbalne) otoczenia jednostki na jej wygląd – nie tylko opiekuna będącego figurą przywiązaniową, ale także szerszego otoczenia społecznego, rodziny, a następnie grupy rówieśniczej. Wraz z postępem socjalizacji jednostka poznaje i po części internalizuje standardy społeczne i wzorce kulturowe dotyczące ciała, wizerunku i atrakcyjności, co wpływa na nieustający rozwój Ja cielesnego i obrazu ciała (Mirucka, 2003; Brytek-Matera 2008; Kobierecka, 2012). Dzięki rozwojowemu charakterowi tych fenomenów mogą pełnić one funkcje regulacyjne i adaptacyjne, jednak pod warunkiem zarówno ich dynamicznego charakteru jak i stabilności ich rdzennych elementów wyrażającej się w określoności, stałości i adekwatności granic ciała (Krueger, 2013).

Omawiając koncepcje obrazu ciała warto przywołać nazwisko S. Fishera (1958), autora podręcznika *Body Image and Personality* oraz kanonicznego dla tego podejścia opracowania *Development and Structure of the Body Image*. Autor tych dzieł jest bowiem znaczącą postacią dla rozwoju psychodynamicznego rozumienia obrazu ciała. W swojej koncepcji granic obrazu ciała (ang. *body image boundaries*) przyjął, że jednostki różnią się między sobą siłą i wyrażnością odczucia granic własnego ciała (Cash, Smolak, 2012). S. Fisher (1958) uważał ponadto, iż o ile niektórzy ludzie charakteryzują się wyraźnym odczuciem granic własnego ciała, a tym samym silnym poczuciem odrębności od swojego środowiska, to u innych odczucie to jest mgliste i zmienne. Jego badania oparte były o metody projekcyjne i autorską metodologię bazującą na wskaźniku określoności granic obrazu ciała. W oparciu o tę metodę wykazywano liczne korelacje z innymi zmiennymi psychologicznymi (i nie tylko), uznając uzyskane wyniki za użyteczne prognostycznie. Dowiedziono na przykład, że im bardziej granice obrazu ciała jednostki są dookreślone, tym bardziej prawdopodobne jest, że będzie się ona odznaczała

wyższym poziomem autonomii, wysoką motywacją osiągnięć, zaangażowaniem w podejmowane zadania, towarzyskością i otwartością na interakcje z innymi, a także przejawiać będzie mniej niepokoju, a także obaw związanych z ciałem (Fisher, Cleveland, 1958; Fisher, Fisher 1964). Wykazano także znaczenie siły i wyrazistości granic dla skupienia na zewnętrznym lub wewnętrznym odczuwaniu doznań płynących z ciała (Fisher, Fisher, 1964), a także związek ze stanem zdrowia psychicznego (Kiener, 1973 za: Duncan, 2017).

Współcześnie jedną z powszechniej znanych i wykorzystywanych, także w praktyce klinicznej, koncepcji psychodynamicznych jest teoria poziomów organizacji osobowości. Na podstawie trzech wymiarów (Cierpiałkowska, Marszał, 2013): 1) rodzaj stosowanych mechanizmów obronnych, 2) poziom integracji tożsamości i 3) zdolność Ego do testowania rzeczywistości, wyróżniono trzy poziomy organizacji osobowości – z pogranicza (ang. *borderline*), psychotyczną i neurotyczną. Struktura osobowości w omawianym podejściu ujmowana jest z perspektywy rozwojowo-strukturalnej; konstytuowana jest zatem przez prawidłowość rozwoju jednostki. Pozostaje ona zatem w ścisłym związku z obrazem ciała i Ja cielesnym. Spójność, określoność i stałość granic obrazu ciała stanowią podwaliny poczucia tożsamości i zdolności do testowania rzeczywistości, w tym rzeczywistości samego siebie i własnego ciała. Osoby odznaczające się strukturą osobowości psychotyczną lub typu *borderline* charakteryzuje trudność w rozpoznawaniu granic ciała i w rozróżnianiu tego, co wewnętrzne od tego, co zewnętrzne. Nabycie tych umiejętności stanowi jeden z etapów kształtowania się obrazu ciała we wczesnym dzieciństwie (Krueger, 2013; Izydorezyk, 2022). Brak adekwatnego obrazu ciała znacznie utrudnia testowanie rzeczywistości. Poznanie pozostaje w ścisłym związku z ciałem jako odbiornikiem informacji, podmiotem doświadczeń czy punktem odniesienia. Przyjmuje się, choć nie bez pewnych wątpliwości, iż ludzkie poznanie jest ucieleśnione (Poczobut, 2014; Dąbrowski, 2021). Na wspomniane deficyty nakładają się kolejne wyzwania rozwojowe, wskutek czego rozwój dysharmonizuje się. Teoria ta wyraźnie ukazuje, że rozwój osobowości we wczesnych fazach życia to w znacznej mierze rozwój obrazu ciała i Ja cielesnego. Z tej perspektywy diagnoza obrazu ciała i powiązanych z nim aspektów funkcjonowania jednostki stanowi źródło kluczowych informacji dla procesu diagnozy oraz planowania terapii, szczególnie w przypadku zaburzeń odżywiania czy zaburzeń dysmorficznych. Jak wykazano, poziom organizacji osobowości różnicuje rodzaj i nasilenie objawów pojawiających się w przebiegu tych zaburzeń (Izydorezyk, 2022).

W opracowaniach dotyczących obrazu ciała, wywodzących się z podejścia psychoanalitycznego i psychodynamicznego podkreśla się znaczny wpływ wczesnodziecięcej

relacji przywiązaniowej i dostrojenia w diadzie dziecko-opiekun dla dalszego rozwoju i dobrostanu jednostki, szczególnie dla jej emocjonalno-relacyjnego funkcjonowania oraz poczucia kompetencji (Mirucka, 2003; Nitsch i in., 2012; Krueger, 2013). Wykazano także, że wykształcenie bezpiecznej relacji przywiązaniowej w dużej mierze warunkuje stabilność obrazu ciała i stopień satysfakcji z tego obrazu. Wysoka stabilność i satysfakcja z obrazu ciała są natomiast czynnikami protekcyjnymi dla rozwoju zaburzeń psychicznych, w tym np. zaburzeń odżywiania (Rzeszutek, Schier, 2008). Aktualny stosunek przedstawicieli nurtu psychodynamicznego wobec fenomenu obrazu ciała można wyrazić następująco: *Współcześni reprezentanci tego nurtu teoretycznego postrzegają obraz ciała jako regulator wszystkich doświadczeń człowieka i podstawę spójnego, stałego i adekwatnego obrazu siebie* (Rzeszutek, Schier, 2008, s. 7). Ponadto *współcześnie szczególnie koncepcje oparte na teoriach relacji z obiektem, teorii więzi, teorii mentalizacji uznają, że Ja cielesne stanowi bazowy wymiar Ja psychicznego, a obraz ciała integralny składnik obrazu siebie* (Józefik, 2014, s. 47).

2.2.4. Obraz ciała w nurcie poznawczym

Jednym z pionierów wykorzystania metod naukowych w badaniach nad obrazem ciała oraz innymi zmiennymi psychologicznymi był F. Shontz (1971, 1974), który przeciwstawił się dominacji psychodynamicznego sposobu rozumienia obrazu ciała. Autor w sposób krytyczny odnosił się do prac S. Fishera (1958) argumentując, że metodologia badań skupiająca się na analizie i interpretacji skojarzeń i reakcji pacjentów na prezentowane atramentowe plamy, pomija w swojej istocie ciało w badaniach nad jego obrazem (Cash, Smolak, 2012). F. Shontz już w tekście z 1974 roku zwrócił uwagę na rosnącą popularność konstrukt *obraz ciała* (ang. *body image*) zarówno w medycynie, jak i psychologii oraz na powiązane z tym zjawisko definiowania obrazu ciała na bardzo wiele różnych sposobów – tak wiele, że konstrukt ten traci w ogóle znaczenie. Próbuąc znaczenie to wydobyć, F. Shontz (1974) określa to, czym obraz ciała nie jest. Twierdzi on, iż obraz ciała nie jest organem ciała, a co za tym idzie, zarówno jego prawidłowy, jak i zaburzony rozwój nie jest zależny jedynie od właściwości anatomicznych i fizjologicznych ustroju – nie jest zatem domeną jedynie medycyny. Poza tym obraz ciała nie jest obrazem, zarysem, schematem czy migawką nas samych przechowywaną w umyśle, gdyż wówczas osoby nigdy niewidzące swojego odbicia w lustrze lub siebie na fotografii (np. członkowie plemion izolowanych) nie byłoby w stanie wykonywać złożonych precyzyjnych działań, np. polować. Ponadto obraz ciała nie jest „małą osobą” w głowie – w ten sposób badacz odniósł się krytycznie wobec koncepcji zakładającej istnienie *Ego* cielesnego, które byłoby wewnętrzną strukturą decyzyjną, podejmującą działania celem regulowania samej siebie w

oderwaniu od zdarzeń zewnętrznych. F. Shontz (1974, 1971) upatruje w takim rozumieniu obrazu ciała metafizyki wymykającej się możliwościom poznania naukowego.

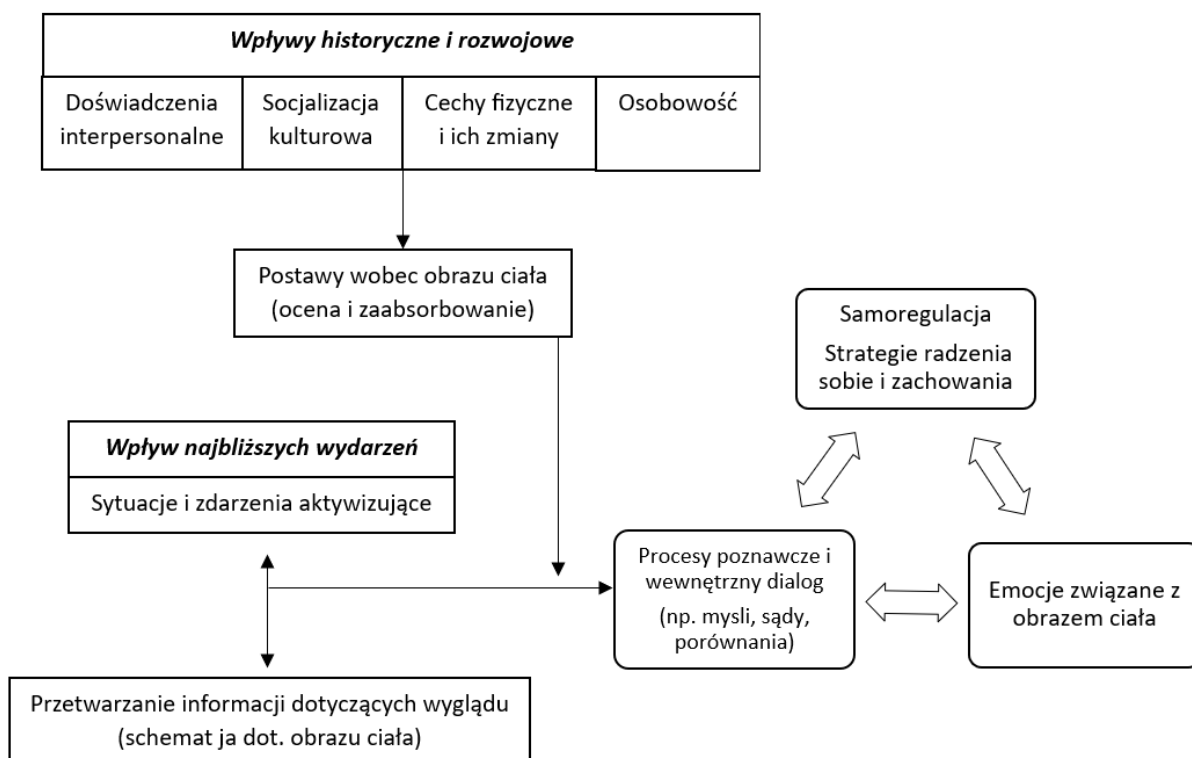
Pomimo szeroko zakrojonej krytyki wobec ówczesnie istniejących podejść do obrazu ciała, badacz ten nie odrzucał ich, przeciwnie – w swoim podejściu dążył do ich integracji. Zauważał on, że obraz ciała można rozpatrywać w dwojaki, uzupełniający się sposób – poprzez jego funkcję oraz poprzez poziomy, na których się one realizują (Shontz, 1974; Cash, Smolak, 2012). Zdaniem F. Shonza (1974) obraz ciała jest rejestrem sensorycznym (ang. *sensory register*) umożliwiającym integrowanie i zachowywanie informacji docierających ze zmysłów. Jest on zatem niezbędny dla percepcji, uczenia się i pamięci, stanowiąc też instrument wszelkiego działania (ang. *instrument for action*), gdyż zarówno poruszanie się, jak i myślenie wymaga posiadania ciała. Obraz ciała to także instrument ekspresji (ang. *expressive instrument*), bowiem ciało pozwala na manifestowanie indywidualności, a poprzez różnorodność ekspresji ciała wyraża się unikatowość każdego człowieka. Kolejną funkcją obrazu ciała jest wytwarzanie wewnętrznego świata, prywatnej przestrzeni Ja każdego człowieka (ang. *private world*). Owo Ja rzutowane do wewnątrz własnego ciała jest kluczowe dla tożsamości i odpowiedzialności za podejmowane działania, motywowane także przez odczucia ciała. Odczucia płynące z ciała jako motywy działań i odruchów stanowią treść kolejnej funkcji, za pomocą której badacz charakteryzował obraz ciała, tj. źródła popędów (ang. *source of drives*). Poza tym przyjął on, iż obraz ciała pełni funkcję bodźca dla innych (ang. *stimulus to others*), wygląd zaś jest nieodłącznym elementem większości interakcji interpersonalnych, a także bodźcem dla nas samych (ang. *stimulus to the self*), co najwyraźniej ujawnia się w zacieraniu granic między podmiotem a przedmiotem podczas dotykania czy głaskania samych siebie. Powyższe funkcje realizowane są na czterech poziomach – schematu ciała, cielesnego Ja, fantazji związanych z ciałem oraz koncepcji ciała. Poziomy te wymienione są w sposób hierarchiczny – od najbardziej fundamentalnego i zależnego od doznań sensorycznych do będącego pod ich najmniejszym wpływem. Obraz ciała w tym ujęciu jest więc wielowątkowym konstruktem, a nie jednorodnym i jednowymiarowym konceptem (Shontz, 1974). Mimo że zaprezentowana konceptualizacja niewątpliwie stanowi kompleksowe, a zarazem syntetyczne ujęcie obrazu ciała, to jednak budzi pewną wątpliwość, czy autor odnosi się do obrazu ciała, czy też do ciała jako takiego. Sam autor w tekście źródłowym *Body Image and its Disorders* (Shontz, 1974), opisując konkretne funkcje, używa zamiennie terminu ciało (ang. *body*) z obrazem ciała (ang. *body image*), którego to funkcje uprzednio zapowiadał opisać.

F. Shontz (1972) był prekursorem opracowań dotyczących obrazu ciała opartych o podejście poznawcze i uwzględniające znaczenie percepcji dla tego fenomenu. Wykazał on, że bodźce rozpoznawane jako figury ludzkie wywołują inne reakcje percepcyjne niż bodźce nierozpoznawalne jako figury ludzkie, a spostrzeganie swojego odbicia lustrzanego generuje reakcje percepcyjne zbieżne z tymi podczas bezpośredniego spostrzegania własnego ciała.

2.2.5. Obraz ciała w modelu poznawczo-behawioralnym

Jednym z bardziej kompleksowych i często przywoływanym w literaturze przedmiotu ujęć obrazu ciała jest poznawczo-behawioralny model rozwoju obrazu ciała opracowany przez T. Casha (2012). Jego autor prezentuje wymiary i determinanty obrazu ciała oraz opisuje procesy wyjaśniające rozwój i dynamikę obrazu ciała. Mimo integracyjnego charakteru tego opracowania, podstawę teoretyczną owej konceptualizacji stanowią teorie uczenia się, zarówno społecznego, jak i opartego o warunkowanie, a także podstawy teoretyczne terapii poznawczo-behawioralnej. Model ten ukazuje wielowymiarowość konstruktu obrazu ciała i interakcyjność jego elementów (Cash, 2012)

A. Bandura (1986), precyzując regulacyjne znaczenie obrazu ciała dla funkcjonowania człowieka stwierdził, że zachowanie jednostki podlega zwrotnemu warunkowaniu ze środowiskiem społecznym i czynnikami osobowymi, np. temperamentem. Postulat ten wpisany jest w sposób rozumienia obrazu ciała przez T. Casha (2012). Wyróżniono w nim wpływy historyczne i rozwojowe oraz wpływy najbliższych wydarzeń (ang. *proximal influences/events*) na formowanie obrazu ciała. Model ten (Ryc. 3) prezentuje obraz ciała jako dynamiczną, wielowymiarową strukturę służącą samoregulacji, podejmowaniu decyzji i działań.



Rycina 3. Poznawczo-behawioralny model rozwoju obrazu ciała (opracowanie własne na podstawie: Cash, 2012)

Elementy modelu pozostają w związkach przyczynowo-skutkowych. Rozróżnienie pomiędzy wpływami historyczno-rozwojowymi a wpływami najbliższych wydarzeń ma charakter arbitralny, gdyż dzisiejsze doświadczenie związane z obrazem ciała (ang. *proximal events*) po jakimś czasie oddziałuje na jednostkę w postaci wpływu historycznego. Historyczne i rozwojowe determinanty obrazu ciała to socjalizacja kulturowa, doświadczenia interpersonalne, czynniki osobowościowe jednostek, a także cechy fizyczne oraz zmiany, jakim wygląd fizyczny podlega w toku rozwoju jednostki (Brytek-Matera, 2008).

Czynniki społeczno-kulturowe wywierają niebagatelny i wielokierunkowy wpływ na obraz ciała. Procesy socjalizacyjne obejmują przekazy dotyczące standardów, wzorców i ideałów wizerunku obowiązujących w danej kulturze i w danym czasie. Przekazy te są różne w zależności od płci i wyznaczają to, co męskie i to, co kobiece w wyglądzie członków społeczności, z której się wywodzą (Cash, 2012; Grogan, 2016). Określają one także konsekwencje niespełniania oczekiwań społecznych co do wyglądu jednostek, jak i zawierają propozycję zabiegów, procedur i działań służących przybliżaniu własnego wyglądu do promowanego standardu. Transmisja tych treści odbywa się za pośrednictwem różnorodnych kanałów społeczno-kulturowych. Szczególnie istotne okazują się doświadczenia

interpersonalne – w początkowych fazach rozwoju, a kluczową rolę pełnią rodzice i rodzina (rodzeństwo staje się niejednokrotnie punktem odniesienia dla przeprowadzanych porównań społecznych). W późniejszych okresach rozwojowych znaczenia nabierają interakcje z rówieśnikami oraz z innymi członkami społeczeństwa. W wyniku internalizacji wspomnianych treści jednostka zaczyna określać satysfakcję z obrazu ciała w odniesieniu do przyswojonych ideałów, a także staje się, poprzez eksternalizowanie uprzednio zinternalizowanych wzorców i norm, jednym z przekazicieli wzorców kultury. Jednostka podlega ponadto mechanizmowi porównań społecznych (porównuje swój obraz ciała z dominującym i wartościowanym pozytywnie w przekazach medialnych), jak również doświadcza presji, aby sprostać wymaganiom społeczno-kulturowym związanym z wyglądem, nawet jeśli nie utożsamia tych wymagań ze swoimi potrzebami w tym zakresie (Brytek-Matera, 2008; Cash, Smolak, 2012; Tiggemann 2012). Jednocześnie ciało człowieka podlega ocenie innych członków społeczeństwa w odniesieniu do zinternalizowanych przez nich wzorców i ideałów. W wyniku ustalenia stopnia zgodności ocenianego podmiotu z uwewnętrznionym wzorcem atrakcyjności sformułowana zostaje ocena, której rezultat może być pośrednio lub bezpośrednio komunikowany osobie ocenianej, wpływając w efekcie na jej ocenę obrazu własnego ciała. Rezultat tego porównania nie pozostaje obojętny dla przebiegu interakcji społecznych, gdyż osoby uznawane za atrakcyjne otrzymują więcej pozytywnego zainteresowania społecznego już od najmłodszych lat (Dion i in., 1972; Langlois i in., 2000).

Opisano także odnoszący się do oceny atrakcyjności, funkcjonujący w kontaktach społecznych stereotyp, który głosi, iż *to, co piękne, jest dobre*, prowadzący do przypisywania osobom uznawanym za atrakcyjne wielu pozytywnych cech (Solomon, Zaichkowsky, Polegato, 2005, za: Brennan, Lalonde, Bain, 2010; Cash, Smolak, 2012; Tiggemann, 2012). Źródła owej atrybucji poszukiwano także w uwarunkowaniach biologicznych powiązanych z przystosowaniem i ewolucją. Teoretycy i badacze lokujący się w psychologii ewolucyjnej, atrakcyjność fizyczną wiążą z doborem partnerskim i szansami prokreacyjnymi (Swami, 2012). Stwierdzono przykładowo, że dla oceny atrakcyjności jednostki istotne są cechy fizyczne jej twarzy, np. symetryczność rozpoznawana poprzez wzajemne położenie cech dwustronnych czy cechy dymorficzne płciowo powiązane z oddziaływaniami hormonów płciowych. Dla mężczyzn są to: wydłużona szczęka, kości policzkowe i łuki brwiowe, dla kobiet natomiast duże oczy i usta oraz mały nos i broda. Ponadto w ocenie atrakcyjności fizycznej cechy twarzy zbliżone do populacyjnej średniej są preferowane (Strzałko, Kaszycka, 1992; Swami, 2012).

Wykazano także, że masa ciała odniesiona do wzrostu osoby, a także rozłożenie tkanki tłuszczowej i mięśniowej są istotne dla oceny atrakcyjności jednostki (Fan, i in., 2005; Swami, 2012; Lassek, Gaulin, 2018). Określenie tego, jaki typ sylwetki czy też stan odżywienia jest uniwersalnie oraz ponadkulturowo preferowany okazało się jednak niemożliwe, bowiem preferencja ta jest związana ze statusem socjoekonomicznym oraz czynnikami kulturowymi (Swami, Tovée, 2005; Frederick, 2007; Pisanski, Feinberg, 2013). Niższy status socjoekonomiczny, trudności z dostępem do żywności, deficyt zasobów żywnościowych czy ubóstwo wiążą się z preferowaniem sylwetek pulchniejszych i bardziej zaokrąglonych. Z kolei wraz ze wzrostem statusu socjoekonomicznego idealny rozmiar ciała zmniejsza się; tym samym jako atrakcyjniejsze uznawane są sylwetki szczupłe. W grupie mężczyzn wskazuje się także na znaczenie posiadania umiarkowanej muskulatury dla pozytywnej oceny ich atrakcyjności (Grabowska, 2011; Hołda, 2019). Warto zauważyć, iż ten sposób ujęcia zagadnienia atrakcyjności nie wyczerpuje diskutowanego zagadnienia, gdyż poza wymiarami, kształtem, proporcjami i kompozycją ciała na ocenę atrakcyjności jednostki składa się także zapach, barwa głosu, odcień skóry czy też trudne do zdefiniowania cechy określane mianem wdzięku czy „błysku w oku” oraz – co kluczowe – indywidualne preferencje (Giddens, 2004; Grabowska, 2011; Hołda, 2019). Mimo wielowymiarowości zagadnienia oceny atrakcyjności i jej komponentów można stwierdzić, że cechy fizyczne ciała jednostki uczestniczą w kształtowaniu postaw związanych z jego obrazem.

Determinantami postaw wobec własnego obrazu ciała są także ujęte w omawianym modelu czynniki osobowościowe (Cash, 2012). Kształtują one zarówno pewną podatność, jak i odporność na powstawanie zakłóceń w procesach związanych z obrazem ciała oraz powstawania jego nieadaptacyjnych lub zaburzonych form. Wysoka, adekwatna samoocena, posiadanie silnego wsparcia społecznego oraz bezpieczny styl przywiązania wspierają rezyliencję/prężność i działają protekcyjnie wobec problemów w zakresie formowania obrazu ciała, promując jego prawidłowy rozwój i trwanie (Cash, 2012). Stwierdzono także, że ubogie, słabo dostępne wsparcie społeczne, zaniżona samoocena, pozabezpieczny styl przywiązania, ale także perfekcjonizm odnoszący się do własnego wizerunku jako istotnego, a niekiedy dominującego elementu społecznej autoprezentacji, kształtują podatność jednostki na wystąpienie problemów związanych z obrazem ciała. Znaczącym w tym procesie zdaje się pojawienie dychotomii w dialogu wewnętrznym dotyczącym obrazu ciała, wzmożonej czujności i uważności na pojawianie się informacji związanych z wyglądem wraz z tendencją do odnoszenia ich do siebie (Brytek-Matera, 2008). Ciało zaczyna być nadzorowane (ang. *body*

surveillance), traktowane jak przedmiot (ang. *objectified body conscientious*) i używane oraz kształtowane zgodnie z wymogami i zinternalizowanymi wzorcami. To oddzielenie Ja od ciała wspierane jest przez kartezjański dualizm przez wiele wieków dominujący w zachodniej filozofii i nauce (McKinley, 2012). Ciało traktowane bywa jako projekt służący społecznej *konsumpcji estetycznej* (Giddens, 2004), a zdolność do uformowania i utrzymania go w zgodzie ze standardami społecznymi świadczyć ma o możliwości kontrolowania własnego wizerunku, a więc o zdyscyplinowaniu, sile i poczuciu własnej sprawczości. Efektem tego bywa doświadczenie przez jednostkę emocjonalnych korzyści, jednakże – z uwagi na zinternalizowanie nierealistycznych wzorców obrazu ciała (powszechne w kulturze zachodniej) – także bywa nim wstyd i obniżenie samooceny (Cash, 2012; McKinley, 2012).

Teoria uprzedmiotowienia ciała (ang. *objectified body consciousness theory*) (Fredrickson, Roberts, 1997) wyrasta z myśli feministycznej i w swoich pierwotnych założeniach odnosi się do ciała kobiecego. Jej autorki wykazały, że przyjmowanie tradycyjnych ról płciowych, u kobiet wiąże się z większym zaabsorbowaniem swoim wyglądem i mniej adaptacyjnym stosunkiem do obrazu ciała. Jednakże wraz ze zmianami społecznymi koncepcja ta znajduje zastosowanie także wobec ciała męskiego, które także coraz częściej podlega ocenie i reżimowi społecznych oczekiwań i ideałów (Melosik, 2006). W tym też sensie nurt feministyczny pozostaje w opozycji do doniesień psychologii ewolucyjnej, bowiem tam gdzie psychologia ewolucyjna wskazuje na wrodzone podstawy omawianego zjawiska, teorie feministyczne wskazują na jego społeczno-kulturowe uwarunkowania. Dla przykładu: w myśli psychologii ewolucyjnej mężczyźni przejawiają tendencję do wybierania partnerek w oparciu o ocenę cech zewnętrznych świadczących o zdrowiu i dobrych możliwościach rozrodczych, natomiast kobiety w doborze partnera kierują się posiadanymi przez niego zasobami i skłonnościami do dzielenia się nimi (Hołda, 2019). Takie wyjaśnienia mogłoby wspierać uprzedmiotowienie ciała kobiecego jako podlegającego ocenie z przyczyn „naturalnych”. Z drugiej zaś strony wykazano, że uprzedmiotowienie to wiąże się z większą podatnością na wystąpienie problemów z obrazem ciała. Próba usystematyzowania i syntezy tych częściowo sprzecznych doniesień są koncepcje koewolucji genetyczno-kulturowej (teorie podwójnego przekazu). *Stanowisko to mówi o dualnym procesie, w którym kultura kształtowana jest przez imperatywy biologiczne, a jednocześnie cechy biologiczne są zmieniane przez ewolucję genetyczną w reakcji na przemiany i oddziaływanie kultury* (Hołda, 2019, s. 189; por. McKinley, 2012; Swami, 2012).

Opisane czynniki kształtują postawy wobec obrazu ciała (ang. *body image attitudes*). Dwa główne aspekty postawy związane z obrazem ciała to ocena (ang. *evaluation*) i zaabsorbowanie (ang. *investment*). Ocena odnosi się do myśli i przekonań, które człowiek ma na temat swojego ciała, a wyraża się poprzez poziom satysfakcji. Zaabsorbowanie obrazem ciała to znaczenie, jakie jednostka nadaje poznawczym, behawioralnym i emocjonalnym aspektom obrazu ciała w jej samoocenie globalnej (Morrison, Kalin, Morrison, 2004; Cash, Smolak, 2012). Kluczowym dla modelu zaproponowanego przez T. Casha (2012) jest także schemat Ja, czyli wynikająca z wcześniejszych doświadczeń uogólniona wiedza jednostki na swój temat, która także warunkuje sposób odbierania nowych informacji o jednostce oraz uczestniczy w zarządzaniu nimi. Schematy Ja odnoszące się do obrazu ciała, określają znaczenie tych konstruktów dla poczucia własnej wartości oraz zawierają przekonania dotyczące ich wpływu na życie jednostki. Schematy Ja odnoszące się do obrazu ciała również częściowo warunkują przebieg dalszych procesów poznawczych, a co za tym idzie – odczuwanych emocji i podejmowanych zachowań. Są one aktywowane przez określone wydarzenia przywołujące do świadomości kwestie związane z cielesnością, atrakcyjnością, kształtem sylwetki czy obrazem ciała (ang. *proximal events*) (np. spojrzenie w lustro, dotknięcie własnego ciała, wypowiedź odnosząca się do jakiegoś aspektu wizerunku, przekaz reklamowy dotyczący modelowania sylwetki). Wydarzenia te mogą mieć także charakter wewnętrzny – przykładowo, w efekcie ciągu myślowego, poprzez przywołanie tematu cielesności do świadomości następuje aktywacja opisywanych schematów. Aktywowanie schematu Ja odnoszącego się do obrazu ciała inicjuje dialog wewnętrzny i przetwarzanie poznawcze oraz procesy autoewaluacyjne powiązane z treścią schematu. Wzbudzone i wytworzone treści poznawcze wywołują z kolei emocje, które motywują jednostkę do podjęcia określonych działań, np. sprawdzania czy korygowania swojego wizerunku, lub też innych zachowań służących samoregulacji wywołanych procesami poznawczymi stanów emocjonalnych. Przebieg dialogu wewnętrznego, wywołane stany emocjonalne, jak i podejmowane działania są ściśle powiązane z treścią schematów Ja i postaw dotyczących obrazu ciała (Cash, 2012).

2.3. Rozwój i uwarunkowania obrazu ciała

Dla pełnego zrozumienia struktury i dynamiki fenomenu *obraz ciała* konieczne jest uchwycenie go w cyklu życia, bowiem pewne osiągnięcia rozwoju psychicznego i fizycznego mają kluczowe znaczenie dla formowania się obrazu ciała.

2.3.1. Obraz ciała w cyklu życia

W okresie dzieciństwa do kluczowych dla formowania obrazu ciała osiągnąć rozwojowych zalicza się między innym osiągnięcie zdolności do różnicowania siebie od innych, a także odczuć i wrażeń wewnętrznych od zewnętrznych oraz wyłanianie się pierwotnego Ja cielesnego w wyniku kontaktu z opiekunem, dotyku, zabiegów pielęgnacyjnych oraz zaspokajania potrzeb fizjologicznych wiążących się ze zmianami w odczuwaniu ciała (Kruger, 2002; Mirucka, 2003b; Sakson-Obada, 2008).

Od około 2 roku życia poczucie odrębności wzrasta, a obraz ciała staje się stabilny (choć nie niezmienny); między 4 a 5 r. ż. następuje wykształcenie umiejętności tworzenia rysunków i przedstawień trójwymiarowych figur ludzkich, kompletnych pod względem podstawowych, schematycznie przedstawionych części ciała i dających się identyfikować jako ludzkie postaci; od około 9 r. ż. dziecko nabywa umiejętności względnie adekwatnego szacowania wymiarów ciała (Rabe-Jabłońska, Dunajska, 1997, za: Brytek-Matera, 2008).

Poza tym wykazano, że pojawienie się u dziecka emocji samoświadomościowych, takich jak wstyd czy duma, jest znaczące dla formowania się obrazu ciała z uwagi na rozwój zdolności do porównań społecznych. Między 4 a 6 rokiem życia dziecko staje się zdolne do porównywania się z innym dzieckiem, zaś około 8 roku życia czyni to w odniesieniu do wielu rówieśników jednocześnie (Smolak, 2012). Dzieci dokonują porównań społecznych w czterech obszarach: zdolności społeczne, szkolne, fizyczne i wygląd. Ostatnie dwie kategorie stanowią kluczowe elementy obrazu ciała; co więcej istnieją doniesienia (por. Smolak, 2012; Jongenelis i in., 2014; Tatangelo i in., 2016) wskazujące na znaczny odsetek dzieci ujawniających stałe w czasie niezadowolenie z obrazu ciała; w zależności wieku odsetek ten wynosił od 20-70 procent.

Okres dojrzewania jest stadium rozwoju krytycznym dla formowania obrazu ciała (Ricciardelli, McCabe, 2012; Wertheim, Paxton, 2012; Beisert, 2016). Adolescencja, przypadająca na okres od około 10 do około 20 r. ż, charakteryzuje się znaczną reorganizacją w somatopsychicznym funkcjonowaniu jednostki (Obuchowska, 2011). Zmiany te w sposób szczególny dotyczą ciała i wyglądu, bowiem w okresie tym gwałtownej reorganizacji ulegają kompozycja i proporcje ciała, a aktywność wewnątrzwydzielnicza gonad powoduje rozwój II- i III-rzędowych cech płciowych. Zmiany te są skutkiem rozpoczęcia docelowej czynności układu podwzgórze – przysadka – gonady (Obuchowska, 2011; Ziółkowska, 2003; Beisert, 2016). Poza zmianą budowy ciała, pojawiają się także nowe z nim związane zjawiska, takie jak: comiesięczne krwawienia owulacyjne, nocne polucje czy zmiana brzmienia głosu. Ciało

zaczyna pełnić aktywnie funkcję seksualną (w tym prokreacyjną), która dotąd była wrodzoną potencjalnością (Bancroft, 2009; Beisert, 2016; Beisert, 2021).

Zmiany w sferze *soma* nie pozostają izolowane od procesów swoistych dla tego okresu, zachodzących w sferach emocjonalnej, społecznej i interpersonalnej. Kryzys tożsamości, wyzwania związane z tworzeniem programów życiowych, rosnące znaczenie grupy rówieśniczej przy jednoczesnym ambiwalentnym stosunku do środowiska rodzinnego wraz ze specyficznymi dla tego okresu zadaniami rozwojowymi stanowią charakterystykę tego okresu (Obuchowska 2011; Gajtkowska, 2013; Beisert, 2016).

W dalszym rozwoju znaczący dla obrazu ciała jest okres późnej dorosłości zwanej bardziej potocznie starością. Starzenie się wiąże się ze zmianą w zakresie kształtu, wyglądu, jak i sprawności ciała (Grogan, 2012). Brakuje jednak badań podłużnych mogących wykazać stałość vs. zmienność obrazu ciała w biegu życia i scharakteryzować ewentualną dynamikę tego procesu. Dostępne badania poprzeczne (por. Grogan, 2012; Głębocka, 2016) ukazują bowiem to, jak przynależność pokoleniowa kształtuje obraz ciała, nie zaś to, jakim zmianom ów obraz ulega w biegu życia. Dość dobrze udokumentowano jednak, szczególnie w grupie kobiet, iż wraz z wiekiem redukcji ulega siła wpływu obrazu ciała na globalną samoocenę, a także potrzeba realizowania presji społecznej do zachowania szczupłej sylwetki (Tiggemann, 2004; Roy, Payette, 2012; Głębocka, 2016). Odnotowano także, że różnice międzypłciowe w okresie późnej dorosłości dotyczące satysfakcji z obrazu ciała zacierają się; jak wykazują niektóre badania (por. Grogan, 2012), różnice te nawet zaczynają się kształtować odwrotnie w stosunku do wcześniejszych lat życia, gdyż po 60 r. ż. satysfakcja z obrazu ciała kobiet zwiększa się, u mężczyzn zaś maleje.

2.3.2. Formowanie obrazu ciała w kontekście płci

Płeć jest czynnikiem różnicującym sposób przeżywania intensywnych psychoseksualnych przemian. Notuje się znaczne zróżnicowanie indywidualnego tempa dojrzewania u dziewcząt i chłopców, jednakże niepunktualne – zarówno późne, jak i wczesne wystąpienie zmian związanych z dojrzewaniem – ma dla tych grup różne konsekwencje emocjonalne i społeczne (Obuchowska, 2011). Dziewczęta, u których proces dojrzewania rozpoczyna się przedwcześnie, doświadczają opóźnionego dojrzewania emocjonalnego w stosunku do obserwowalnego dojrzewania fizycznego. Wówczas zmieniająca się sylwetka, zarysowujące się piersi i pierwsze krwawienia menstruacyjne mogą wiązać się ze wstydem, zakłopotaniem i niezrozumieniem, a także poczuciem utraty kontroli nad własnym ciałem (Gajtkowska, 2013; Józefik, 2014). Rówieśnicy, którzy jeszcze nie doświadczają przemian

fizycznych związanych z dojrzewaniem, początkowo reagują negatywnie na obserwowane u dziewcząt objawy przedwczesnego czy też wczesnego dojrzewania (Obuchowska, 2011). Odmienne prawidłowość notuje się w przypadku chłopców, u których dojrzewanie o późnym początku częstokroć stanowi źródło wstydu, poczucia niższości i niskiej samooceny. Obniżony głos, zwiększone tempo przyrostu wysokości i masy, a także siły i wydolności to zmiany zwykle oczekiwane i podwyższające status w grupie rówieśniczej; zmiany te przybliżają do społecznych ideałów obrazu ciała (Obuchowska, 2011; Gajtkowska, 2013).

Mimo odmiennych skutków (nie)punktualności zmian rozwojowych na kształtowanie się obrazu ciała, stanowi ona ważną determinantę obrazu ciała i powiązanych z nią zjawisk (Ricciardelli, McCabe, 2012; Wertheim, Paxtone, 2012). Zróżnicowanie płciowe dotyczące obrazu ciała wynika także z odmiennych ideałów ciała dla kobiet i mężczyzn oraz odrębnych przekazów kulturowych i społecznych nadających znaczenie atrakcyjności fizycznej dla samooceny jednostki. Dążenie do bardzo szczupłej sylwetki jest powszechniejsze w grupie dziewcząt – kult szczupłej sylwetki jest fenomenem społeczno-kulturowym biorącym udział w wytwarzaniu ideałów ciała i wzorców atrakcyjności głównie wśród kobiet (Tiggemann, 2012; Stice, 2002). Ideał męskiego ciała konstruowany jest natomiast w odniesieniu nie tylko do szczupłości, ale także do umięśnienia. Powoduje to zaabsorbowanie muskulaturą i siłą u chłopców w okresie adolescencji. Sprawność fizyczna, częstokroć weryfikowana podczas aktywności sportowej, stanowi także istotny element budowania obrazu ciała w tej grupie (Ricciardelli i in., 2006). Potwierdzony w badaniach trend zaangażowania w utratę masy ciała wśród adolescentów płci męskiej może wynikać z chęci uzyskania zarysowanych mięśni w obrazie sylwetki. Niemniej poza dążeniem do umięśnienia w grupie mężczyzn w okresie dorastania odnotowuje się także dążenie do uzyskania szczupłej sylwetki, choć mniej nasilone niż w grupie kobiet (Ricciardelli, McCabe, 2012; Wertheim, Paxtone, 2012).

Dla kształtowania obrazu ciała istotne znaczenie ma także widoczność narządów płciowych i ich położenie – wewnątrz ciała u kobiet oraz na zewnątrz ciała u mężczyzn. U mężczyzn, z uwagi na położenie członka i erekcje, włączenie zewnętrznych narządów płciowych do obrazu ciała może być łatwiejsze, a granice ciała bardziej wyraźne niż u kobiet (Cross, 1993, za: Józefik, 2014). Trudno jednak o jednoznaczną naukową weryfikację tego założenia.

Znamienną różnicą międzypłciową w determinowaniu obrazu ciała jest natomiast wpływ czynionych przez jednostkę porównań społecznych. Wykazano bowiem, że w przypadku dziewcząt powoduje ono obniżenie satysfakcji z obrazu ciała, szczególnie gdy

punktem odniesienia są ciała kobiet prezentowane w mass mediach (Wertheim, Paxtone, 2012). Natomiast nastoletni chłopcy w wyniku porównań społecznych doświadczają pozytywnych lub neutralnych odczuć wobec swojego ciała. Wydawać się może, iż pewne specyficzne dla chłopców strategie samozachowawcze, rozwijane od około 8 r. ż., mogą wyjaśniać wspomniane różnice. Chłopcy są bowiem bardziej skłonni do rozwijania nierealistycznych przekonań na temat swoich zdolności i pozytywnych właściwości, co w pewnych sytuacjach działa protekcyjnie wobec obniżonej samooceny (Ziółkowska, 2003; Ricciardelli, McCabe, 2012; Wertheim, Paxtone, 2012).

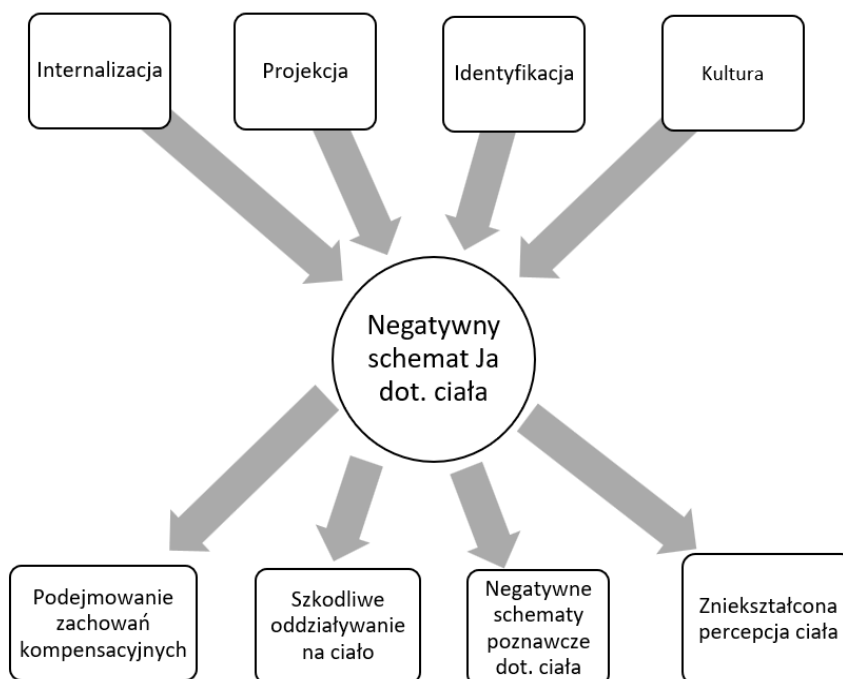
Ponadto wykazano, że dziewczęta w okresie adolescencji – w porównaniu z chłopcami – są mniej zadowolone z obrazu ciała, choć chłopcy także mierzą się z niezadowoleniem związanym ze swoją cielesnością (Wieteska, 2014). Te międzypłciowe różnice obserwuje się już w okresie dzieciństwa – dziewczynki zdają się być bardziej zaangażowane w dbanie o wygląd. Doniesienia te jednak obarczone są pewnymi ograniczeniami badawczo-metodologicznymi (Smolak, 2012). Niezależnie od płci, w okresie dorastania obraz ciała i poczucie atrakcyjności z nim związane mają znaczny udział w określaniu globalnej samooceny wśród młodzieży, a czynniki, takie jak adekwatna, pozytywna samoocena, wyrównany, pogodny nastrój, brak wysokiego poziomu perfekcjonizmu czy satysfakcjonujące i bliskie relacje z rodziną i rówieśnikami są istotne dla prawidłowego rozwoju obrazu ciała (Ziółkowska, 2003; Ricciardelli, McCabe, 2012; Wertheim, Paxtone, 2012).

Analizując problematykę różnic międzypłciowych warto przywołać koncepcję T. Casha (2004, za: Schiep, Szymańska, 2012), której autor wymienia trzy style radzenia sobie z niepokojącymi myślami i nieprzyjemnymi emocjami związanymi z obrazem ciała. Pierwszy z nich oparty jest na unikaniu myśli i sytuacji, które mogłyby przywołać do świadomości treści związane z obrazem ciała, co inicjuje ich poznawcze przetwarzanie (gdy obraz ciała jest negatywny, sytuacja ta spostrzegana jest jako zagrażająca). Drugi styl odnosi się do ingerencji w ciało (diety, ćwiczenia, operacje plastyczne, zabiegi medycyny estetycznej, przyjmowanie sterydów anabolicznych itp.). W oparciu o niego jednostka dąży do zmiany wyglądu poprzez podejmowanie różnorodnych działań wobec ciała, a w efekcie względem uwewnętrznionego subiektywnego jego obrazu. Ostatni – trzeci styl, to racjonalna akceptacja, będąca miarą adekwatnego i adaptacyjnego obrazu ciała rozwiniętego przez jednostkę. Warto zauważyć, iż adaptacyjny, pozytywny i adekwatny obraz ciała zdaje się być udziałem mniejszości osób w społeczeństwach zachodnich, z tym że odnotowuje się różnice międzypłciowe. W badaniach populacyjnych przeprowadzonych we wszystkich krajach UE (w których udział wzięło ponad

15000 osób w wieku od 15 r. ż.) wykazano, że tylko 39 procent respondentów było zadowolonych z masy ciała i częściej byli to mężczyźni (46%) niż kobiety (31%) (McElhone i in., 1999). Ponadto największy odsetek badanych zadowolonych z masy swego ciała był wśród kobiet z niedowagą (58%) i mężczyzn z prawidłową masą ciała (66%) (McElhone i in., 1999). Jak wspomniano, międzypłciowe różnice w tym zakresie zdają się jednak zacierać; męskie ciało zostało także włączone do uprzedmiotawiającego społeczno-medialnego przekazu tworzącego nierealistyczne ideały i wzorce ciała oraz jego wizerunku. Ideałem męskiego ciała stała się umięśniona, mezomorficzna sylwetka, skłaniająca do podejmowania ćwiczeń i działań mających zapewnić rozbudowę tkanki mięśniowej, szczególnie w górnych partiach ciała (Melosik, 2006; Arcimowicz, 2015). Uzyskanie mezomorficznej V-kształtnej sylwetki okazuje się jednak zadaniem trudnym (a czasami niemożliwym) do realizacji przez znaczną część mężczyzn. Różnica między spostrzeganą a pożądaną sylwetką powoduje niezadowolenie z obrazu ciała wśród przedstawicieli tej płci. Opracowany w USA raport *Landmark National Survey* dobitnie pokazuje wzrastający z dekady na dekadę odsetek niezadowolonych z własnego obrazu ciała mężczyzn (lata 70. – 15%; lata 80. – 324%, lata 90. – 43%) (Pope, Philips, Olivardia, 2000, za: Arcimowicz, 2015).

2.3.3. Czynniki determinujące rozwój obrazu ciała

Istotne dla rozwoju nieprawidłowości związanych z obrazem ciała jest wykształcenie negatywnego schematu ciała (będącego elementem schematu Ja), który wtórnie selekcjonuje, organizuje i kierunkuje przyjmowane informacje odnoszące się do ciała oraz determinuje dalszy przebieg procesów poznawczych, emocjonalnych i motywacyjno-behawioralnych (Ryc. 4; Kearney-Cooke, 2002 za: Brytek-Matera, 2008). Kulturowe ideały atrakcyjności w procesie socjalizacji są internalizowane przez jednostkę. W trakcie rozwoju, w oparciu o procesy identyfikacji i projekcji kształtuje ona schemat Ja dotyczący m.in. własnego ciała (Kearney-Cooke, 2002 za: Brytek-Matera, 2008; Jones, 2012).



Rycina 4. Negatywny schemat Ja dotyczący ciała – determinanty i oddziaływanie (opracowanie na podstawie Kearney-Cooke, 2002, za: Brytek-Matera, 2008)

Do czynników kształtujących rozwój obrazu ciała oraz warunkujących zadowolenie i satysfakcję z tego obrazu zaliczyć można determinanty fizyczne, interpersonalne oraz kulturowe. Czynniki fizyczne to przede wszystkim kompozycja ciała, jego masa i wymiary, procesy związane z dojrzewaniem, starzeniem się, chorobami i procedurami medycznymi (Garner, 1997 za: Głębocka, 2009). Do scharakteryzowania czynników interpersonalnych można wykorzystać model trójstronnego wpływu (Keery, van den Berg, Thompson, 2004), w ramach którego zakłada się, że naciski ze strony najbliższej rodziny, rówieśników i mediów bezpośrednio oddziałują na niezadowolenie z obrazu ciała. Niebagatelne znaczenie odgrywają także czynniki pośrednie – internalizacja społecznych standardów wyglądu oraz nadmierne czynienie porównań społecznych w zakresie wyglądu (Shroff, Thompson, 2006). Istotnym czynnikiem interpersonalnym w rozwoju obrazu ciała jest relacja z partnerem; zauważono, że kobiety wykazują wzmożoną wrażliwość na krytykę ze strony swoich partnerów (Ziółkowska, Ziółkowska, 2020). Ponadto wykazano, że przy doborze partnerskim mężczyźni kierują się medialnymi standardami atrakcyjności opartymi o ideał szczupłej sylwetki, co potęguje presję bycia szczupłą wśród kobiet zabiegających o powodzenie u mężczyzn – to samo w sobie koreluje z negatywnym obrazem ciała (Jones, 2012). Do czynników kulturowych zalicza się obecne zarówno w sztuce, jak i w mediach wizualnych informacje dotyczące tego, jak należy wyglądać (wzorce atrakcyjności, ideały sylwetki) oraz jak można to osiągnąć (np. reklamy

produktów dietetycznych, porady treningowe). Ponadto media wytwarzają i utrwalają stereotypy związane z wyglądem; tym samym wizerunek zgodny ze społecznymi kanonami atrakcyjności kojarzony jest z sukcesem, bogactwem, szczęściem czy zdrowiem. Osobom o danych cechach fizycznych przypisuje się także określone właściwości charakteru, co wzmacnia znaczenie obrazu ciała dla samooceny (Ziółkowska, Ziółkowska, 2020; Ziółkowska, 2021). Obraz ciała kształtuje się w określonym kontekście kulturowym i społecznym, a jak stwierdza H. Dittmar (2006), współczesna kultura konsumpcyjna prezentuje dwa główne pożądane wzory tożsamości – dostatnie życie i perfekcyjny wizerunek.

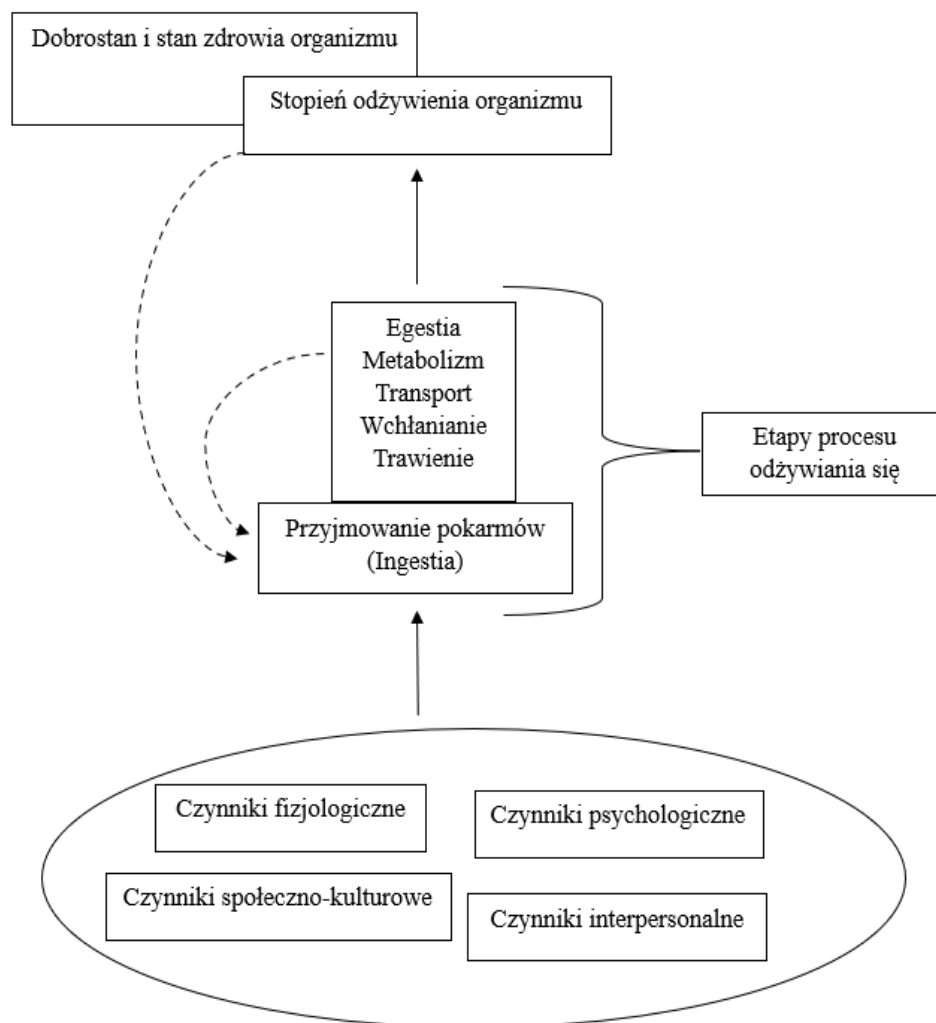
3. Symptomy zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia

Celem poniższych rozważań jest przedstawienie fizjologicznych, psychologicznych, interpersonalnych i społecznych regulatorów przyjmowania pokarmu. Ponadto omówione zostaną patologiczne wzorce ustosunkowania do pokarmu i jedzenia jako czynności, związane z symptomatologią sklasyfikowanych zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia, uwzględniając przy tym specyficzne dla grupy osób transpłciowych psychospołeczne determinanty i funkcje zachowań związanych z jedzeniem.

3.1. Odżywianie jako proces fizjologiczny, psychospołeczny oraz kulturowy

Odżywianie to *pobieranie przez organizm substancji ze środowiska zewnętrznego, stanowiących materiał do budowy i odnowy składników ciała oraz źródło energii* (Wojnowski, 2003). Efektem tego procesu jest stopień odżywienia definiowany jako *reakcja organizmu (fizjologiczna lub patologiczna) na określony sposób odżywiania* (Gertig, Przysławski, 2007, s. 372). Prawidłowy stopień odżywienia organizmu stanowi o jego dobrej ogólnej kondycji; jest zatem jednym z ważnych wyznaczników zarówno stanu zdrowia, jak i dobrostanu jednostki (Kargulewicz, 2024). Wspomniany stopień odżywienia warunkowany jest przez przebieg procesu odżywiania. Wyróżnia się następujące jego etapy (Solomon i in., 2000): przyjmowanie pokarmu (ingestia), trawienie, wchłanianie, transport, metabolizm oraz wydalanie zbędnych produktów przemiany materii (egestia). Wyszczególnione etapy tego procesu wywierają niebagatelny wpływ na stopień odżywienia i masę ciała człowieka, a ponadto są ze sobą sprzężone, wzajemnie na siebie oddziałując. Z uwagi na zakres tematyczny niniejszej pracy w rozdziale tym omówione zostaną zjawiska powiązane głównie z poborem pokarmu. Jednocześnie zarówno stopień odżywienia, jak i przebieg innych niż ingestia etapów procesu odżywiania, poprzez mechanizm sprzężeń zwrotnych, pod postacią czynników np. fizjologicznych (poziom leptyny zależny od ilości zgromadzonej tkanki tłuszczowej) czy psychologicznych (zadowolenie z masy ciała) także regulują proces przyjmowania pokarmu

(Ryc. 5). Kwestię tego, co kształtuje zachowania związane z przyjmowaniem pokarmów¹, można rozpatrywać w oparciu o kategorie potrzeb i procesy regulacji. Człowiek posiada nieskończenie wiele potrzeb, a jako organizm żywy nigdy nie osiąga stanu zrównoważenia układu, którego jest wyróżnionym elementem, a jedynie do tej równowagi dąży (Tomaszewski, 1977).



Rycina 5. Odżywianie się jako proces (opracowanie na podstawie: Solomon i in., 2000; Gertig, Przysławski, 2007)

Permanentna zmienność zarówno środowiska zewnętrznego, jak i wewnętrznego określa człowieka jako byt dynamiczny i zależny. Poprzez regulację rozumie się natomiast stałe dążenie jednostki do przywracania wciąż zakłócanej równowagi.

¹ W niniejszej pracy sformułowania takie, jak: zachowania jedzeniowe, zachowania związane z jedzeniem, zachowania żywieniowe, zachowania związane z przyjmowaniem pokarmów oraz jedzenie traktowane są synonimicznie, co umożliwia integrowanie informacji i danych pochodzących z różnych opracowań

Kategoria potrzeby odnosi się treściowo do trzech elementów (Tomaszewski, 1977): 1) podmiotu potrzebującego (ktoś, kto czegoś potrzebuje), 2) przedmiotu potrzeby (to, czego ktoś potrzebuje) oraz 3) powodu potrzeby (dlaczego ktoś czegoś potrzebuje). Odżywianie się stanowi o zaspakajaniu podstawowych potrzeb człowieka, które to w koncepcji hierarchicznej organizacji potrzeb autorstwa A. Masłowa (1964, 1986, za: Sęk, 2016), nazywane są potrzebami fizjologicznymi, należącymi do tzw. potrzeb niedoboru. Dostarczanie organizmowi pokarmu warunkuje możliwość jego wzrostu i trwania, a więc ma znaczenie ewolucyjne. Mechanizmy regulujące zaspakajanie tych potrzeb powiązane są zarówno z rozwojem filogenetycznym *Homo sapiens*, jak i ontogenetycznym jednostki (Gertig, Przysławski, 2007). Jednocześnie przebieg procesu odżywiania oraz stan odżywienia oddziałuje na funkcjonowanie człowieka w wymiarze biologicznym, psychologicznym i społecznym. Jak utrzymywał A. Maslow (1964, 1986, za: Sęk, 2016), trwała frustracja potrzeb niedoboru uniemożliwia zaspokajanie potrzeby wzrostu, jednocześnie przyjmowanie pokarmu uczestniczy w zaspokajaniu potrzeb wyższego rzędu. Jedzenie i karmienie są bowiem czynnościami zmniejszającymi napięcie psychofizyczne oraz wywołującymi uczucie przyjemności, a tym samym mogą służyć m.in. tonowaniu potrzeb emocjonalnych i – w konsekwencji – regulacji emocjonalnej (Makara-Studzińska i in., 2007; Kozłowska i in., 2017).

Mechanizm ten kształtuje się we wczesnym dzieciństwie i opiera się o warunkowanie; podczas karmienia, poza zaspokojeniem fizjologicznego głodu (co samo w sobie stanowi gratyfikację), dochodzi także do zmniejszenia uczucia lęku i napięcia psychofizycznego, wzrasta zaś komfort i poczucie bezpieczeństwa, bowiem sytuacja karmienia zazwyczaj pozwala na bliskość z opiekunem (Ziółkowska, 2016). W pierwszych latach życia człowieka pobieranie pokarmu zachodzi w relacji z opiekunem i stanowi jeden z elementów zależności od świata zewnętrznego i innego człowieka, jednocześnie stanowiąc pole formowania się autonomii i jej ekspresji. Wspólne ucztowanie jest elementem obchodów ważnych życiowych wydarzeń, np. narodzin, ślubów, awansów czy jubileuszy. Wybór określonych pokarmów, odrzucenie innych, a także sposób ich podawania i spożywania są niejednokrotnie narzędziem konstruowania i wyrażania własnej tożsamości i przynależności, np. religijnej (przestrzeganie postów, praw kościelnych) czy etyczno-ideologicznej (dieta wegańska, dieta *carnivore*). Jedzenie zatem może być rozpatrywane jako złożona czynność znacząca dla zaspokajania potrzeb relacyjnych i społecznych (Makara-Studzińska i in., 2007; Józefik, 2014; Ziółkowska, 2016). Ponadto człowiek jako istota samoświadoma tworzy reprezentacje umysłowe pobudzeń pochodzących z organizmu oraz dokonuje ich interpretacji. W języku psychoanalizy zjawisko to ujmowane

jest jako popęd (niem. *trieb*) oraz jego reprezentacje i dotyczy także odżywiania się (Moore, Fine, 1996; Freud, 2019).

3.2 Regulatory zachowań związanych z jedzeniem

W opracowaniach naukowych z zakresu psychologii jedzenia i zaburzeń odżywiania zauważyć można wielość określeń dotyczących zachowań związanych z jedzeniem. W niniejszej pracy rozumiane są one w kategoriach behawioralnego komponentu postawy wobec jedzenia, pojmowanego jako czynność i jako substancja. Sposób definiowania postawy przyjęto za S. Miką (1981, s. 116) jako *względnie trwałą strukturę (lub dyspozycję do pojawiania się takiej struktury) procesów poznawczych, emocjonalnych i tendencji do zachowań, w której wyraża się określony stosunek wobec danego przedmiotu*. W przytoczonej definicji (por. Oppenheim, 2004; Aronson, Wilson, Akert, 2012) wyróżniono trzy komponenty postawy – poznawczy, emocjonalny i behawioralny. Wiedza i system przekonań oraz standardów jednostki dotyczących określonych pokarmów i jedzenia jako czynności stanowić będzie poznawczy komponent jej postawy wobec jedzenia. Z kolei uczucia i emocje skojarzone z jedzeniem odnoszą się do emocjonalnego komponentu postawy. Zachowania związane z odżywianiem się wyrażać będą natomiast behawioralny komponent postawy wobec jedzenia (Ziółkowska, Weber, 2009; Tuczyński, Walat, 2019). Poniższy podrozdział prezentuje to, w jaki sposób kształtują się i manifestują postawy wobec jedzenia, determinując przebieg zachowań związanych z odżywianiem się.

3.2.1. Fizjologiczne regulatory odżywiania

Podstawowymi psychofizjologicznymi regulatorami przyjmowania pokarmu są odczucia głodu i sytości. To najczęściej głód skłania jednostkę do rozpoczęcia jedzenia (względnie: poszukiwania żywności); odczuwany jest on zwykle jako nieprzyjemny stan „ssania w żołądku” (Gertig, Przysławski, 2007). Sytość natomiast to odczucie pełności, osiągane w miarę wypełniania żołądka treścią pokarmową (Gertig, Przysławski, 2007). Dla osoby sytej atrakcyjność sensoryczna pożywienia zazwyczaj zmniejsza się, wskutek czego jednostka traci zainteresowanie jedzeniem. Sytość może przejawiać się także w formie tzw. specyficznej sensorycznie, a więc dotyczyć ona może tylko pokarmów o danych cechach. W tym przypadku zainteresowanie pożywieniem o innych właściwościach organoleptycznych może się utrzymywać (Gertig, Przysławski, 2007; Ziółkowska, 2016).

Za regulację odczuć głodu i sytości odpowiada podwzgórze – struktura mózgowa będąca częścią międzymózgowia (Ziółkowska, 2016; Korek, 2019). Do ośrodka sytości i głodu

przekazywane są sygnały motoryczne, metaboliczne, hormonalne i termiczne informujące o aktualnym stopniu zaspokojenia potrzeb pokarmowych oraz stopniu odżywienia organizmu. Struktury podwzgórza integrują te sygnały i pobudzają układ oreksygeniczny (odpowiadający za odczuwanie głodu) oraz anoreksygeniczny (odpowiadający za odczuwanie sytości) (Golonko i in., 2013; Korek, 2019). *Podwzgórze jest odpowiedzialne za behawioryzm żywienia i reguluje zależności między reakcjami organizmu a działającymi na organizm bodźcami* (Kostulski, Rabe-Jabłońska, 2007, s. 109).

W utrzymywaniu homeostazy energetycznej organizmu udział biorą mechanizmy metaboliczne i niemetalaboliczne, składające się na regulację krótko- i długoterminową. Regulacja krótkoterminowa zabezpiecza organizm przed przejedzeniem i związana jest z rozciąganiem ścian żołądka przez przyjmowaną treść pokarmową oraz ze stymulacją organoleptyczną wywoływaną przez pożywienie (Korek i in., 2013; Kłósek, 2016). Podstawą tych mechanizmów jest pobudzanie receptorów mechanicznych i chemicznych zmysłów oraz przewodu pokarmowego, a także przesyłanie sygnałów poprzez nerw błędny do centralnego układu nerwowego. Sygnały te, następnie integrowane przez podwzgórze, mogą wywołać odczucie sytości hamujące dalsze spożycie (Kocelak, Zahorska-Markiewicz, Olszanecka-Glinianowicz, 2009; Korek i in., 2013).

Przyjmuje się, że długoterminowa regulacja homeostazy pozostaje zależna od bieżącego zapotrzebowania energetycznego organizmu, a więc poziomu glukozy we krwi (teoria glikostatyczna), stopnia odżywienia oraz ilości tkanki tłuszczowej (teoria lipostatyczna) (Kłósek, 2016). Teoria glikostatyczna jest aktualnie podważana – niewielki spadek poziomu glukozy przed posiłkiem jest najprawdopodobniej indukowany przez centralny układ nerwowy przygotowaniem na przyjęcie pokarmu, nie zaś sygnałem warunkującym odczuwanie głodu oraz inicjującym przyjęcie posiłku (Woods i in., 2000). O ile poziom glukozy powiązany jest z odczuciem głodu, to jednak jego istotą okazuje się gospodarka insulinowa i wrażliwość tkanek na ten hormon (Kocelak, Zahorska-Markiewicz, Olszanecka-Glinianowicz, 2009). Poziom insuliny powiązany jest natomiast z ilością tkanki tłuszczowej. Teoria lipostatyczna odnosi się do tkanki tłuszczowej jako narządu endokrynnie czynnego, mającego znaczący udział w regulacji przyjmowania posiłków i stopnia odżywienia.

W normatywnym przebiegu procesów fizjologicznych zarówno leptyna, jak i insulina docierają do centralnego układu nerwowego w ilości proporcjonalnej do ich stężenia we krwi, zaś stężenie to zależne jest od ilości tkanki tłuszczowej zmagazynowanej przez organizm (Schwartz i in., 2000). Leptyna zmniejsza pobór pokarmu poprzez m.in.: ograniczenie

uwalniania i syntezy neuropeptydu Y zwiększającego pobór pokarmu, działanie antagonistycznie wobec greliny zwiększającej odczuwanie głodu, zmniejszanie intensywności działania układu kannabinoidowego wzmagającego apetyt, hamowanie działania układu współczulnego, zwiększanie termogenezy oraz hamowanie lipogenezy (Strzałka, Brzozowski, Konturek, 2010; Kłósek, 2016). Leptyna zwiększa także wrażliwość tkanek na insulinę, co oddziałuje hamująco na przyjmowanie pokarmów (choć działanie obwodowe insuliny jest złożone i niejednoznaczne pod tym względem). Insulina także wpływa na zmniejszanie uwalniania i syntezy neuropeptydu Y, jednego z najsilniej działających związków oreksygennych w podwzgórzu. Anoreksygeniczna aktywność leptyny i insuliny opiera się także na ich modyfikującym oddziaływaniu na inne sygnały regulujące przyjmowanie pokarmu, np. wzmacnianie oddziaływania cholecystokininy powodującej odczucie sytości po posiłku (Kocelak, Zahorska-Markiewicz, Olszanecka-Glinianowicz, 2009; Korek i in., 2013). Tkanka tłuszczowa odpowiedzialna jest także za sekrecję i regulację wydzielania wielu innych substancji wpływających na proces odżywiania się, np.: czynnika martwicy nowotworów, adiponektyny, rezystyny, wisfatyny (Kostulski, Rabe-Jabłońska, 2007). Wspomniane inne sygnały regulujące przyjmowanie pokarmów to enterohormony, substancje wydzielane przez układ pokarmowy oraz związki syntetyzowane w centralnym układzie nerwowym. Substancje te wykazują działanie zarówno oreksygenne (np. grelina, neuropeptydu Y, oreksyny), jak i anoreksygenne (np. cholecystokinina, peptyd YY, bombezyna). Oddziałują one na układ nerwowy obwodowo i ośrodkowo; niektóre z peptydów powstających w przewodzie pokarmowym pokonują granice krew-mózg, bezpośrednio oddziałując na ośrodki głodu i sytości zlokalizowane w centralnym układzie nerwowym (Kostulski, Rabe-Jabłońska, 2007; Golonko i in., 2013; Korek i in., 2013). Zakłada się, iż w wyniku ewolucji systemy homeostatyczne regulujące masę ciała promują aktywację układów odpowiedzialnych za odkładanie tkanki tłuszczowej oraz stymulowanie ośrodka głodu (Kostulski, Rabe-Jabłońska, 2007).

Opisane powyżej mechanizmy odnoszą się do regulacji przyjmowania pokarmów, należy jednak zaznaczyć, iż stanowią one składową bardziej kompleksowego mechanizmu homeostatycznego. Opiera się on na integrowaniu przez centralny układ nerwowy sygnałów pochodzących z układu pokarmowego oraz spoza niego. Sygnały pochodzące z układu pokarmowego związane są ze stopniem wypełnienia przewodu pokarmowego i obecnością określonych substancji, natomiast sygnały spoza układu pokarmowego dotyczą stopnia odżywienia organizmu oraz aktywności zmysłów i stanu psychoemocjonalnego człowieka.

Aktywność dwukierunkowej *osi jelito-mózg* sprawia, że centralny układ nerwowy reguluje pracę układu pokarmowego, natomiast aktywność układu pokarmowego oddziałuje na aktywność centralnego układu nerwowego, zaś proces ten modyfikowany jest przez sygnały spoza układu pokarmowego. Ośrodkiem odpowiedzialnym za integrację i modyfikację informacji jest podwzgórze. Ten system sygnałów neuronalnych i hormonalnych reguluje całość procesu odżywiania się (Kocelak, Zahorska-Markiewicz, Olszanecka-Glinianowicz, 2009; Strzałka, Brzozowski, Konturek, 2010). Pobieranie pokarmu może być także modyfikowane przez wpływ innych substancji przyjmowanych z zewnątrz, takich jak używki czy leki. Przykładowo, amfetamina i nikotyna działają tłumiąco na odczuwanie głodu, zaś marihuana zwiększa to odczucie i nierzadko przyczynia się do wzmożonej konsumpcji pokarmów (Ogden, 2011). Do leków zwiększających łaknienie zaliczyć można m.in. niektóre leki psychotropowe (np. olanzapina, mirtazapina, paroksetyna), hormonalne (np. glikokortykosteroidy) oraz przeciwpadaczkowe (np. gabapentyna, pregabalina) (Berthon i in., 2014; Domeq i in., 2015). Z kolei leki takie jak stymulanty stosowane np. w ADHD (metylofenidat, lisdeksamfetamina) lub niektóre SSRI (np. fluoksetyna, sertralina – zwłaszcza na początku leczenia) mogą zmniejszać apetyt (Halford i in., 2005; Poulton i in., 2016).

Analizując procesy związane z przyjmowaniem pokarmu przez osoby transpłciowe warto zaznaczyć, że elementem tranzycji medycznej (zazwyczaj jej pierwszym etapem) jest hormonoterapia (Cysarz i in., 2008). W ramach terapii hormonalnej afirmującej płęć podaje się pacjentowi określone substancje hormonalne, a w przypadku terapii feminizującej – także substancje pomocnicze blokujące wydzielanie testosteronu. Zarówno efekt przyjmowania leków, jak i wywoływane przez te substancje zmiany zachodzące w organizmie związane są ze zwiększonym ryzykiem występowania niektórych problemów zdrowotnych. Zalicza się do nich m.in. zaburzenia mineralizacji kości, zaburzenia gospodarki lipidowej, insulinooporność, cukrzycę typu II, a w niektórych przypadkach także zaburzenia związane z czynnością wątroby i nerek oraz problemy sercowo-naczyniowe (Yesildemir, Akbulut, 2023). Niektóre z wymienionych chorób i zaburzeń, a także sposób ich leczenia (np. farmakoterapia), mogą oddziaływać na odczuwanie głodu i sytości oraz metabolizm, a co za tym idzie – na regulację pobierania pokarmów.

W opiece medycznej nad osobami transpłciowymi występują także specyficzne wyzwania w zakresie prowadzenia profilaktyki i leczenia. Nie ustalono do tej pory norm wagowych i żywieniowych specyficznych dla pacjentów transpłciowych; nie wiadomo także, jakie normy zastosować wobec osób niebinarnych. Niedobory żywieniowe stanowią także

istotny czynnik ryzyka dla wystąpienia powikłań po zabiegach i operacjach afirmujących płeć. Formę opieki zdrowotnej, kierowanej do osób transpłciowych i skupiającej się na odżywianiu określa się mianem *Gender Affirming Nutrition* i postuluje się, aby stanowiła ona element włączany do holistycznych programów kierowanych do tej grupy osób (Yesildemir, Akbulut, 2023).

3.2.2. Regulatory odżywiania związane z procesami psychicznymi

Analizując problematykę zachowań związanych z jedzeniem J. Ogden (2011) wyróżnia cztery zasadnicze typy modeli zachowań żywieniowych: psychofizjologiczne, rozwojowe, poznawcze oraz związane z niezadowoleniem z ciała i stosowaniem diet. Opisane powyżej mechanizmy regulacji pobierania pokarmów stanowią przykład modeli psychofizjologicznych. Do tej grupy modeli zaliczyć należy także wyjaśnienia regulacyjne powiązane ze stresem, który definiowany jest jako *złożoność bodźców i reakcji, która prowadzi do pobudzenia psychologicznego i fizjologicznego organizmu* (Kłósek, 2016, s.112). Stres oddziałuje na regulację przyjmowania pokarmu zarówno poprzez mechanizmy neuroendokrynne, jak i zmiany psychologiczne. Zależność pomiędzy stresem i odżywianiem się jest niejednoznaczna i określana bywa *paradoksem stresu i jedzenia* (Stone i Brownell, 1994, za: Ogden, 2011). Wykazano, że stres emocjonalny jest silnie powiązany z zachowaniami żywieniowymi: średnio u 30 procent osób wykazuje się wzrost apetytu i/lub spożycia pokarmów, zaś u 48 procent – spadek. Jak dotąd nie udało ustalić się prostego i uniwersalnego modelu zależności stres-odżywianie się. Wraz z rozwojem badań zwrócono uwagę na złożoność owej zależności i znaczenie wielu zmiennych dla jej przebiegu. Istotny okazał się poziomy stres oraz czas jego trwania, ale także różnice indywidualne (Ogden, 2011; Brytek-Matera, 2024). Zmiany fizjologiczne zachodzące w organizmie są immanentną częścią zmian poziomu napięcia u jednostki. Wzrost poziomu stresu stanowi reakcję obronną i zaradczą w odpowiedzi na bodźce stresogenne. Fizjologicznie powiązany jest m.in. z pobudzeniem układu współczulnego, osi podwzgórzowo-przysadkowej, układu renina–angiotensyna–aldosteron, a także wzrostem syntezy katecholamin glikokortykosteroidów, hormonu wzrostu i glukagonu (Kłósek, 2016). Przebieg tych reakcji fizjologicznych zależy od typu stresorów, ich nasilenia oraz czasu trwania stresu. Doświadczanie krótkotrwałego, intensywnego stresu aktywuje układ współczulny, co przekłada się na zahamowanie odczuwania głodu, a nawet trawienia; jednostka w pełni angażuje się w poradzenie sobie z sytuacją stresogenną. Odmienne mechanizmy uruchamiane są w przypadku działania stresu długotrwałego o umiarkowanym nasileniu, wywoływanego przez bodźce stale obecne w środowisku. Aktywacji ulega wówczas oś

podwzgórze–przysadka–kora nadnerczy, co prowadzi do zwiększenia stężenia hormonów steroidowych i w efekcie pobudzenia łaknienia; ponadto nasilają się stany zapalne w organizmie, a w konsekwencji wzrasta insulinooporność tkanek (Kłósek, 2016).

Poza zmianami fizjologicznymi, stres wyraża się także poprzez zmiany stanu psychicznego jednostki przyczyniającego się do regulacji poboru pokarmów. Relacje pomiędzy stresem a odżywianiem się pozostają w silnym związku z regulacją emocji, gdyż *stresujące zdarzenia zwykle wywołują odpowiednie reakcje emocjonalne. Narażenie na stres prowadzi do rozregulowania emocji, co z kolei wywołuje negatywne psychologiczne i fizjologiczne skutki zdrowotne* (Brytek-Matera, 2024 s. 184). Wystąpienie tych negatywnych skutków pod postacią symptomów zaburzeń fizycznych i psychicznych zależy od zdolności jednostki do stosowania skutecznych i adaptacyjnych strategii regulacji emocji. Zależność pomiędzy funkcjonowaniem emocjonalnym a zachowaniami żywieniowymi jest dwukierunkowa – stan pobudzenia i stan emocjonalny mogą wpływać na zachowania jedzeniowe, jak i te zachowania mogą modyfikować stany emocjonalne, co czyni je potencjalnymi regulatorami owych stanów (Brytek-Matera, 2024). Przykładowo, jedzenie może być wykorzystywane jako sposób redukcji nieprzyjemnych emocji lub celem podtrzymania przyjemnych stanów emocjonalnych (Potocka, Mościcka, 2011).

Ponadto pobudzenie emocjonalne może prowadzić do zmian w zakresie doboru pokarmów, skutkując częstszym sięganiem po żywność wysoko przetworzoną, bogatą w cukier i tłuszcze (Ogden, 2011; Brytek-Matera, 2024). Co więcej, pod wpływem silnych emocji łatwiej ulegać zachciankom żywieniowym i rezygnować z założeń powziętego sposobu odżywiania. Dyskutując problematykę głodu i sytości należy zwrócić uwagę również na zjawisko głodu emocjonalnego, tj. odczucia psychosomatycznego wzbudzającego motywację do poszukiwania i przyjmowania pokarmu w odpowiedzi na stan powiązany z potrzebą przywrócenia komfortu emocjonalnego, poradzenia sobie z pustką emocjonalną lub zmniejszeniem poziomu napięcia emocjonalnego (Mroczkowska, Ziółkowska, 2007). Odczuciu temu zwykle towarzyszy wzmożone napięcie i/lub uświadomione bądź nieuświadomione doświadczanie emocji. Głód emocjonalny różni się od głodu fizjologicznego gwałtownością pojawiania się i intensywnością odczucia. Występuje on niezależnie od fizjologicznego stanu sytości. Głód ów często jest specyficzny – odnosi się do określonych produktów, zwykle charakteryzujących się wysoką zawartością węglowodanów i tłuszczów (Mroczkowska, Ziółkowska, 2007; Jurek, Wittenbeck, 2024). Odpowiedzią na głód emocjonalny może być jedzenie emocjonalne, które definiuje się jako *tendencję do przejadania się w odpowiedzi na negatywne emocje (np. lęk, gniew,*

drażliwość) w celu zmniejszenia negatywnego afektu i w konsekwencji zwiększenie pozytywnego afektu (Brytek-Matera, 2024, s.192). Wspomniana tendencja jest powiązana z potrzebą, którą ma zaspokoić czynność jedzenia. Gdy zachowanie to zostało podjęte w odpowiedzi na pojawienie się głodu emocjonalnego, to jest ono kontynuowane aż do momentu zredukowania pobudzenia emocjonalnego powstałego w wyniku frustracji potrzeby sygnalizowanej w postaci głodu emocjonalnego, np. potrzeby bliskości. W związku z tym sygnały dotyczące fizjologicznej sytości są ignorowane, gdyż zachowanie to nie zostało podjęte w celu zaspokojenia potrzeby fizjologicznej. Prowadzi to do przejadania się, jako że jedzenie kontynuowane jest aż uzyskania doraźnego poczucia np. polepszenia nastroju czy złagodzenia napięcia. Często ta postać jedzenia związana jest z poczuciem winy występującym po epizodzie przejedzenia się (Mroczkowska, Ziółkowska, 2007; Ziółkowska, 2016). Warto także podkreślić, iż jedzenie emocjonalne niekiedy współwystępuje z jedzeniem w odpowiedzi na bodźce zewnętrzne, jednakże należy odróżniać te dwa zjawiska, gdyż jedzenie w odpowiedzi na bodźce zewnętrzne samo w sobie stanowi tendencję behawioralną powstałą w wyniku procesów ewolucji i w określonych warunkach może mieć charakter adaptacyjny (Brytek-Matera, 2024). Występowanie głodu emocjonalnego oraz podejmowanie emocjonalnego jedzenia może być wyjaśniane mechanizmem generalizacji bodźców. Treść fenomenologiczna doświadczenia głodu fizjologicznego jest bowiem wystarczająco podobna do doświadczeń indukowanych poprzez stresory, stany emocjonalne czy inne pobudzenia. Jednostka nie różnicuje różnorodnych bodźców interpretując je, przez generalizację, jako głód i w następstwie tej interpretacji podejmuje zachowania zmierzające do poradzenia sobie z głodem. *Na skutek generalizacji bodźca jedzenie może wobec tego stać się reakcją na szeroką klasę odczuć* (Ziółkowska, 2016, s. 418). Opisywane trudności w zakresie niewystarczającego różnicowania bodźców mogą być także powiązane z niezdolnością do identyfikowania, nazywania i rozpoznawania emocji (aleksytymia). Wskazuje się na częstsze występowanie i/lub większe nasilenie aleksytymii u osób z otyłością, szczególnie doświadczających napadowego objadania się (Żak-Gołąb, 2012; Szczygieł, Kadzidłowska-Wrzosek, 2014).

Okazuje się, że u podstaw jedzenia w odpowiedzi na emocje może leżeć zmniejszona kontrola poznawcza, bowiem intensywne stany emocjonalne silnie angażują procesy uwagowe, przekierowując je na przeżycia emocjonalne i jednocześnie zmniejszając ich udział w kontroli nad jedzeniem (Brytek-Matera, 2024). Procesy uwagowe są także istotną zmienną dla wyjaśnienia zjawiska określanego mianem bezmyślnego jedzenia. Pojęcie to dotyczy takich sytuacji, gdy jednostka zaabsorbowana inną czynnością, która angażuje jej zasoby poznawcze,

staje się mniej świadoma zarówno ilości spożywanego jedzenia, jak i samego przebiegu konsumpcji. Wówczas pogorszeniu ulega zapamiętywanie przebiegu posiłku, zmniejsza się także skupienie na bodźcach interoceptywnych, w efekcie czego – niezależnie od odczuwanej sytości – osoba kontynuuje czynność jedzenia, co sprzyja spożywaniu większej ilości pokarmu i przejadaniu się. Skutki tego zjawiska uwypuklają się w przypadku osób stosujących diety, gdyż zaabsorbowanie poznawcze czynnościami innymi niż jedzenie zmniejsza możliwość kontroli nad nim sprawowanej, powodując łamanie decyzji/zaleceń dietetycznych (Ogden, 2011).

System uwagowy może być też powiązany z odżywianiem w sposób inny niż opisano wcześniej, bowiem nie tylko brak zasobów uwagowych potrzebnych do kontroli nad jedzeniem prowadzić może do dezadaptacyjnych zachowań żywieniowych, lecz samo skupienie na odżywianiu bywa sposobem na przekierowanie uwagi. Jedzenie, zarówno jako czynność, jak i substancja, może być wykorzystywane w celu odwracania uwagi od przykrych i nieprzyjemnych myśli, wyobrażeń, emocji i towarzyszących im doznań somatycznych (Brytek-Matera, 2024). Dotyczą one często zarówno samooceny, poczucia własnej wartości jednostki, jak i jej przekonań na temat tego, jak jest ona spostrzegana przez inne osoby. Wówczas introspekcja, rozumiana jako skierowanie uwagi do wewnątrz, powoduje zetknięcie z przykrymi treściami wywołującymi nieprzyjemne stany emocjonalne i somatyczne. Przeniesienie uwagi na bodźce zewnętrzne i unikanie kontaktu ze swoim „światem wewnętrznym” może okazać się sposobem doraźnego radzenia sobie z tą sytuacją. Jedzenie staje się bowiem bodźcem angażującym procesy uwagowe, co umożliwia jednostce ucieczkę od świadomości siebie; mechanizm ten został ujęty w teorii ucieczki od samoświadomości (ang. *the escape of self awareness theory*) (Brytek-Matera, 2024). Poprzez zawężenie pola uwagi do tego, co „tu i teraz” oraz bodźców związanych z przyjmowaniem pokarmów zmniejsza się poziom kontroli, podejmowane zachowania nie są ewaluowane względem powziętych celów odsuniętych w czasie, przyjętych norm i standardów czy wyznawanych wartości. Opisywany stan określany jest jako stan dekonstrukcji poznawczej i charakteryzuje się pasywnym poddaniem bieżącej sytuacji i niskim zaangażowaniem procesów samoświadomościowych (Szczygieł, Kadzikowska-Wrzosek, 2014). Wyjaśnienia wywodzone z tej teorii pozwalają zrozumieć mechanizmy leżące u podstaw *zaburzenia z napadami objadania się* (ang. *binge-eating disorder*) (ICD-11, 2024). U osób zmagających się z kompulsywnym objadaniem się zaobserwowano przyjmowanie wysokich standardów osobistych i oczekiwań nakładanych na samych siebie, a także spostrzeganie takich oczekiwań ze strony innych. Niesprostanie tym

oczekiwaniom powiązane jest z szeregiem nieprzyjemnych doznań, np. z poczuciem winy i wstydem oraz chęcią odseparowania się od tych stanów. Objadanie się jest czynnością charakteryzującą się znaczną intensywnością, dostarczającą silnej stymulacji zmysłowej, a w konsekwencji również wypełnieniem przewodu pokarmowego intensywnymi doznaniem wewnętrznymi, często powiązanymi z dyskomfortem i bólem. Umożliwia ono zmniejszenie zaabsorbowania stresorami i przeniesienie się do chwili obecnej poprzez skupienie na bodźcach zewnętrznych i doświadczaniu sygnałów płynących z ciała (Shireen, Castelli, Legault i in., 2022).

W wyniku procesów uczenia się określone zachowania jedzeniowe mogą stać się preferowaną formą samoregulacji, co może skutkować wzrostem masy ciała prowadzącym do nadwagi i otyłości, a także pogorszenia stanu zdrowia. Co więcej, otyłość bądź pojawiające się w wyniku objadania przekonanie o niezdolności do samokontroli w zakresie odżywiania się, wtórnie będą powodowały pogorszenie samooceny oraz poczucie klęski związane zarówno z niesprostaniem własnym standardom, jak i tym spostrzeganym ze strony otoczenia. Chęć ucieczki od tych nieprzyjemnych myśli i towarzyszących im doznań emocjonalnych może przekładać się na powtarzanie i utrwalanie nieadaptacyjnych zachowań, potęgując istniejące już problemy żywieniowe (Pietrzykowska, Wierusz-Wysocka, 2008; Ogden, 2011).

Mimo że procesy uwagowe mogą być czynnikiem znaczącym dla podejmowania nieadaptacyjnych zachowań jedzeniowych, to jednocześnie stanowią one podstawę interwencji terapeutycznych użytecznych w kształtowaniu adaptacyjnych sposobów regulacji emocjonalnej oraz adaptacyjnych zachowań jedzeniowych. Interwencje te powiązane są ze zdolnością do osiągania i utrzymywania stanu uważności (ang. *mindfulness*) odnoszącego się do niewartościującego, niecelowego doświadczania trwania w teraźniejszości konstruowanej przez aktualne stany i odczucia. Zwiększanie zdolności do wchodzenia w stan uważności i utrzymywania go (pozostawania w kontakcie ze sobą), osiągane dzięki różnorodnym treningom, przyczynia się do poprawy wyrazistości odczuć cielesnych i jednocześnie obniża reaktywność emocjonalną na te odczucia. Uważne jedzenie jest aspektem tej specyficznej formy kierowania i skupiania uwagi, a definiuje się je jako *tendencję do uświadamiania sobie doznań fizycznych i emocjonalnych towarzyszących jedzeniu* (Lewandowska, 2015, s. 94). Umiejętność i nawyk uważnego jedzenia umożliwia odróżnianie głodu fizjologicznego od głodu emocjonalnego oraz adekwatne odczuwanie przejawów głodu i sytości. Ponadto zmniejsza to bezrefleksyjność i zautomatyzowanie przyjmowania pokarmów, co przekłada się na pełniejsze doświadczanie właściwości organoleptycznych pożywienia i reakcji na nie. Wykazano, że uważne jedzenie

jest skuteczne w radzeniu sobie z problemami związanymi z obrazem ciała, regulacją emocjonalną i niezdrowymi wzorcami żywieniowymi, zarówno u osób zmagających się z nadmierną masą ciała, jak i o prawidłowej masie ciała (Brytek-Matera, Czepczor-Bernat, Modrzejewska, 2021). Niemniej jednak strategie regulacyjne związane z podejmowaniem nieadaptacyjnych zachowań jedzeniowych nie wymagają specyficznej wiedzy czy umiejętności w zakresie ich stosowania w porównaniu z bardziej adaptacyjnymi, ale jednocześnie bardziej wymagającymi formami regulacji poznawczej, co może zwiększać prawdopodobieństwo wykorzystania tych pierwszych. Funkcjonowanie systemu uwagowego jest więc znaczące także dla zarządzania zasobami poznawczymi potrzebnymi do obrania strategii regulacji emocji oraz podejmowania określonych zachowań żywieniowych.

Zgodnie z teorią czynności autorstwa T. Tomaszewskiego (1977) wszelkie zachowania, w tym jedzeniowe, organizowane są na trzech poziomach – odruchu, nawyku i zadania. Poziomy te wyznaczane są z kolei poprzez poziom reaktywności vs. refleksyjności związany z podjęciem zachowania jedzeniowego. Wspomniane poziomy mają charakter hierarchiczny – zdolność do organizowania własnych zachowań na kolejnych poziomach wzrasta wraz z postępującym rozwojem ontogenetycznym jednostki. Poszukiwanie piersi, ssanie i połykanie to zachowania reaktywne pojawiające się najwcześniej w toku ontogenezy, oparte są one o odruchy wrodzone i nabyte. Nawyk natomiast odnosi się do powtarzania strategii, która sprawdziła się wielokrotnie w przeszłości – na tym poziomie organizuje się regulacja czynności rutynowych i powtarzalnych. Przykładem zachowania jedzeniowego organizowanego na omawianym poziomie może być codzienny wybór przekąski bez refleksji nad jej właściwościami zdrowotnymi. Poziom zadania jest zaś najwyższą formą organizacji zachowań, bowiem powiązany jest on ze zdolnością do antycypacji oraz uświadamiania sobie celu danego zachowania (np. dobór pożywienia uwzględniający jego właściwości zdrowotne) (Tomaszewski, 1977). Poziomy te współistnieją ze sobą, a niższe poziomy organizacji działają niejako zgodnie z obranym zadaniem. Mimo że wraz z rozwojem ontogenetycznym zachowania jedzeniowe jednostki mogą być organizowane na poziomie zadania to niebagatelną rolę odgrywają wcześniej ukształtowane nawyki i odruchy. Dzieje się tak, gdyż podczas realizacji czynności regulowanej z poziomu zadania nadal wykorzystywane są mechanizmy z niższych poziomów organizacji. Wykształcone odruchy i nawyki jednostki mogą sprzyjać osiągnięciu przez nią celów założonych na poziomie regulacji „zadania”. Jednakże gdy te odruchy i nawyki nie są zgodne z obranymi celami, mogą przyczyniać się do dezorganizacji czynności i regresji zachowania do niższych poziomów organizacji regulacji. Występowaniu takiej dezorganizacji

czy regresji sprzyjają wahania pobudzenia – zarówno obniżenie związane ze zmęczeniem czy spadkiem nastroju, jak i zwiększenie pobudzenia spowodowane napięciem emocjonalnym czy bezpośrednim zagrożeniem. W sytuacji nadmiernego stresu bądź napięcia emocjonalnego, jednostka sięga po pokarm bazując na wcześniej ukształtowanych odruchach i nawykach odnoszących się do jedzenia jako zachowania przynoszącego ulgę, wzmagającego poczucie bezpieczeństwa i redukującego nieprzyjemne stany somatoafektywne. Gdy napięcie ulega zmniejszeniu, a poziom organizacji regulacji wraca do poziomu „zadania”, następuje ewaluacja własnych działań względem celów i wartości, co niekiedy wiąże się z wystąpieniem poczucia winy. Omówione powyżej czynniki modelujące pobieranie pokarmu, tj. poziom stresu, strategie regulacji emocjonalnej oraz organizacja poznawcza, zdają się być szczególnie istotne w grupie osób transpłciowych. Zjawiska takie jak dysforia płciowa, zinternalizowana transfobia, dyskryminacja czy stres mniejszościowy są bowiem czynnikami specyficznymi kształtującymi funkcjonowanie psychospołeczne członków tej grupy mniejszościowej (Muldner-Nieckowski i in., 2020).

Jak już wspomniano, najwyższy poziom organizacji regulacji czynności powiązany jest z antycypacją rozumianą jako przewidywanie odległych w czasie następstw zachowań. Antycypacja uznawana jest za metaregulator zachowań, gdyż angażuje wyższe procesy poznawcze i zależy od wiedzy jednostki, którą rozumieć można jako zestaw przekonań wynikający z procesów uczenia się (Buczny, Łukaszewski, 2008; Wojciszke, 2014). Przekonania te także odgrywają znaczącą rolę w regulacji poboru pokarmu, a ich złożoność zdaje się być cechą gatunkową. Wyjaśnienia powiązane z tym aspektem funkcjonowania człowieka mieszczą się w poznawczych modelach zachowań żywieniowych. Modele owe akcentują znaczenie przekonań dotyczących własnej osoby, przyszłości, świata i innych ludzi dla regulacji procesu odżywiania się. W dotychczasowych dociekaniach potwierdzono wpływ przekonań: 1) zawierających aspekt oceniający względem określonych pokarmów, a także 2) dotyczących zdolności do sprawowania kontroli nad własnym zachowaniem, na regulację zachowań żywieniowych. Wiele innych elementów poznawczych było weryfikowanych jako czynniki regulujące zachowania żywieniowe i/lub intencje behawioralne, natomiast wyniki częstokroć okazywały się niejednoznaczne. Do tej pory jednoznacznie nie potwierdzono przykładowo, aby wiedza o właściwościach zdrowotnych pożywienia czy normy społeczne stanowiły dobry predyktor zachowań żywieniowych (Ogden, 2011). Złożony sposób oddziaływania elementów poznawczych na regulację procesu odżywiania się można odnieść do zagadnienia edukacji żywieniowej. Wykazano bowiem, że edukacja ta zwiększa wiedzę

żywieniową, a nawet prowadzi do zmiany przekonań, natomiast tylko w niewielkim stopniu przyczynia się ona do zmian w zakresie podejmowanych zachowań (Kupolati i in., 2019; za: Juruć, 2024). Nie umniejsza to z pewnością znaczenia edukacji żywieniowej, jednak może to sugerować, że wiedza zdobyta w jej ramach będzie skutecznie wykorzystywana tylko wtedy, gdy indywidualne zdolności samoregulacyjne oraz szerszy system przekonań niejako „pozwolą” na jej zastosowanie. Ów szerszy system przekonań oddziałuje na funkcjonowanie emocjonalne jednostki i, jak już wspomniano, pozostaje w ścisłej zależności z zachowaniami jedzeniowymi. Przykładowo przejadaniu się mogą sprzyjać również określone przekonania dotyczące własnej osoby oraz swoich relacji ze światem. Niska samoocena, pesymizm życiowy, poczucie bezradności, nadmierna potrzeba osiągnięć i dążenie do perfekcjonizmu wywołują zazwyczaj negatywne emocje oraz potrzebę pocieszania się, często zaspokajaną jedzeniem (Pietrzykowska, Wierusz-Wysocka, 2008, s. 473).

Sama relacja z jedzeniem także może stanowić treść elementów poznawczych jednostki. Przykładem mogą tu być przekonania odnośnie do bycia niejadkiem, osobą wybredną czy „obżartuchem”; przekonania dotyczące problemowych zachowań żywieniowych (przekonanie o braku kontroli nad napadami objadania się); przekonania odnoszące się do tego, czy jedzenie jest przyjemne i/lub ważne dla jednostki. Do tego typu elementów poznawczych odnosi się teoria maskowania, w której świetle zaabsorbowanie nadmiernym jedzeniem (w przebiegu jedzenia emocjonalnego) angażuje poznawcze zasoby jednostki, koncentrując je na doznaniach i treściach związanych z zachowaniami jedzeniowymi. To poznawcze zaangażowanie utrudnia (a nawet uniemożliwia) dotarcie do treści poznawczych związanych z obszarem problemowym, źródłowym dla emocji związanych z podjęciem jedzenia emocjonalnego. Przykład może stanowić osoba koncentrująca się na zjedzeniu dużej ilości słodczy i jednocześnie niedokonująca wglądu w doświadczaną przez siebie samotność (Szczygieł, Kadzikowska-Wrzosek, 2014; Brytek-Matera, 2024). W ramach omawianych modeli poznawczych znaczącym zdaje się być poziom zaabsorbowania nie tylko żywnością i konsumpcją, ale także obrazem ciała i atrakcyjnością. U osób zmagających się z nieprawidłowymi zachowaniami jedzeniowymi natężenie myśli dotyczących jedzenia i wyglądu niekiedy samo w sobie stanowi obszar problemowy. Treści te dominują doświadczenie jednostki i przybierają formę myśli obsesyjnych nierzadko przymuszających do podjęcia danych zachowań. Niekiedy te obsesyjne myśli dotyczą metapoznania i przejawiają się w próbach powstrzymania się od myślenia o jedzeniu, co najczęściej prowadzi do zwiększenia zaabsorbowania tym tematem (Pietrzykowska, Wierusz-Wysocka, 2008). W dyskursie charakteryzującym szkodliwe

zachowania żywieniowe w kategorii uzależnienia od jedzenia (jedzeniologizm) także podkreśla się znaczenie elementów poznawczych determinujących to zaburzenie. Życie osób doświadczających tego problemu zdominowane jest nie tylko przez jedzenie, ale także przez myślenie o nim, jak również przez myślenie o swoim wizerunku (Chanduszko-Salska, 2013). Podejmowanie zachowań jedzeniowych sprzecznych z wolą jednostki i odbieranych przez nią jako wynik wewnętrznego przymusu określa się mianem egodystonicznego jedzenia (Brytek-Matera, 2021). Takie intensywne poznawcze zaangażowanie w jedzenie powiązane jest także z niedobrowolnym doświadczeniem głodu. Na tę kwestię zwrócił uwagę V. Frankl (2009) opisując to, jak temat jedzenia dominował myśli i rozmowy więźniów obozu koncentracyjnego. Do podobnego wniosku wiodą również wyniki tzw. wielkiego eksperymentu głodowego w Minnesocie (Keys i in., 1950), w ramach którego mężczyźni poddani znacznej restrykcji żywieniowej w ciągu 12 tygodni stracili średnio 24 procent masy swojego ciała, a ich funkcjonowanie poznawcze zostało zdominowane przez treści związane z pożywieniem, przepisami i produkcją żywności. Zagadnienia te stanowiły główny temat rozmów uczestników owego eksperymentu. Ponadto u badanych mężczyzn odnotowano następujące zmiany psychologiczne: wzrost impulsywności, drażliwości i depresyjności, obniżenie popędu seksualnego, wycofanie społeczne oraz niską odporność na sytuacje zaburzające rutynę. Wyniki tego eksperymentu stanowią podstawę do upatrywania w przedłużającym się braku równowagi żywieniowej przyczyn niektórych symptomów zaburzeń odżywiania.

3.2.3. Regulatory odżywiania związane z rozwojem ontogenetycznym

W rozważaniach dotyczących jedzenia istotna jest także perspektywa rozwojowa i procesy uczenia się, którym podlegała jednostka, bowiem zaburzenia procesu odżywiania mogą być wyrazem kryzysów i trudności na każdym etapie cyklu życia. Kryzys rozwojowy powiązany jest zazwyczaj z doświadczaniem niepewności i pomieszania, wzmożonego lęku i napięcia (Czabała, Czachor, 2024). Równowaga emocjonalna zostaje zachwiana zarówno u osoby, której kryzys dotyczy, jak i jej bliskich i opiekunów. Skutki doświadczanego dyskomfortu, braku poczucia bezpieczeństwa oraz chaotycznych prób radzenia sobie przeplatanych poczuciem bezradności, mogą wyrażać się poprzez zaburzone zachowania jedzeniowe, w tym jedzenie emocjonalne (Czabała, Czachor, 2024).

Regulację zachowań żywieniowych można również rozpatrywać w oparciu o procesy uczenia się przebiegające już od pierwszych dni życia (Ogden, 2011). Uczenie asocjacyjne jest jedną z form kształtowania nawyków i zachowań, w tym związanych z odżywianiem się. Proces ten może zachodzić w oparciu o intencjonalne oddziaływania wychowawcze opiekunów,

zmierzające np. do wykształcenia u dzieci zdrowych nawyków poprzez kontrolę i/lub nagradzanie określonych wyborów żywieniowych oraz poprzez nieintencjonalne kojarzenie spożycia danych pokarmów z następstwami tej konsumpcji, takimi jak odczucia fizjologiczne czy dane zmysłowe (Ogden, 2011). Uczenie asocjacyjne jest podstawą zarówno kształtowania się preferencji żywieniowych, jak i jedzenia jako czynności w ogóle (Birch, 1999). To właśnie w tym zakresie uczenie się zachodzi już od pierwszego dnia życia podczas każdego karmienia. Poza zaspokojeniem głodu i dostarczeniem organizmowi niezbędnych substancji odżywczych, u niemowląt w wyniku karmienia dochodzi także do wyciszenia oraz zredukowania napięcia i lęku. Zaspokojenie potrzeb fizjologicznych (ale także obecność opiekuna) powoduje ukojenie oraz wzrost poczucia bezpieczeństwa i komfortu. Tak więc dziecko łączy karmienie ze zmianą stanu pobudzenia, zredukowaniem nieprzyjemnych doznań i powstaniem przyjemnych doświadczeń (Ziółkowska, 2016).

Okresami rozwojowymi sensytywnymi dla wystąpienia symptomów zaburzeń odżywiania są adolescencja i wczesna dorosłość (Brytek-Matera, 2021). Okres dorastania powiązany jest ze zmianami pokwitaniowymi, które sprzyjają wzmożonemu zaabsorbowaniu ciałem i silnej tendencji do oceniania własnej atrakcyjności fizycznej (Beisert, 2021). Wczesne psychoanalityczne interpretacje zaburzeń odżywiania (w szczególności jadłowstrętu psychicznego) wskazywały na niedojrzałość psychoseksualną dziewcząt, w tym problemy w zakresie identyfikacji z rolą płciową dorosłej kobiety (Ziółkowska, 2016). Rozumienie funkcji symptomów zaburzeń odżywiania (głównie u młodych kobiet) w kategoriach zatrzymania rozwoju psychoseksualnego, wyrażania niechęci wobec podejmowania zachowań seksualnych, wygaszania pożądania oraz niwelowania cech fizycznych związanych z dymorfizmem płciowym jest nadal obecne w pewnych podejściach teoretycznych i terapeutycznych (Romejko-Borowiec, 2004). Efektem nadmiernego deficytu kalorycznego i niedoborów żywieniowych, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn jest wystąpienie dysfunkcji seksualnych związanych z poziomem pożądania oraz uzyskiwaniem gotowości seksualnej. Jednocześnie rozeznanie kierunku związków przyczynowo-skutkowych dotyczących współwystępowania dysfunkcji seksualnych z zaburzeniami odżywiania nastręcza nadal wielu trudności (por. Castellini i in., 2016; Castellini i in., 2019; Dunkley, Svatko, Brotto, 2020). Nienormatywnym zdarzeniem rozwojowym, które może kształtować zachowania związane z przyjmowaniem pokarmu, jest doświadczenie wykorzystania seksualnego, zwłaszcza gdy miało ono miejsce w dzieciństwie. Wykazano, że związek pomiędzy wykorzystaniem seksualnym a nieadaptacyjnymi zachowaniami żywieniowymi jest słaby, ale istotny. Moderowany jest on

przez takie zmienne, jak płeć (silniej u kobiet niż u mężczyzn), wystąpienie stresu pourazowego i lęk (Williams, Gleaves, 2003; Hayes i in., 2021; Malet-Karas i in., 2022).

Nie bez znaczenia dla kształtowania się postaw wobec jedzenia pozostaje normatywny kryzys rozwojowy związany z procesem formowania się tożsamości. Dawniej odnosił się on głównie do stadium adolescencji, aktualnie dotyczy także wyłaniającej się i wczesnej dorosłości (tzw. moratorium na dorosłość) (Arnett, 2000; Liberska, 2007). W powyższych stadiach rozwoju szczególnego znaczenia nabierają społeczno-kulturowe determinanty zachowań żywieniowych, poprzez zwiększoną wrażliwość na wpływy społeczne związane m.in. z kształtowaniem się tożsamości. Wybór określonych pokarmów lub odrzucanie innych (np. mięsa), uczestniczenie w wydarzeniach społecznych powiązanych z konsumpcją, wybór lokali gastronomicznych o określonej charakterystyce czy przyjmowanie dyktowanych ideologicznie i/lub etycznie założeń dotyczących odżywiania się (np. dieta planetarna, *zero waste*) mogą być rozumiane w kategoriach procesów tożsamościotwórczych (Czabała, Czachor, 2024).

Zjawiskiem szybko rozprzestrzeniającym się we współczesnej kulturze jest postawa ideologiczna wyrażająca się traktowaniem dbania o zdrowie i utrzymywania dobrostanu jako głównej wartości życia człowieka, czyli tzw. *healthism*. Jego przejawem w odniesieniu do odżywiania się, jest dietyzm, który opiera się na trzech zasadniczych założeniach. Po pierwsze – najważniejsze w jedzeniu są składniki odżywcze, po wtóre – aby wiedzieć, co jeść, należy słuchać ekspertów, którzy mają na ten temat niedostępną przeciętnemu człowiekowi wiedzę, i po trzecie – głównym i zasadniczym celem jedzenia jest utrzymanie zdrowia (Buczak, 2019; Czabała, Czachor, 2024). *Healthism* powiązany jest także z pojęciem biomoralności, a więc postawy etycznej mogącej stanowić podstawę ewaluacji własnych działań pod kątem ich wymiaru etycznego. W skrajnych formach biomoralność sprowadza całość moralności do kategorii dobrostanu, zniekształcając i upraszczając tę sferę funkcjonowania człowieka, ograniczając jej złożoność i konfliktowość, a co za tym idzie – utrudniając rozwój zintegrowanej i złożonej tożsamości (Dudek, 2018). Zarówno *healthism*, jak i zjawisko biomoralności w ich warstwie treściowej można łatwo powiązać z zachowaniami ortorektycznymi (Buczak, 2019).

3.2.4. Regulatory odżywiania związane z restrykcjami i obrazem ciała

Stosowanie restrykcji żywieniowych polegające na ograniczaniu dostarczanych kalorii i/lub eliminowaniu pewnych produktów jest zagadnieniem złożonym i wielowątkowym. Z jednej strony stanowi ono istotny element redukcji masy ciała u osób z otyłością i nadwagą, zaś z drugiej – jest symptomem osiowym dla niektórych zaburzeń odżywiania, takich jak bulimia

czy anoreksja. W licznych badaniach (por. Anderson i in., 2001; Mann i in., 2007; Hall, Kahan, 2018; Machado i in., 2022) wykazano nieskuteczność restrykcji żywieniowych (stosowanej jako monoterapia bez innych oddziaływań) jako metody trwałej redukcji masy ciała. Co więcej, w części opracowań wykazano, że w przypadku osób z prawidłową masą ciała rozpoczynających stosowanie restrykcji żywieniowych, może dojść do przejadania się i w konsekwencji do nadwagi/ otyłości (Ogden, 2011). Odchudzanie oparte na okresowych restrykcjach żywieniowych, stanowi sposób leczenia otyłości i radzenia sobie z problemem nadwagi. Proces odchudzania jest niewątpliwie bardzo złożony – aby był efektywny, musi on obejmować wiele aspektów funkcjonowania człowieka, w tym zarówno ilość oraz jakość przyjmowanego pokarmu, jak i sposób funkcjonowania psycho-społecznego. Sama redukcja masy ciała nie stanowi tak dużego wyzwania dla odchudzających się jak utrzymanie jej rezultatów, a więc wytworzenie trwałych zmian w zakresie nawyków i przekonań (Juruć, 2024). Takie rozumienie procesu odchudzania zdaje się potwierdzać fakt, że włączanie do programów leczenia otyłości terapii poznawczo-behawioralnej i behawioralnej zwiększa efektywność i trwałość tych oddziaływań (Pietrzykowska, Wierusz-Wysocka, 2008). Wykazano także, że dla efektywności procesu odchudzania istotna jest zgodność celów stanowiących podstawę motywacji do stosowania określonego sposobu odżywiania z systemem Ja jednostki, w szczególności z jej osobistymi potrzebami. Wówczas utrzymanie restrykcji żywieniowych nie angażuje tak silnie procesów kontroli, a ich przestrzeganie jest bardziej odporne na przeciążenia poznawcze (Szczygiel, Kadzikowska-Wrzosek, 2014).

O ile restrykcje żywieniowe będące elementem terapii chorób dietozależnych są powszechnie aprobowane, o tyle restrykcje żywieniowe stosowane bez wskazań medycznych są przedmiotem licznych kontrowersji. Dieta stała się narzędziem kształtowania swojego ciała, dyscyplinowania go, a także wyrażania swojej sprawczości i odzyskiwania poczucia kontroli. Przemysł związany z odchudzaniem utrwala stereotypy związane z wymiarami ciała i rozpowszechnia przekonania o diecie jako o jedynie słusznej metodzie kształtowania swojej sylwetki. Zwiększa on tym samym swoje przychody i buduje tzw. kulturę diety, której początków można upatrywać w przemianach lat sześćdziesiątych XX wieku i rewolucji seksualnej (Ogden, 2011). O ile terapeutyczny proces odchudzania zakłada wprowadzanie zdrowych nawyków żywieniowych, o tyle restrykcje żywieniowe podejmowane w celu osiągnięcia określonych efektów sylwetkowych niejednokrotnie oddziałują negatywnie na zdrowie osób je stosujących. Przyczyniają się one do pogorszenia stanu odżywienia organizmu,

a także prowadzą do przejadania się będącego wynikiem złamania restrykcji i późniejszych zachowań kompensacyjnych (Ogden, 2011).

W modelach zachowań żywieniowych związanych z obrazem ciała i stosowaniem diet istotnym regulatorem procesu odżywiania się są przekonania dotyczące wymiarów ciała oraz postawy wobec obrazu ciała. Niezadowolenie z obrazu ciała – zgodnie z homeostatyczną teorią otyłości D. Marksa (2015, za: Brytek-Matera, Czepczor-Bernat, Modrzejewska, 2021) – ma znaczący udział w etiologii otyłości, a także jest powiązane ze stosowaniem restrykcji żywieniowych w przebiegu zaburzeń odżywiania (Ogden, 2011; Fairburn, 2013). Internalizacja ideału szczupłej sylwetki, odczuwana presja związana z osiąganiem społecznych wzorców atrakcyjności, stosowanie diet oraz wspomniane niezadowolenie z obrazu ciała są znaczącymi czynnikami ryzyka nieadaptacyjnych zachowań żywieniowych (Stice, Marti, Durant, 2011; Williamson, 2004; Brytek-Matera, 2021). Zaburzenia odżywiania na poziomie transdiagnostycznym cechuje wspólny rdzeń psychopatologii, który ma charakter poznawczy i dotyczy przesadnego zaabsorbowania kształtem i wymiarami ciała. Procesy autoewaluacyjne – w przypadku osób zmagających się z symptomami zaburzeń odżywiania – w znacznym stopniu odnoszą się do zdolności do kontrolowania figury i masy ciała, a więc i zachowań jedzeniowych (przestrzegania restrykcji). Udział innych sfer funkcjonowania jednostki w kształtowaniu samooceny jest zmniejszony na rzecz zdolności do osiągania i utrzymywania sylwetki i masy ciała zgodnej z przyjętymi standardami (Fairburn, 2013). Do zaburzeń odżywiania, w przebiegu których występują restrykcje żywieniowe, zalicza się jadłowstręt psychiczny i żarłoczność psychiczną, w przypadku której restrykcja pojawia się jako działanie kompensacyjne (Ziora, 2024). Niezależnie od tego, czy nasilenie symptomów pozwala na postawienie rozpoznania zaburzeń odżywiania, czy też objawy, jakich doświadcza jednostka charakteryzują się subklinicznym nasileniem, dla dynamiki przebiegu nieprawidłowych zachowań żywieniowych znaczenie ma naprzemienne występowanie objadania się i stosowania restrykcji żywieniowych.

Zachowania jedzeniowe powiązane z dążeniem do uzyskania określonej sylwetki i/lub masy ciała powiązane są nierzadko ze zinternalizowanymi standardami atrakcyjności przekazywanymi przez media, rodzinę i rówieśników. Co ważne, w obszarze samych standardów i ich znaczenia dla jednostki odnotowuje się istnienie różnic międzypłciowych. Płeć różnicuje także antycypowane przyczyny nieosiągnięcia tych standardów. Dla przykładu: w polskich badaniach (Maj, Kłonowska, 2016) wykazano, że kobiety jako przyczynę nadmiernej masy ciała podawały czynniki emocjonalne, podczas gdy mężczyźni wskazywali na nadmierne spożycie alkoholu (piwa), czego nie odnotowano w grupie kobiet.

3.2.5. Społeczno-kulturowe regulatory odżywiania

Jedzenie może pełnić rolę substytutu niezaspokojonych potrzeb afiliacyjnych. Zachowania jedzeniowe można rozumieć bowiem jako zachowania relacyjne i społeczne (Józefik, 2014). Zaspokajanie potrzeb związanych z odżywianiem się jest jednym z podstawowych procesów formułujących pierwsze więzi interpersonalne w życiu człowieka – więzi z opiekunem dostarczającym pożywienie. Ta podstawowa relacja przywiązaniowa jest znamieną dla dalszego funkcjonowania jednostki, w tym dla wykształcenia zdolności do samoregulacji pozwalającej budować właściwe zachowania żywieniowe (Józefik, 2014; Brytek-Matera, 2021). Znaczenie tych doświadczeń zostało szeroko opisane w ramach teorii przywiązania J. Bowlby’ego (1986).

W toku rozwoju jednostka nie tylko zdobywa wiedzę poprzez przyjmowanie informacji przekazywanych jej werbalnie (choć te w kontekście kształtowania samooceny i postawy względem swojego ciała są znaczące), ale konstruuje ona także wiedzę o świecie w oparciu o obserwację. Nawyki żywieniowe kształtowane przez rodziców, ich podejście do jedzenia oraz postawy zdrowotne wpływają na dzieci poprzez proces uczenia się społecznego oraz modelowania (Campbell, Crawford, 2001; Wojciechowska, 2014). Jednakże relacje zachodzące między postawami rodziców a postawami dzieci są często złożone i nie zawsze bezpośrednie (Ogden, 2011; Wardle, 2001). Mimo że rodzinne wzorce dotyczące jedzenia, atrakcyjności i ciała przyswajane są we wczesnych okresach rozwojowych (Kozioł-Kozakowska i in., 2018), to ich wpływ na regulację zachowań żywieniowych ujawnia się zarówno w dzieciństwie, młodości, jak i w dorosłości.

Czynniki systemowe oddziałują na jednostkę zarówno na poziomie świadomym, jak i nieświadomym. Jedzenie/karmienie może być nieświadomym wyrazem troski, czułości, pozytywnych emocji lub też elementem kształtującym tożsamość rodzinną (Józefik, 2014; Bąk-Sosnowska, 2024). Odmowa jedzenia stanowi jeden ze sposobów wyrażania złości, ale także niezależności i wypowiedzenia posłuszeństwa wobec władzy rodzinnej. Wówczas zmiana nawyków żywieniowych, przywołana już odmowa jedzenia lub inne zmiany zachodzące w zakresie odżywiania się częstokroć powodują rozliczne reakcje członków systemu rodzinnego, np. doprowadzają do konfliktów, wywołują nieprzyjemne odczucia emocjonalne czy wzmożone napięcia (Bąk-Sosnowska, 2024). Poza tym rodzina jest jednym z potencjalnych źródeł wsparcia, którego może udzielać swoim członkom, bądź też przyczyniać się do deficytu w tym zakresie (Ziółkowska, 2016). Jak wykazał A. Kirsch z zespołem (2016), niższy poziom rodzinnego wsparcia społecznego stanowił predyktor większego nasilenia

nieuporządkowanego jedzenia, zaś związek ten nie był mediowany przez niezadowolenie z ciała. Odnotowano także specyficzne oddziaływanie poziomu wsparcia udzielanego przez rówieśników na prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń odżywiania. Poziom tego wsparcia był związany z niezadowoleniem z ciała, ale nie był bezpośrednio powiązany z występowaniem zaburzeń odżywiania, choć silnie je moderował.

Relacje z rówieśnikami stanowią ważny czynnik kształtujący proces odżywiania się, gdyż w relacjach tych także zachodzi uczenie się społeczne i modelowane są zachowania żywieniowe (np. stosowanie diet). Grupa rówieśnicza stanowi ważne źródło społecznych standardów i wymogów związanych z obrazem ciała i atrakcyjnością, czego przykładem są m.in. rozmowy dotyczące diet i atrakcyjności fizycznej (por. *fat talk*, *body talk*, *body shaming*). Grupa rówieśnicza jest także źródłem negatywnych uwag dotyczących wyglądu oraz drwin i dokuczania związanego z wyglądem i masą ciała, co powiązane jest z występowaniem nasilonego niezadowolenia z ciała i zaburzonych form odżywiania się (Goodman, 2005; Menzel i in., 2010; Ogden, 2011).

Poza wpływami rodzinnymi i rówieśniczymi istotnym czynnikiem kształtującym zachowania żywieniowe człowieka jest kultura Zachodu, która przekształciła się w ciągu ostatnich dziesięcioleci z kultury niedostatku w kulturę nadmiaru. Jedzenie jest szeroko dostępne, łatwe do zdobycia, ale równocześnie często wysoko przetworzone, wysokotłuszczowe i o niskiej wartości odżywczej. Zwiększony dostęp do pożywienia zapewniają także aplikacje oferujące jedzenie na dowóz – wykazano, że korzystanie z tych aplikacji powiązane jest z wyższymi wskaźnikami w zakresie przejadania się ich użytkowników (Portingale i in., 2023). Dostępna żywność jest także bardziej różnorodna niż we wcześniejszych dziesięcioleciach, co powiązane jest z zaangażowaniem marketingu w przemysł spożywczy. Działania marketingowe spowodowały powszechną obecność treści związanych z jedzeniem w środkach masowego przekazu, np. programy kulinarne, blogi kulinarne, *food porn*, jak również w codziennej przestrzeni życiowej (np. wystawy sklepowe, marketing bezpośredni). Jedną z powszechnych strategii marketingowych jest zwiększanie porcji żywności (np. wielosztuki, promocje typu *placisz raz, jesz ile chcesz*), wycofywanie mniejszych opakowań na rzecz większych i droższych. Te czynniki środowiskowe określane są w języku angielskim jako *toxic food environment*, co można tłumaczyć jako szkodliwe środowisko żywieniowe (Pietrzykowska, Wierusz-Wysocka, 2008; Szczygieł, Kadzikowska-Wrzosek, 2014). Owo szkodliwe środowisko nabiera znaczenia dla regulacji zachowań żywieniowych pod wpływem zewnętrznych bodźców. Mechanizm ten powiązany jest z

procesami ewolucyjnymi oraz przystosowaniem do okresów głodu i niedoborów żywieniowych (Hart, 2021), a także z opisywaną wcześniej przewagą układu oreksygennego nad anoreksygennym.

Mechanizm ten leży u podłoża jednego z wyróżnionych problemowych stylów jedzenia – stylu zewnętrznego. Style jedzenia to *typowe dla jednostek rutynowe i nawykowe zachowania oraz preferencje związane z jedzeniem* (Lewandowska, 2024, s.166). Formują się one w oparciu o predyspozycje temperamentalne jednostki i doświadczenia, podczas których zachodziły procesy uczenia się. Styl zewnętrzny związany jest z większą responsywnością na bodźce zewnętrzne związane z jedzeniem (np. zapach pokarmu, dźwięk chrupania, widok atrakcyjnego smakowo pokarmu) w postaci inicjowania spożywania pokarmu. Osoby reprezentujące ów styl w mniejszym stopniu korzystają z odczuć wewnętrznych (takich jak głód czy sytość) w regulacji przyjmowania pokarmu (Lewandowska, 2024). Zwiększoną responsywność na bodźce zewnętrzne (wskazówki) odnotowuje się także w grupie osób z otyłością. Wykazano, że osoby z chorobą otyłościową rzadziej niż osoby w normowadze pozostawiają niedojedzone posiłki, zgodnie z ewolucyjną zasadą „należy jeść, gdy pożywienie jest dostępne” (Pietrzykowska, Wierusz-Wysocka, 2008). Zauważono także, że osoby z otyłością spożywają więcej pożywienia, gdy jest ono jasno oświetlone niż gdy pozostaje w cieniu. To właśnie mechanizm jedzenia w odpowiedzi na wskazówki zewnętrzne może pomóc w wytłumaczeniu tych fenomenów, gdyż zewnętrzny styl jedzenia, szczególnie współwystępujący z wysokim wskaźnikiem impulsywności, wiąże się ze skłonnością do konsumpcji niezdrowej żywności, przejadania się, a także z częstszym występowaniem otyłości (Lewandowska, 2024).

3.2.6. Regulatory odżywiania związane z różnorodnością płciową

Ciało dojrzałego człowieka o pewnych cechach fizycznych identyfikowane jest z określoną płcią. Cechy te to tzw. cechy płciowe, które dzieli się na pierwszorzędowe, drugorzędowe i trzeciorzędowe (Lew-Starowicz, 2000; Dulko, 2003). Pierwszorzędowe i drugorzędowe cechy płciowe to wewnętrzne i zewnętrzne narządy płciowe, a więc elementy niewidoczne bądź rzadko społecznie eksponowane (często zaś zakrywane/ukrywane). Drugorzędowe i trzeciorzędowe cechy płciowe tworzą płć fenotypową, a więc aspekt płci odnoszący się do wyglądu zewnętrznego człowieka, związany z identyfikowaniem jego płci przez otoczenie. Do trzeciorzędowych cech płciowych zalicza się budowę i owłosienie ciała, rozłożenie i poziom tkanki tłuszczowej oraz tkanki mięśniowej, obecność jabłka Adama, a także tembr głosu (Dulko, 2003). Pewne trzeciorzędowe cechy płciowe, takie jak poziom otluszczenia, a także proporcje ciała zależne od masy mięśniowej mogą być modyfikowane

poprzez stosowanie określonych założeń dietetycznych. Możliwość ta jest niekiedy wykorzystywana przez osoby transpłciowe celem osiągnięcia pożądanego przez nie zmaskulizowania bądź sfeminizowania sylwetki.

W badaniach jakościowych osób transpłciowych wykazano, że część z nich opisywała skrzyżowanie dysocjacji płci i rozmiaru ciała jako czynników powiązanych z niezadowoleniem z ciała, np. opisując pragnienie bycia szczuplejszym, aby wydawać się bardziej „kanciastym” i męskim (McGuire i in., 2016). Poza modyfikacją sylwetki poprzez rekompozycję składu i proporcji ciała, stosowanie restrykcji żywieniowych, szczególnie w grupie dorastających osób transpłciowych, powiązane jest z powstrzymaniem lub ograniczeniem zmian związanych z dojrzewaniem płciowym, takich jak pojawienie się menstruacji czy wzrost piersi (Yesildemir, Akbulut, 2023). Ponadto osoby transpłciowe także podlegają przekazom medialnym dotyczącym wzorców atrakcyjności specyficznych dla określonej płci, a co za tym idzie – internalizują ideał szczupłej sylwetki oraz odczuwają presję związaną z osiąganiem wzorców atrakcyjności. To zaś, niezależnie od identyfikacji płciowej, stanowi czynnik ryzyka dla wystąpienia symptomów zaburzeń odżywiania (McGuire i in., 2016; Brytek-Matera, 2021). Warto nadmienić, iż przyswajane i uwewnętrzniane wzorce oraz ideały związane z wizerunkiem są cishnormatywne i nie uwzględniają specyficznych dla osób transpłciowych ograniczeń w ich osiąganiu (Richburg, Stewart, 2024).

Powyżej opisane zjawiska i mechanizmy mogą pomóc w zrozumieniu przyczyn zwiększonego występowania zaburzeń odżywiania, nieuporządkowanego jedzenia i niezadowolenia z ciała w grupie osób transpłciowych w porównaniu z osobami cispłciowymi. W Stanach Zjednoczonych rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania (odnotowane w ciągu życia) wynosi 10,5 procent dla mężczyzn transpłciowych i 8,1 procent dla kobiet transpłciowych (Nagata, Ganson, Austin, 2020). Trans kobiety dwukrotnie częściej deklarowały idealizację szczupłej sylwetki i trzykrotnie częściej zgłaszały epizody przeczystszczania się niż osoby z grupy kontrolnej, które były dopasowane pod względem wieku i przypisanej płci. Trans mężczyźni deklarowali z kolei większe zaabsorbowanie jedzeniem i przeczystszczaniem w porównaniu z grupą kontrolną dopasowaną pod względem płci oraz identyfikacji płciowej (Ålgars i in., 2010).

3.3. Symptomatologia zaburzeń odżywiania

Zaburzenia odżywiania należą do zaburzeń psychicznych charakteryzujących się wspólnym rdzeniem psychopatologii oraz znaczną migracją diagnostyczną (Fairburn, 2013). Niektórzy badacze (por. Andersen, 1983; Brockmeyer, i in., 2013.) rozpatrują zaburzenia te w

formie spektrum, co wynika zarówno z podobieństwa symptomatologicznego, jak i ze wspólnych czynników transdiagnostycznych, czego przykład stanowi zakłócona regulacja emocjonalna. Poniżej omówiono symptomatologię tych zaburzeń zgodnie z aktualną Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11). Z kolei symptomy nieuporządkowanego jedzenia to pewne spektrum zachowań związanych z procesem odżywiania się. Gdy osiągają one stan odpowiedniego nasilenia i/lub występują jednocześnie, mogą tworzyć obraz kliniczny określonych jednostek diagnostycznych wchodzących w skład zaburzeń odżywiania. Podstawy teoretyczne narzędzia wykorzystanego do pomiaru omawianej zmiennej – *Skala postaw wobec jedzenia* (ang. *Eating Attitudes Test*, EAT-26) odnoszą się do ogólnego nasilenia występowania nieprawidłowości związanych z jedzeniem, nie zaś do konkretnych jednostek diagnostycznych z opisywanej grupy zaburzeń (Rogoza, Brytek-Matera, Garner, 2016). Toteż, mimo że dokonano tu opisu symptomatologii poszczególnych rozpoznań, to nasilenie symptomów zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia odnieść można do wspólnego dla opisanych jednostek diagnostycznych, zbioru pewnych zachowań, nawyków, postaw i stanów, które okazują się być znaczące zarówno dla diagnozowania, jak i predykcji specyficznych zaburzeń odżywiania, jak i problemów związanych z jedzeniem, których nasilenie może mieć charakter subkliniczny.

Grupę zaburzeń odżywiania w ICD-11(2024) tworzy osiem jednostek diagnostycznych: jadłowstręt psychiczny (łac. *anorexia nervosa*), żarłoczność psychiczna (łac. *bulimia nervosa*), zaburzenie z napadami objadania się (ang. *binge eating disorder*), zaburzenie polegające na ograniczaniu/unikaniu przyjmowania pokarmów (ang. *avoidant-restrictive food intake disorder*), pica (łac. *pica*), zaburzenie z ruminacją – regurgitacją (ang. *rumination-regurgitation disorder*), inne specyficzne zaburzenia jedzenia i odżywiania (ang. *other specified feeding or eating disorders*) oraz nieokreślone zaburzenia jedzenia i odżywiania (ang. *feeding or eating disorders, unspecified*) (Krawczyk, Świącicki, 2020). Poniżej scharakteryzowano specyficzne zaburzenia odżywiania, których diagnoza psychometryczna została uwzględniona w projekcie badań własnych.

3.3.1. Anoreksja psychiczna

Zgodnie z ICD-11 (2024) dla rozpoznania jadłowstrętu psychicznego u osoby dorosłej konieczne jest odnotowanie znacznego obniżenia masy ciała w stosunku do wieku, wzrostu, płci oraz dotychczasowej historii masy ciała danej osoby. W tym celu najczęściej wykorzystuje się wskaźnik masy ciała BMI, którego wartość jest mniejsza niż 18,5 kg/m². Alternatywą dla znacznego obniżenia masy ciała może być gwałtowna jej redukcja, co oznacza, że w ciągu 6

miesiący zmniejsza się ona o ponad 20 procent. W takiej sytuacji możliwe jest także postawienie rozpoznania *anorexia nervosa*, o ile występują pozostałe jej objawy. Wśród nich mieści się występowanie utrwalonego wzorca zachowań związanych z odżywianiem się i/lub masą ciała, najczęściej powiązanych z obawami przed przytłumieniem. Wzorzec ten ma zapobiegać przywróceniu prawidłowej masy ciała przez podejmowanie zachowań ograniczających ilość i/lub kaloryczność spożywanego pożywienia, zwiększanie wydatku energetycznego organizmu (np. poprzez intensywne ćwiczenia), a także zachowania ograniczające możliwość przyswajania składników odżywczych ze spożytego pokarmu.

Znaczące dla postawienia diagnozy jadłowstrętu psychicznego jest także występowanie określonych zaburzeń poznawczych – masa ciała i kształt sylwetki odgrywają nadmiernie znaczącą rolę dla kształtowania się samooceny. Objawom tym niekiedy towarzyszą także zakłócenia percepcyjne dotyczące masy ciała i kształtów sylwetki – parametry te są nieprawidłowo spostrzegane i szacowane (*World Health Organization*, 2024).

Anorexia nervosa jest zaburzeniem charakteryzującym się śmiertelnością na poziomie od 5 do 10 procent (Gałęcki, Szulc, 2024). Obserwuje się znaczną dysproporcję płciową w epidemiologii tego zaburzenia, choć wielkość tej dysproporcji jest różnie określana. Przykładowo P. Gałęcki i A. Szulc (2023) wskazują, że około 90 procent diagnoz jadłowstrętu psychicznego dotyczy kobiet i dziewcząt, natomiast D. Mond ze współpracownikami (2014, za: Mroczkowska, Ziółkowska, 2021) szacują, iż 25 procent diagnoz anoreksji dotyczy mężczyzn i chłopców. Coraz powszechniej zwraca się uwagę na niedoszacowanie częstości występowania tego zaburzenia w grupie mężczyzn i chłopców, zaś jako przyczyny tego stanu rzeczy wymienia się istniejące stereotypy płci skutkujące rzadszym i późniejszym sięganiem po pomoc medyczną przez mężczyzn. Od stereotypów płciowych nie są również wolni pracownicy ochrony zdrowia, co przyczynia się do zaniżonego rozpoznawania jadłowstrętu psychicznego wśród mężczyzn. Skupienie na grupie kobiet w badaniach nad tym zaburzeniem przekłada się także na niedopasowanie narzędzi diagnostycznych i przesiewowych do specyfiki przebiegu anoreksji w grupie mężczyzn. Ów przebieg jest słabiej utrwalony w świadomości społecznej, a wiedza o nim mniej rozpowszechniona w środowisku eksperckim, co skutkuje nieadekwatnym rozpoznawaniem jadłowstrętu psychicznego w grupie mężczyzn i chłopców (Mroczkowska, Ziółkowska, 2021).

Światowa Organizacja Zdrowia (2024) podaje siedem typów *anorexia nervosa* wyszczególnionych w oparciu o: obecność w obrazie klinicznym określonego schematu zachowań (schemat restrykcyjny vs. tendencja do objadania się i przeczyszczania), a także

stopnia obniżenia masy ciała (np. *anoreksja psychiczna z niebezpiecznie niską masą ciała*). Jednym z wyszczególnionych typów jest *anoreksja psychiczna w okresie zdrowienia z prawidłową masą ciała*, co pozwala na utrzymanie diagnozy do czasu całkowitego i trwałego powrotu danej osoby do zdrowia, mimo wcześniejszego osiągnięcia przez nią prawidłowej masy ciała (Gałęcki, Szulc, 2024).

Różnicowanie jadłowstrętu psychicznego powinno obejmować inne zaburzenia odżywiania, a także zaburzenia psychiczne, uwarunkowania osobowościowe, zaburzenia neurorozwojowe oraz utratę masy ciała z przyczyn somatycznych. Poza różnicowaniem *anorexia nervosa* z – opisanymi poniżej – żarłocznością psychiczną oraz zaburzeniem z napadami objadania niezbędne jest także odróżnienie jadłowstrętu psychicznego od zaburzenia z unikaniem/ograniczaniem przyjmowania pokarmów, w którym ograniczanie jedzenia wynika m.in. z cech sensorycznych pokarmu, lęku przed niepożądanymi konsekwencjami jedzenia lub niskiego zainteresowania pokarmem (APA, 2022). Wśród zaburzeń psychicznych wymagających różnicowania znajdują się ponadto (APA, 2022): zaburzenia depresyjne (spadek masy ciała może wynikać z obniżonego apetytu), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (rytuały i natręctwa mogą dotyczyć jedzenia, lecz nie są zasadniczo podporządkowane redukcji masy ciała) oraz schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne (odmowa jedzenia może być konsekwencją urojeń, co wymaga oceny obecności objawów psychotycznych). W obszarze zaburzeń osobowości należy uwzględnić osobowość chwiejną emocjonalnie typu *borderline*, zwłaszcza gdy w obrazie klinicznym obserwuje się zachowania związane z jedzeniem współwystępujące z innymi formami dysregulacji (APA, 2022; Treasure i in., 2020). W różnicowaniu trzeba też brać pod uwagę zaburzenie ze spektrum autyzmu, gdy selektywność pokarmowa i restrykcje wynikają z nadwrażliwości sensorycznej lub sztywności zachowań, a nie z przekonań dotyczących masy ciała (APA, 2022). Konieczne jest ponadto wykluczenie przyczyn somatycznych utraty masy ciała (m.in. nadczynności tarczycy, chorób nowotworowych, nieswoistych chorób zapalnych jelit, celiakii, cukrzycy typu 1, ponieważ w tych stanach spadek masy ciała nie jest skutkiem intencjonalnej restrykcji motywowanej lękiem przed tyciem (*World Health Organization*, 2019; Mehler, Brown, 2015)). Kryteriami osiowymi, które porządkują to różnicowanie, pozostają: znacząco niska masa ciała, nasilony lęk przed przyrostem masy ciała oraz zaburzony obraz ciała lub nadmierny wpływ masy ciała i kształtu ciała na samoocenę (APA, 2022; *World Health Organization*, 2019).

Chociaż doniesienia dotyczące zaburzeń odżywiania u osób transpłciowych są nadal nieliczne, to z opracowania sporządzonego na podstawie dokumentacji medycznej 10 415

dorosłych osób transpłciowych, zgromadzonej w ogólnodostępnej bazie ubezpieczeniowej USA (IBM MarketScan) w 2018 roku wynika, że 0,84 procent tej próby miało rozpoznanie jadłowstrętu psychicznego (Ferrucci i in., 2022). Dla porównania, wskaźniki przeciętne w populacji ogólnej dorosłych wyniosły ok. 0,16–0,3 procent. Oznacza to, że osoby transpłciowe mogą mieć klinicznie udokumentowane rozpoznanie *anorexia nervosa* 2–5 razy częściej niż przeciętnie w populacji ogólnej dorosłych (Qian i in., 2013).

3.3.2. Bulimia psychiczna

Zaburzeniem, z którym różnicuje się jadłowstręt psychiczny jest *bulimia nervosa*. Diagnozuje się ją wówczas, gdy symptomy zgłaszane przez pacjenta nie spełniają kryteriów jadłowstrętu psychicznego, natomiast pojawiają się następujące objawy (Gałęcki, Szulc, 2023; *World Health Organization*, 2024): występowanie powtarzających się, częstych (raz w tygodniu lub częściej przez okres nie krótszy niż jeden miesiąc) epizodów objadania się, w trakcie których osoba subiektywnie doświadcza utraty kontroli nad jedzeniem. Dochodzi wówczas do przyjmowania znacznych ilości pokarmu w krótkim czasie, czemu towarzyszy poczucie utraty możliwości wolicjonalnego regulowania zachowań jedzeniowych, np. niemożność przerywania jedzenia, ograniczenia jego ilości czy kontroli jakości przyjmowanego pokarmu (jednakże spożywane produkty są zawsze jadalne).

Kolejnym charakterystycznym dla bulimii objawem (Gałęcki, Szulc, 2023; *World Health Organization*, 2024), koniecznym do postawienia diagnozy, jest występowanie zachowań kompensacyjnych, mających na celu ograniczenie skutków objadania się i niedopuszczenie do przyswojenia składników odżywczych. Zachowania te mogą przejawiać się w postaci prowokowania wymiotów, ale także przyjmowania leków przeczyszczających i moczopędnych, stosowania lewatyw, postów, głodówek i diet; osoby z cukrzycą przyjmujące insulinę decydują się także na pomijanie jej dawek. Do zachowań kompensacyjnych zalicza się także wykonywanie ćwiczeń celem „spalenia” nadmiaru kalorii przyjętych podczas epizodu objadania się.

Objawem dzielonym z jadłowstrętem psychicznym jest występowaniem zniekształceń poznawczych związanych z masą ciała i kształtem sylwetki (Gałęcki, Szulc, 2023; *World Health Organization*, 2024). Nadmierne zaabsorbowanie własnym wyglądem może być wyrażane wprost lub można o nim wnioskować z zachowań związanych z nadmiernym monitorowaniem masy i kształtu ciała (np. częsty pomiar *vs.* lęk przed pomiarem, sprawdzenia wizerunku w lustrze *vs.* unikanie swojego odbicia w lustrze i innych sytuacji aktywizujących obraz ciała) oraz kaloryczności i składu pożywienia. Osoba dotknięta bulimią nierzadko

odczuwa wyraźny niepokój w odniesieniu do istniejących schematów związanych z objadaniem się i kompensacją, a także powiązanych z nimi znacznym upośledzeniem w zakresie funkcjonowania osobistego, rodzinnego, społecznego, edukacyjnego lub zawodowego.

Występowanie powyższych objawów pozwala na postawienie diagnozy *bulimia nervosa* (Gałęcki, Szulc, 2023; *World Health Organization*, 2024). Dane epidemiologiczne dotyczące żarłoczności psychicznej wskazują, że w grupie osób dorosłych jej częstotliwość wynosi od 0,7 do 1,3 procent, zaś w przypadku adolescentów od 1 do 4 procent. Podobnie jak w przypadku jadłowstrętu psychicznego, obserwuje się znacznie częstsze – od 10 do 20 razy – występowanie tego zaburzenia w grupie kobiet w porównaniu do mężczyzn (Gałęcki, Szulc, 2023). Jednak, podobnie jak w przypadku anoreksji, występowanie tego zaburzenia najprawdopodobniej jest niedoszacowane w grupie mężczyzn, a jednym z tego powodów jest odmienna ze względu na płeć interpretacja i ocena zachowania. Przykładowo, objadanie się w grupie mężczyzn jest nadmiernie normalizowane i uznawane zazwyczaj za przejaw sporego, typowo “męskiego” apetytu. Także zachowania kompensacyjne różnią się ze względu na płeć; te wybierane przez mężczyzn (post i forsowne ćwiczenia fizyczne) mogą być łatwiej społecznie akceptowane i uznawane za względną normę, a także traktowane jako wyraz aktywnego, sportowego stylu życia czy realizacji hobby (Mroczkowska, Ziółkowska, 2021).

Różnicowanie żarłoczności psychicznej powinno obejmować: inne zaburzenia odżywiania (*anorexia nervosa* i zaburzenie z napadowym objadaniem się), zaburzenia osobowości, a także przyczyny somatyczne objawów ze strony przewodu pokarmowego. W kontekście zaburzeń nastroju istotne jest odróżnienie od zaburzeń depresyjnych, w których mogą występować zmiany apetytu i masy ciała, jednak nie mają one charakteru nawracających, napadowych epizodów utraty kontroli nad jedzeniem ani nie towarzyszą im regularne zachowania kompensacyjne (APA, 2022). W różnicowaniu z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym należy ocenić, czy zachowania związane z jedzeniem mają charakter przymusowych rytuałów redukujących lęk niezwiązany z masą ciała; w żarłoczności psychicznej kluczowa jest nadmierna koncentracja na masie i kształcie ciała oraz cykliczny wzorec restrykcji, objadania się i kompensacji. W przypadku schizofrenii i innych zaburzeń psychiatrycznych epizody nadmiernego jedzenia lub prowokowanie wymiotów mogą wynikać z dezorganizacji zachowania bądź z urojeń (np. zatrucia), co wymaga oceny obecności objawów psychiatrycznych (APA, 2022). W obszarze zaburzeń osobowości szczególne znaczenie ma osobowość chwiejna emocjonalnie typu *borderline*, w której impulsywność i zachowania autoagresywne mogą obejmować prowokowanie wymiotów, jednak w żarłoczności

psychicznej zachowania kompensacyjne są podporządkowane regulacji masy ciała i obrazu własnej sylwetki (Treasure i in., 2020). Niezbędne jest również wykluczenie przyczyn somatycznych nawracających wymiotów lub zaburzeń łaknienia, takich jak choroby przewodu pokarmowego (np. choroba refluksowa przełyku, gastropareza), zaburzenia endokrynologiczne czy neurologiczne, gdyż w tych przypadkach brak jest charakterystycznej psychopatologii obejmującej utratę kontroli nad jedzeniem oraz kompensację motywowaną obawą przed przyrostem masy ciała (*World Health Organization*, 2019).

W dorosłej populacji ogólnej szacunki rozpowszechnienia bulimii psychicznej mieszczą się zwykle poniżej 1 procent, z przykładową wartością około 0,8 procent w metaanalizach epidemiologicznych dla dorosłych (Qian i in., 2022). W danych klinicznych, dotyczących dorosłych osób transpłciowych, opartych na cytowanych rejestrach ubezpieczeniowych w USA, u 0,36 procent osób transpłciowych odnotowano w dokumentacji medycznej rozpoznanie bulimii psychicznej (Ferrucci i in., 2022). Porównując te dwie wartości, można stwierdzić, iż rozpoznanie bulimii psychicznej u dorosłych transpłciowych jest na podobnym poziomie lub nieco poniżej niż przeciętna wynikająca z szacunków dla ogólnej populacji dorosłych (Ferrucci i in., 2022; Qian i in., 2022).

3.3.3. Zaburzenie z napadami objadania się

W 11. wersji ICD (2024) jako odrębną jednostkę diagnostyczną wyróżniono zaburzenie z napadami objadania się. W poprzednich wersjach tej klasyfikacji mieściło się ono wśród nieokreślonych zaburzeń odżywiania lub w spektrum bulimicznych zaburzeń odżywiania z zaburzeniem przeczyszczającym (jwPD) na drugim końcu tego spektrum (Steiger, Bruce, 2007; Milano i in., 2020; Hagan, Attia, 2023).

Obraz kliniczny zaburzenia z napadami objadania się jest zbieżny z symptomami żarłoczności psychicznej, jednak różni się od niej brakiem podejmowania zachowań kompensacyjnych (np. prowokowania wymiotów, przyjmowania leków moczopędnych, poszczenia). Osiowym objawem są tu nawracające epizody objadania się, występujące z określoną częstością (np. przynajmniej raz w tygodniu przez okres trzech miesięcy). Tak jak w przypadku *bulimia nervosa*, epizody objadania się są powiązane z subiektywną utratą kontroli nad zachowaniem jedzeniowym i wiążą się ze zmianą ilościową i jakościową spożywanych posiłków. Wystąpienie napadu objadania się i towarzyszącej mu subiektywnej utraty kontroli wiąże się z nieprzyjemnymi doznaniem emocjonalnymi, takimi jak poczucie winy, wstydu i niepokoju, a także ze znacznym pogorszeniem funkcjonowania w wielu istotnych obszarach życia (Gałecki, Szulc, 2023; *World Health Organization*, 2024).

W przypadku zaburzenia z napadami objadania się, zaabsorbowanie masą i wymiarami ciała (wyrażające się np. poprzez unikanie sprawdzania lub częste sprawdzanie masy i/lub rozmiaru ciała, dokonywanie porównań społecznych itp.) nie są konieczne do postawienia diagnozy, lecz często mieszczą się w obrazie klinicznym. Równie często obserwuje się nadmierne znaczenie masy i kształtu ciała dla samooceny osoby, choć ono także nie jest warunkiem koniecznym dla postawienia rozpoznania zaburzenia odżywiania z napadami objadania się (*World Health Organization*, 2024). Znaczna część źródeł potwierdza dysproporcję płciową w występowaniu zaburzenia z napadami objadania się (por. Chao i in., 2016; Mroczkowska, Ziółkowska, 2021; Gałęcki, Szulc, 2023; *World Health Organization*, 2024), jednakże różnica ta jest mniej znacząca niż w przypadku dwóch uprzednio opisanych zaburzeń.

Omawiając symptomatologię zaburzeń odżywiania należy podkreślić, iż do zaburzeń tych nie zalicza się otyłości (ang. *obesity*), jednak choroba ta (otyłość prosta/pokarmowa) w oczywisty sposób powiązana jest z wysokokaloryczną, niewłaściwie zbilansowaną dietą, zaś czynniki psychologiczne (takie jak: obniżona samoocena i niskie poczucie własnej wartości, występowanie zaburzeń lękowych i/lub nastroju, kłopoty w zakresie adaptacyjnego zaspokajania potrzeb oraz regulacji emocjonalnej) w sposób istotny uczestniczą w jej etiopatogenezie (Pietrzykowska, Wierusz-Wysocka, 2008; Olszanecka-Glinianowicz, 2024). Potwierdzono także istnienie powiązania między występowaniem zaburzeń z napadami objadania się a otyłością (Kumar, i in., 2006). Tak więc nasilenie pewnych symptomów nieuporządkowanego jedzenia będzie powiązane ze zwiększonym narażeniem zarówno na występowanie nadmiernej masy ciała, jak i biopsychospołecznych konsekwencji tego stanu.

4. Poczucie winy i wstyd

W historii myśli psychologicznej funkcje umysłowe człowieka klasyfikowano w różnorodny sposób, m.in. poprzez podział na trzy podstawowe obszary: poznanie, emocje oraz wolę (motywację) (Parkinson i Colman, 1999). Wstyd i poczucie winy to emocje wzbudzające skłonność jednostki do podejmowania określonej aktywności, ale jednocześnie w znacznym stopniu zależne od jej poznawczego opracowania sytuacji, w której się znalazła (Parkinson i Colman, 1999; Lewis, 2005a). Takie rozumienie tych zjawisk w odniesieniu do wspomnianej wyżej klasyfikacji funkcji umysłowych pozwala zauważyć, iż fenomeny te przenikają całość psychiki ludzkiej w jej funkcjonalnym wymiarze.

W literaturze przedmiotu zjawiska emocji opisywane są jako złożone, a tym samym trudne do precyzyjnego zdefiniowania. Można je bowiem *opisywać i analizować w bardzo*

różny sposób i na bardzo różnych poziomach abstrakcji oraz uporządkowania – stąd powracające dyskusje i rozbieżności teorii (Frijda, 2005, s. 91). Emocje rozpatrywane są jako stan, proces, a także cecha, co egzemplifikuje wspomnianą wielość możliwych poziomów ich konceptualizacji. Co więcej, dokładne rozróżnienie zjawisk emocjonalnych od motywacyjnych i poznawczych zdaje się być w znacznej mierze arbitralne i umowne zarazem (Parkinson i Colman, 1999). O złożoności poruszanego zagadnienia świadczy niemalże anegdotyczne stwierdzenie jednego ze znaczących badaczy emocji M. Bentley’a (1928 za: Łosiak, 2011), w którym ujawnia on, iż ma wątpliwość czy emocje to coś więcej niż tytuł rozdziału w książce. Wątpliwość owa powiązana jest z nieredukowalnością emocji do jednego wskaźnika, mentalnego czy fizjologicznego, a zatem z koniecznością uwzględnienia (Łosiak, 2011): pobudzenia fizjologicznego, towarzyszących procesów poznawczych, ekspresji oraz tendencji do podejmowania określonych działań. W piśmiennictwie z zakresu psychologii emocji (por. Frijda, 2005) wskazuje się trzy zasadnicze kategorie czynników służących do wyjaśniania powstawania zjawisk emocjonalnych: informacje posiadane przez jednostkę, struktura osobowości oraz zmienność interakcji z otoczeniem.

Poczucie winy i wstyd to emocje należące do grupy emocji samoświadomościowych (Lewis, 2005). W poniższym rozdziale omówiono specyfikę rozwojową i kliniczną tych fenomenów, a także sposoby ich rozróżniania wraz z ustaleniami definicyjnymi i teoretycznymi. Ponadto dokonano przeglądu doniesień badawczych z zakresu psychologii i seksuologii powiązanych z poczuciem winy oraz wstydem.

4.1. Emocje samoświadomościowe – konceptualizacja

Emocje samoświadomościowe dzieli się na dwie zasadnicze grupy, wyłaniane ze względu na dominujący proces poznawczy leżący u ich podłoża (por. Gasiul, 2002; Lewis, Haviland-Jones, 2005). Pierwszą stanowią emocje powiązane z porównaniami społecznymi (ang. *social comparison emotions*), np. zawieść i zazdrość, natomiast drugą – emocje autoewaluacyjne wynikające z dokonywanej przez jednostkę oceny samej siebie (ang. *self-evaluation emotions*) (Danieluk, 2013). Odnotowuje się także podział na ekspozycyjne emocje samoświadomościowe oraz ewaluacyjne emocje samoświadomościowe, co powiązane jest z ich sekwencją rozwojową (por. 4.1.2.). W. Strus oraz P. O. Żylicz (2018, s. 80) wyróżniają osiem cech dystynktywnych emocji samoświadomościowych, wskazując iż: (1) *występują one tylko u człowieka*, (2) *są współkonstruowane przez czynniki społeczno-kulturowe*, (3) *współorganizowane przez korę mózgową*, (4) *powstają w sposób bardziej dowolny*, (5) *pojawiają się dość późno w ontogenezie*, (6) *wymagają wyższych procesów poznawczych*, (7)

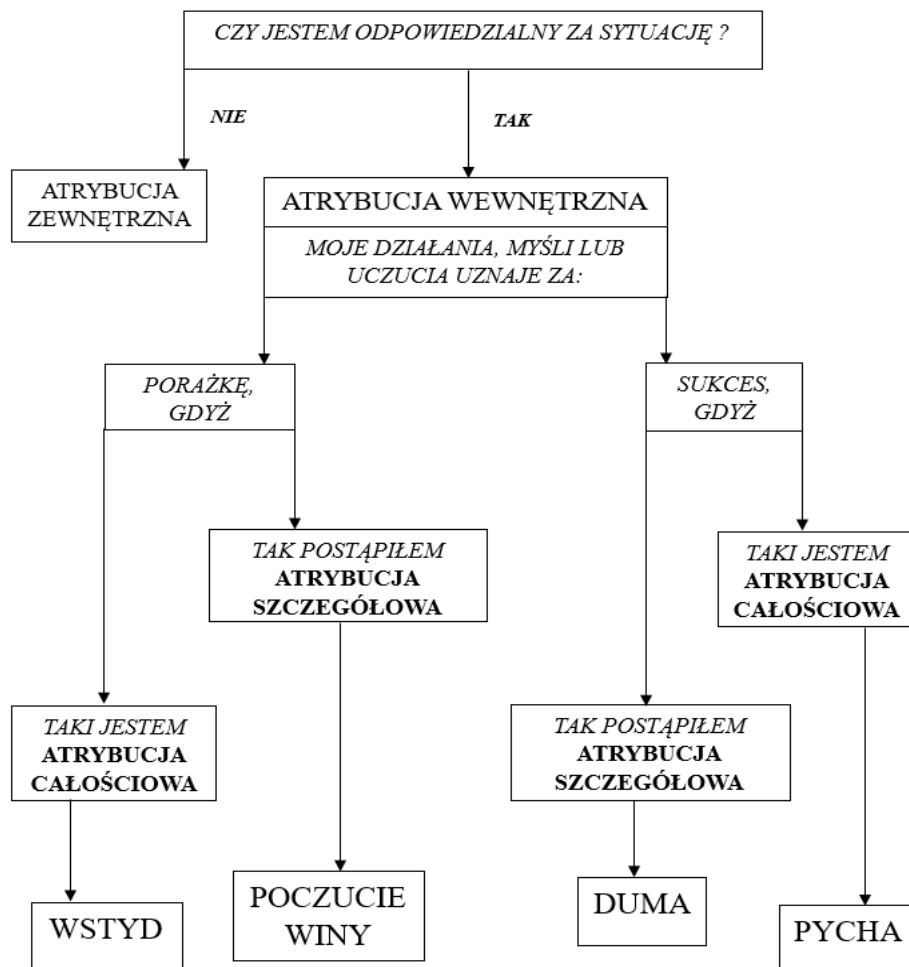
nie posiadają specyficznych wzorców ekspresji mimicznej oraz (8) specyficznych czynników wywołujących.

J. Reykowski (1977) opisywał emocje samoświadomościowe umieszczając je w kontekście samooceny oraz poczucia własnej wartości i powiązanych z tą ostatnią dążeniem do osiągnięć. Emocje, takie jak np. wstyd, poczucie winy czy duma konceptualizowane są jako odpowiedź na czynniki, które mogą być znaczące dla poczucia własnej wartości. Zgodnie z tą teorią poprzez te emocje, poczucie własnej wartości wywiera kontrolujący wpływ na zachowanie jednostki. W odniesieniu do uwewnętrznionych lub uznawanych przez jednostkę standardów, norm i celów, ustala ona pewien stan doskonały i dąży do niego, aby wzmocnić i/lub podtrzymać poczucie własnej wartości. Jeżeli działalność człowieka realizuje założony standard lub nawet go przekracza, w doświadczeniu jednostki pojawiają się przyjemne i nagradzające stany emocjonalne, takie jak np. duma. Gdy z kolei osoba doświadcza niepowodzenia w realizacji założonego standardu, odczuwa wstyd lub winę, a te nieprzyjemne stany emocjonalne wywołują u człowieka tendencję do ich unikania. Mechanizm ten stanowi podstawę dla samowzmacniania w dążeniu do osiągnięć (Reykowski i in., 1977).

Odpowiedzi na pytanie o naturę emocji samoświadomościowych poszukiwano także w ramach neuropsychologii. Wykazano empirycznie, że pewne obszary płatów czołowych i skroniowych (w tym amygdala i zakręt obręczy) biorą udział w procesach związanych z emocjami samoświadomościowymi (Beer, 2007). Wyszczególnione obszary są powiązane z procesami poznawczymi, atrybucyjnymi i ewaluacyjnymi biorącymi udział w powstawaniu opisywanych stanów emocjonalnych; np. funkcjonowanie kory czołowej warunkuje zdolność do stosowania norm społecznych (Beer, 2007). Zgodnie z teoriami interpersonalno-adaptacyjnymi emocji samoświadomościowych, ich dynamika powiązana jest ze śledzeniem ewaluacji dokonywanych przez innych. W konsekwencji, niektóre obszary mózgu biorące udział w obliczaniu wartościowania społecznego, np. brzuszo-przyśrodkowa kora przedczołowa czy kora oczodołowo-czołowa, także stanowią neuronalne podłoże emocji samoświadomościowych (Sznycer, 2019). Neurokorelaty emocji samoświadomościowych obejmują także elementy tzw. mózgu moralnego i mózgu społecznego oraz ośrodki układu nagrody i kary (Rychter, 2020).

4.1.1. Emocje samoświadomościowe w teorii poznawczo-atrybucyjnej

Jedną z powszechniej przytaczanych w literaturze przedmiotu i dobrze zweryfikowanych empirycznie jest teoria poznawczo-atrybucyjna (Lewis, 2005b) (Ryc. 6).



Rycina 6. Wywoływanie emocji samoświadomościowych. (opracowanie na podstawie: Lewis, M. 2005a)

Zagadnienie emocji samoświadomościowych w tym ujęciu teoretycznym stanowi podstawę dla operacjonalizacji zjawisk uwzględnionych w projekcie badań własnych. Jak przedstawiono na rycinie, warunkiem koniecznym dla powstawania emocji samoświadomościowych jest zdolność jednostki do koncentrowania uwagi na sobie jako odrębnym bycie oraz dokonywanie autoewaluacji. Punktem odniesienia w tym procesie ewaluacyjnym jest system zasad, standardów i norm przyswojony przez jednostkę. Wzburzenie emocji samoświadomościowej jest możliwe wówczas, gdy osoba bierze odpowiedzialność za sytuację, w której się znalazła, za to jak się zachowała, jakie działania podjęła czy też jakich zaniechała, co powiedziała, poczuła itp. Jeżeli uzna tę odpowiedzialność tym samym dokona atrybucji wewnętrznej, co jest warunkiem koniecznym dla dalszego przebiegu tego procesu. Kolejnym jego etap – poznawczo-ewaluacyjny – polega na ocenie działań, uczuć i myśli pod względem zgodności z posiadanymi zasadami, normami i celami. W odniesieniu do tej

zgodności lub jej braku określona sytuacja uznawana jest przez jednostkę za sukces lub porażkę, co stanowi poznawczy bodziec wywołujący emocję samoświadomościową, którą dookreśla dokonana atrybucja szczegółowa lub całościowa. Jednostka dokonuje tej pierwszej, gdy uznaje, iż jest odpowiedzialna za daną sytuację uznaną jako sukces/porażkę ze względu na działania, jakie podjęła – to, jak się zachowała. Druga forma atrybucji – całościowa – odnosi się do przypadków, w których sukces lub porażka rozumiane są jako rezultat cech posiadanych przez jednostkę, tego jaka jest (Lewis, 2005a; Lewis, 2007).

4.1.2. Model procesowy emocji samoświadomościowych

Model atrybucyjno-intrapersonalny stanowi punkt wyjścia dla dalszych rozważań dotyczących natury emocji samoświadomościowych, relacji w jakiej pozostają wobec emocji podstawowych oraz znaczenia złożonych procesów poznawczych dla ich powstawania. Uzupełnieniem i rozwinięciem opisaną powyżej propozycji M. Lewis jest konceptualizacja zaproponowana przez J. Tracy i R. Robinsa (2004; 2006), która stanowi próbę opracowania kompletnego modelu procesowego emocji samoświadomościowych. Co ważne, zakłada się w nim, iż poszczególne elementy procesu mogą zachodzić zarówno w sposób jawny, jak i utajony, a sekwencyjne ich uporządkowanie stanowi znaczne uproszczenie; w rzeczywistości wiele elementów procesu może zachodzić równocześnie. Poszczególne procesy nakładają się na siebie, niekiedy wzajemnie znosząc lub wzmacniając swoje oddziaływanie, tak że np. emocje samoświadomościowe i podstawowe mogą współwystępować w odpowiedzi na tę samą sytuację. Ponadto, *rzeczywisty proces prawdopodobnie obejmuje liczne pętle sprzężenia zwrotnego i może działać dwukierunkowo i równolegle* (Tracy i Robins, 2004, s. 110).

Punktem wyjściowym zjawisk obrazowanych w modelu J. Tracy i R. Robinsa (2004; 2006) jest sytuacja, pewne wydarzenie, które rozpoczyna całą sekwencję następstw. W pierwszej kolejności ma miejsce ocena tego zdarzenia pod względem bezpośredniego znaczenia dla przetrwania i reprodukcji. Jeżeli zdarzenie zostanie ocenione jako istotne dla wspomnianych celów, dochodzi do wzbudzenia emocji podstawowych, adekwatnych do rozpoznanej sytuacji. Jeżeli z kolei zdarzenie zostanie ocenione jako nieznaczące dla przetrwania, emocje nie powstają lub uwaga podmiotu jest intencjonalnie kierowana na Ja. W konsekwencji wzbudzeniu podlegają reprezentacje Ja oraz dokonuje się ocena zdarzenia pod względem jego znaczenia dla celów tożsamościowych. Jeśli jednostka ocenia, że sytuacja, w której się znalazła nie ma znaczenia dla jej dążeń wizerunkowo-tożsamościowych, emocje nie zostają wzbudzone, natomiast gdy ocenia, iż takie znaczenie posiada, dokonuje oceny zgodności zdarzenia (powiązanego z aktualną reprezentacją siebie) z posiadanymi celami

tożsamościowymi (powiązаныmi z reprezentacjami rzeczywistymi, idealnymi i potwornościowym Ja). Stopień owej zgodności decyduje o znaku powstających emocji. Ten element opisywanego procesu jest analogiczny do oceny *sukces vs. porażka* we wcześniej referowanym modelu M. Lewis (2005a, 2005b).

W myśl modelu J. Tracy i R. Robinsa (2004; 2006) w dalszym etapie jednostka podejmuje proces oceny, w efekcie której umiejscawia przyczynę zdarzenia wewnątrz siebie lub poza sobą. Jeżeli dokona ona atrybucji zewnętrznej – oceniając iż nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenie, gdyż np. miało ono charakter losowy – wzbudzone zostaną emocje podstawowe. Atrybucja wewnętrzna natomiast wiąże się z wzięciem odpowiedzialności za przebieg/efekty zdarzenia. Dla przykładu: osoba stwierdza: *moje działanie, jakaś moja cecha, to, jaka jestem, spowodowało taki obrót zdarzeń*. Ten rodzaj atrybucji umożliwia powstanie emocji samoświadomościowych: jeżeli zdarzenie nie podlega dalszemu różnicowaniu poznawczemu, jednostka – zgodnie z referowaną teorią – doświadcza zakłopotania. O tym, jaki rodzaj ewaluacyjnych emocji samoświadomościowych powstanie, decydują oceny dotyczące stabilności lub chwilowości zdarzenia, a także jego kontrolowalności, a więc wiedzy i/lub zdolności jednostki związanych z możliwością powtórzenia zdarzenia lub zapobieżenia jego wystąpieniu w przyszłości. Poza tym, kluczowym pozostaje dokonanie atrybucji całościowej lub szczegółowej, określanych przez autorów koncepcji odpowiednio atrybucją globalną i szczegółową/konkretną (Tracy i Robins, 2004; Tracy i Robins, 2006; Danieluk, 2013). Można przewidywać, że wstyd powstanie wówczas, gdy jednostka dokona wewnętrznej, globalnej i stabilnej atrybucji zdarzenia ocenianego jako rozbieżnego z celami tożsamościowymi. Poczucie winy natomiast pojawi się, gdy przyczyna została uznana za chwilową i dającą się zmienić oraz odnoszącą się do podjętego/zaniechanego działania (Tracy i Robins, 2006). Gdy jednostka uznaje zdarzenie jako zgodne z jej celami tożsamościowymi, a odpowiedzialność za zdarzenie umiejscowiona jest wewnątrz jednostki, wówczas w zależności od oceny wymiaru stabilności i globalności, będzie ona odczuwała dumę lub pychę nazywaną także dumą hubrystyczną. Stabilna, globalna i niekontrolowalna atrybucja przyczyn takiego zdarzenia powiązana będzie z pychą, duma za to z atrybucją konkretną, kontrolowalną i zmienną (Tracy i Robins, 2004).

4.1.3. Emocje samoświadomościowe w psychologii ewolucyjnej

Podjęcie adaptcjonistyczno-interpersonalne do emocji samoświadomościowych (por. Breggin, 2015; Sznycer, 2019), wyrastające z psychologii ewolucyjnej jest zarazem alternatywne i komplementarne wobec atrybucyjno-intrapersonalnego, przedstawionego

powyżej. Nadmienić jednak należy, że istnieje szereg punktów spornych utrudniających syntezę tych ujęć.

W ewolucyjnych i adaptacyjnych teoriach emocji akcentuje się dwie zasadnicze ich funkcje, promowanie przetrwania i zwiększanie prawdopodobieństwa sukcesu reprodukcyjnego (Gilbert, 2003; Breggin, 2015; Sznycer, 2019). Względem emocji samoświadomościowych funkcje te realizowane są w sposób bardziej pośredni, poprzez umożliwienie osiągania celów społecznych. Dla człowieka jako gatunku, którego istnienie osadzone jest w złożonej i wielowarstwowej strukturze społecznej opartej o różnorodne systemy hierarchiczne, przetrwanie i reprodukcja pozostają w ścisłej zależności od funkcjonowania społecznego. Badacze zwracają uwagę, że emocje samoświadomościowe spełniają także funkcje ponadjednostkowe stabilizując hierarchię społeczną, wzbudzając dążenie do osiągnięć i działań prospołecznych, a także stawania się tzw. „dobrym człowiekiem” (Tracy, Robins, 2014). Z tej interpersonalnej i adaptacjonistycznej perspektywy emocje samoświadomościowe są wynikiem działania doboru naturalnego i stanowią mechanizm adaptacyjny związany z przetwarzaniem informacji, w szczególności z procesem wartościowania społecznego. Zarządzanie oceną społeczną pozwala jednostce uchronić się przed odrzuceniem, a także zyskać uznanie społeczne, co wspiera jej przetrwanie i sukces reprodukcyjny. Emocje samoświadomościowe są istotnym elementem tego mechanizmu. Jednostka motywowana przyjemnością z odczuwania dumy dąży do zwiększenia swojej wartości w oczach innych, ogranicza rozprzestrzenianie negatywnych informacji o sobie zapobiegając społecznej dewaluacji Ja, co reguluje tendencja do unikania wstydu (Gilbert (2007; Czub, Brzezińska, 2013; Pierzchała, 2018). W sytuacjach, w których jednostka w swoich działaniach w niewystarczającym stopniu uwzględniła dobro innych (o ile dobro tych innych warunkuje jej dobro), zaczyna doświadczać poczucia winy motywującego do podejmowania działań naprawczych i zadośćuczynienia. W opisywanym ujęciu teoretycznym struktura emocji samoświadomościowych ma charakter wrodzony i jest kształtowana przez czynniki ewolucyjne związane z adaptacyjnym znaczeniem funkcjonowania społecznego dla przetrwania jednostki. Dynamika tych emocji podlega specyficznemu dla tej kategorii stanów afektywnych zespołowi względnie stałym mechanizmom ewolucyjnym, których ekspresja i natężenie modulowane są przez parametry kulturowe. Teoria ta zakłada zarówno prospektywną, jak i reaktywną funkcjonalność emocji samoświadomościowych, podkreślając ich złożoną rolę w procesie regulacji zachowania oraz adaptacji jednostki do wymogów środowiska społecznego (Sznycer, 2019).

4.2. Emocje samoświadomościowe w cyklu życia

Emocje samoświadomościowe (określane także jako moralne i społeczne) to grupa emocji, w skład której zalicza się: dumę, pychę, zakłopotanie, zażenowanie, zawiść, zazdrość, poczucie winy i wstyd i in. Człowiek niewątpliwie podlega zmianom rozwojowym przez całe swoje życie, podobnie jak jego emocje samoświadomościowe oraz ich społeczne i poznawcze korelaty.

4.2.1. Dzieciństwo

Emocje z tej grupy pojawiają się stosunkowo późno w rozwoju jednostki, bo około 2. roku życia (Hurme, 2004). Dzieje się tak, gdyż zjawiska te pozostają w ścisłej zależności od rozwoju poznawczego i społecznego dziecka. Od około 18. miesiąca życia do około 3. roku życia obserwuje się rozwój określonych kompetencji poznawczych, a wraz z nimi wyłanianie jakościowo różnych od dotychczas prezentowanych reakcji emocjonalnych. Nabywanie wspomnianych kompetencji poznawczych można zaprezentować w oparciu o dwa następujące po sobie poznawcze kamienie milowe rozwoju. Wraz z rozwojem poczucia własnej odrębności, świadomości Ja oraz jego stałości, tj. około 18. miesiąca życia, pojawia się zdolność jednostki do samorozpoznawania się (np. w lustrze). Fakt ów w sposób jednoznaczny wskazuje na pełen rozwój samoświadomości przedmiotowej u dziecka. W wyniku opisywanych zmian zaczyna ono zwracać uwagę na samego siebie, co stanowi pierwszy z opisywanych kamieni milowych rozwoju, a repertuar doświadczeń emocjonalnych dziecka zostaje wzbogacony o ekspozycyjne emocje samoświadomościowe, takie jak np. zakłopotanie (Hurme, 2004).

Drugi poznawczy kamień milowy rozwoju związany jest ze zdolnością dziecka do autoewaluacji – jego osiągnięcie przypada na okres pomiędzy 2. a 3. rokiem życia. Poza umiejętnością zwracania uwagi na samego siebie, potrzebny jest jeszcze punkt odniesienia, a więc ukształtowany system standardów i zasad, narzuconych z zewnątrz, jak i uwewnętrznionych. Proces socjalizacji zakłada zarówno integrację jednostki z grupami społecznymi, w których ona funkcjonuje, jak i odróżnianie się od innych członków tych grup – polega więc on na budowaniu swojej indywidualności w pewnych ramach społecznych (Kielar-Turska, 2011). Podobnie jak w przypadku kształtowania się płci i rodzaju, tak i w procesie nabywania standardów oraz zasad społecznych, znaczącym jest przyswojenie wiedzy związanej z rolami społecznymi. Role te, a wraz z nimi reguły, zasady i standardy, przyswajane są oraz ćwiczone w zabawach (np. zabawa w sklep czy zabawa w szkołę). Intensywny rozwój tych zdolności przypada na okres średniego dzieciństwa, choć wcześniejsze interakcje rodzinne

stanowią niezbędną bazę dla tych zdolności, które rozwijają się w ciągu całego życia jednostki wraz z rolami i zadaniami rozwojowymi (Kielar-Turska, 2011).

Nabywanie standardów i zasad jest zagadnieniem poruszonym szeroko w ramach psychologii rozwoju człowieka i jego wyczerpująca prezentacja nie jest możliwa w ramach niniejszej rozprawy. Nadmienić jednak warto, że dzięki możliwości wykorzystania tych dwóch wspomnianych powyżej zdolności, dziecko zwraca uwagę na samego siebie, zauważa dany stan rzeczy (aspekt siebie) oraz odnosi go do posiadanego standardu, dokonując tym samym autoewaluacji. To właśnie owa zdolność do autoewaluacji jest drugim poznawczym kamieniem milowym rozwoju, koniecznym dla powstania ewaluacyjnych emocji świadomościowych, takich jak duma, wstyd czy poczucie winy (Lewis, 2005a; Lewis, 2005b).

W literaturze przedmiotu wskazuje się także na znaczenie dla jednostki standardu dla zaistnienia opisywanych emocji. Standard, wobec którego dokonuje się ewaluacja musi być z jakiś względów uznany za istotny; podobnie znaczącą rolę pełni zdolność do rozróżniania siebie od swoich działań oraz zdolność do określania przyczyn stanów i zdarzeń. Mimo, że dotychczas w kontekście omawianych zjawisk zwracano uwagę na działania i stany własne jednostki oraz ich ocenę, to wykazano, że charakteryzowane emocje mogą zostać wywołane przez obserwację działań i stanów innych osób (np. rodzica), gdy ze względu na bliskość zostaną one włączone w strukturę Ja (Strus i Żylicz, 2018).

Analizując problematykę emocji samoświadomościowych należy także podkreślić, iż wstyd i poczucie winy stanowią istotny element stadialnej teorii rozwoju tożsamości Ego E. H. Eriksona (2004, 2012). Ich udział odnotowano w drugim stadium rozwoju dziecka, przypadającym na okres między 2. a 4. rokiem jego życia. Etap ten charakteryzuje się koniecznością rozwiązania konfliktu *autonomia-wstyd*, a w rezultacie normatywnego przejścia tego stadium dziecko wykształca wolę. Z kolei w trzecim stadium – między 4. a 6. rokiem życia (wiek zabawy) – jednostka staje w obliczu konfliktu psychospołecznego *inicjatywa-poczucie winy*. W efekcie jego konstruktywnego rozwiązania osiąga ona zdolność do wyznaczania i osiągania celów. Zaznaczyć jednak należy, iż epigenetyczna teoria rozwoju E. Eriksona (2004, 2012) wywodzi się bezpośrednio z psychoanalizy, w której zarówno poczucie winy, jak i wstyd konceptualizowane są w znacząco różny sposób od tego dotychczas prezentowanego w niniejszej pracy. Konstrukty te pozostają w ścisłej zależności od rozwoju somatycznego jednostki, w mniejszej – od poznawczego. Integrację teorii E. H. Eriksona z dotychczas prezentowanym podejściem utrudnia niejasność terminologiczna precyzowana przez D. Rapaporta (1957-1958 za: Erikson, 2012, s.71) w następujący sposób: *Teoria Eriksona*

(podobnie jak większość teorii Freuda) sięga po elementy fenomenologiczne, zwłaszcza po psychologiczno-psychoanalityczne propozycje kliniczne, nie dokonując systematycznego zróżnicowania pomiędzy nimi. Z tego też powodu konceptualny stan stworzonej przez niego terminologii jest wciąż niejasny.

4.2.2. Adolescencja

Po okresie dzieciństwa, w którym jednostka wykształca opisane powyżej kompetencje poznawcze i społeczne oraz nabiera biegłości w posługiwaniu się nimi, nastaje okres adolescencji. Okres ten to czas intensywnych przemian fizycznych, psychologicznych oraz społecznych. Poprzez budowanie przynależności do określonych grup społecznych oraz jednocześnie dążenie ku odróżnianiu się, jednostka formuje swoją tożsamość, co jest kluczowym zadaniem rozwojowym tego okresu. Przemiany psychologiczne i społeczne powiązane są ze wzrostem znaczenia grupy rówieśniczej i zmianą charakteru relacji rodzinnych (Szymańska, 2016). Wzrasta wówczas skłonność jednostki do kierowania uwagi na siebie, czynienia porównań społecznych (głównie z rówieśnikami), intensyfikuje się także znaczenie tych porównań dla samooceny jednostki oraz skłonność do postrzegania siebie jako przedmiotu oceny społecznej, w tym występowania zjawiska określanego jako wyobrażona publiczność (Somerville i in., 2013).

Funkcje grupy rówieśniczej obejmują zarówno określanie standardów zachowania, jak i zapewnianie środowiska do uczenia się społecznego oraz ćwiczenia i rozwijania kompetencji społecznych (Obuchowska, 2011). Funkcjonowanie emocjonalne osób w okresie adolescencji charakteryzuje się wzrostem pobudzenia emocjonalnego, labilności, lękliwości, a także pojawieniem się ambiwalencji emocjonalnej. Zmiany te powiązane są z procesami neurohormonalnym immanentnymi dla tego okresu, ale także ze zmianami fizycznymi oraz statusem społecznym wśród rówieśników (Obuchowska, 2011). Zmiany fizyczne obejmują także rozwój II- i III-rzędowych cech płciowych, które szczególnie u osób transpłciowych znacznie nasilają dyskomfort psychiczny i przyczyniają się do pogorszenia zdrowia psychicznego. Niekiedy to właśnie wystąpienie tych zmian pozwala odkryć swoją tożsamość płciową jako nie-cispłciową (Dora i in., 2021). Jednocześnie w funkcjonowaniu emocjonalnym obserwuje się wzrost zdolności do dojrzałego i efektywnego regulowania emocji, a także skłonności i zdolności do ich werbalizowania (Hurme, 2004). Strategie regulowania emocji stopniowo ewoluują od bardziej zewnętrznych do uwewnętrznionych i mniej zależnych od innych (Czub, 2004; Szymańska, 2016). Stwierdzono ponadto, iż pomimo wzrastającej autonomii emocjonalnej adolescentów od środowiska rodzinnego, czynniki wychowania

rodzicielskiego są w znacznym stopniu zaangażowane w rozwój zarówno adaptacyjnych, jak i nieadaptacyjnych emocji samoświadomościowych młodzieży (Meesters i in., 2017).

W okresie dorastania obserwuje się także zmiany w zakresie czynności poznawczych (osiągnięcie stadium operacji formalnych) oraz rozumowaniu moralnym (Piaget, 1967, 2006; Kohlberg, 1981), co zgodnie z teorią poznawczo-rozwojową emocji znajduje odzwierciedlenie w funkcjonowaniu afektywnym jednostki, w tym – w zakresie emocji samoświadomościowych. Rozwój moralny w stadium adolescencji naznaczony jest rygoryzmem moralnym malejącym wraz z upływem lat oraz młodzieżowym idealizmem. Rozwijająca się jednostka przechodzi od heteronomii moralnej do autonomii moralnej, czyli od początkowej zależności funkcjonowania moralnego od autorytetów, prawa i ogólnego porządku, przez znaczenie opinii społecznej dla formułowanych sądów moralnych, aż po niezależność w formułowaniu ocen moralnych (Trempała, Czyżowska, 2004). Jeżeli rozwój przebiega pomyślnie, w okresie późnej adolescencji oraz wchodzenia we wczesną dorosłość obserwuje się stabilizację tożsamości i realistycznego obrazu Ja; przestrzegane standardy, zasady i system wartości klarują się, zaś funkcjonowanie emocjonalne oparte jest o skuteczne i adaptacyjne regulowanie emocji przez jednostkę, która potrafi korzystać ze wsparcia społecznego, gdy jest to konieczne (Hurme, 2004; Obuchowska, 2011; Gruba, 2011). Osoba taka rozumie swoje emocje, zna ich przyczyny oraz dostrzega ich znaczenie informacyjne. Aktualnie zwraca się uwagę na występowanie tzw. przedłużonego moratorium na dorosłość czy też odraczania dorosłości, co przenosi osiąganie wspomnianej stabilizacji tożsamości i wymienionych kompetencji w późniejsze lata życia (Liberska, 2007; Brzezińska, 2016). W odniesieniu do emocji samoświadomościowych adekwatne ich doświadczanie i wyrażanie w dorosłości przekłada się na satysfakcjonujące funkcjonowanie w społeczeństwie, np. regulowanie stosunków interpersonalnych poprzez poczucie winy motywujące do podejmowania działań naprawczych (zadośćuczynienia) (Henry i in., 2016).

4.2.3. Dorosłość

Dorosłość z kolei powiązana jest z braniem odpowiedzialności za siebie i swoje decyzje, także wobec społeczeństwa i prawa (Gruba, 2011). W ramach teorii sumienia (Schalkwijk i in., 2016) opartej na emocjach, sumienie definiuje się jako psychiczną funkcję oceny własnej tożsamości pozwalającą na określenie jak to, co robię myślę lub też to, o czym fantazjuję ma się do mojego Ja. W teorii tej przyjmuje się, że sumienie składa się z trzech zasadniczych elementów: 1) zdolności do doświadczania emocji samoświadomościowych, 3) empatii oraz 3) moralności rozumianej jako posiadanie systemu przekonań moralnych. Zdolność do

odczuwania emocji samoświadomościowych pozwala wnioskować o funkcjonowaniu sumienia, zaś doświadczanie wstydu, poczucia winy, dumy lub innych emocji z tej grupy miałyby być wynikiem aktywności sumienia (Schalkwijk i in., 2016).

Zgodnie z założeniami psychologii rozwoju, emocje samoświadomościowe podlegają zmianom rozwojowym w cyklu życia, w tym – w dorosłości (Orth, Robins, Soto, 2010; Henry i in., 2018). Aktualne doniesienia na ten temat nie są jednak wystarczające do opracowania i zaprezentowanie pełnego i spójnego obrazu tych zmian, a jedynie pozwalają na odnotowanie pewnej ich charakterystyki. U osób z okresu późnej dorosłości obserwuje się większą skłonność do odczuwania żalu, co powiązane jest z utratą perspektyw na zmianę sytuacji bądź jej naprawienie (Wrosch, Heckhausen, 2002). Skłonność ta – poprzez powiązanie żalu z poczuciem winy i wstydem – może przekładać się na większe prawdopodobieństwo pojawiania się także tych ostatnich emocji. Antagonistyczna wobec powyższej perspektywa dotyczy ograniczenia odczuwania maladaptacyjnych emocji samoświadomościowych w późnej dorosłości (Orth, Robins, Soto, 2010; Henry i in., 2018). Odnotowuje się, że źródłem tego ograniczenia są zmiany orientacji temporalnej z nastawionej na przyszłość na nastawioną na teraźniejszość i realizację emocjonalnie ważnych celów tu i teraz, co powiązane z reinterpretacją przeszłości w sposób dostarczający więcej pozytywnych emocji. Istnieją także takie doniesienia (Henry i in., 2016), w których wskazuje się, iż intensywność doświadczenia afektywnego i stopień ruminacji o wydarzeniu wywołującym emocje nie różni się u osób z różnych grup wiekowych (pomiędzy dorosłymi). Udowodniono mianowicie, że osoby w późnej dorosłości rzadziej zgłaszają negatywne emocje samoświadomościowe, a ponadto emocje te są dla nich mniej problematyczne. Dostrzeżono także różnice w odczuwaniu dumy; osoby we wczesnej i środkowej dorosłości najczęściej odczuwały dumę skoncentrowaną na sobie, natomiast osoby w późnej dorosłości w różnym stopniu raportowały zarówno dumę z siebie, jak i ze znaczących innych (Henry i in., 2016). Niezależnie od stadium rozwoju, w którym pozostaje człowiek, znaczące dla jego funkcjonowania afektywnego w zakresie emocji samoświadomościowych pozostają funkcjonowanie społeczne i wyższe procesy poznawcze, co potwierdza specyficzność tej grupy emocji.

4.3. Poczucie winy *versus* doświadczanie wstydu

Poniższy rozdział stanowi próbę scharakteryzowania poczucia winy i wstydu jako dwóch odrębnych konstruktów. W projekcie badawczym referowanym w dalszej części niniejszej pracy poczucie winy oraz wstyd traktowane są bowiem jako dwie odrębne zmienne.

W dostępnym piśmiennictwie dostrzec można dyskusję dotyczącą stopnia podobieństwa vs. zróżnicowania poczucia winy i wstydu. Część badaczy ujmuje je jako zjawiska jakościowo tożsame, różniące się jedynie stopniem nasilenia (poczucie winy jako wstyd o małym nasileniu). Inni natomiast wykazują całkowitą odrębność tych zjawisk, ujmując je w kategoriach dwóch wyizolowanych programów emocjonalnych, różniących się neurokorelatami, wzorcami behawioralnymi, funkcjami adaptacyjnymi itp. (Kleszczewska-Albińska i Albiński, 2009).

W *Słowniku Psychologii* A. S. Rebera (2000, s. 839) odnaleźć można następujące definicje opisywanych terminów: *wina to stan emocjonalny wywołany przez świadomość przekroczenia norm moralnych. Większość autorytetów rozpoznaje dany stan emocjonalny jako winę tylko wtedy, gdy jednostka przyswoiła sobie normy moralne społeczeństwa; jest to zatem co innego niż zwykły strach przed karą z zewnątrz – wina jest tu w pewnym stopniu karą wymierzoną sobie samemu. Należy odróżnić od wstydu, gdzie dużą rolę odgrywa fakt, że inni wiedzą o wykroczeniu. W tymże słowniku wspomniany wstyd natomiast definiowany jest jako stan emocjonalny wywołany świadomością niegodnego lub ośmieszającego zachowania się; użycie tego terminu ogranicza się zwykle do sytuacji, w których zachowanie jednostki jest znane otoczeniu i naraża ją na szyderstwo lub kpiny ze strony innych; należy odróżnić od winy poczucie* (Reber, 2000, s. 829).

W celu odróżnienia konstruktów poczucie winy od wstydu akcentuje się znaczenie wymiaru *publiczne-prywatne*. Wymiar ten jest w różnorodny sposób definiowany; w części konceptualizacji odnosi się do charakteru sytuacji, tj. obecności vs. braku świadków zdarzenia (Danieluk, 2013). Zwrócono także uwagę na rolę tzw. wyobrażania sobie obserwatorów oraz ich ocen w genezie opisywanych zjawisk. Inne ujęcia odnoszą się do rodzaju przekroczonych norm i standardów, czy też do autoreprezentacji zaangażowanych w procesy ewaluacyjne. Wstyd określany jest jako emocja ujawniająca się w sytuacjach publicznych (zarówno rzeczywistych, jak i wyobrażonych) i jest powiązana z lękiem przed opinią otoczenia (Kleszczewska-Albińska i Albiński, 2009; Danieluk, 2013). Poza tym, charakterystyczne dla wstydu miałyby być przyjmowanie podwójnej perspektywy – uczestnika i obserwatora (Wayda-Zalewska i in., 2021).

Poczucie winy odnosi się zaś do sytuacji, w których przekroczone standardy to normy indywidualne ważne dla jednostki. Wina jest wynikiem zaistnienia konfliktu pomiędzy postępowaniem jednostki oraz jej Ja a sumieniem. Ponadto, zaistnienie poczucia winy jest niezależne od obecności świadków, bowiem osoba odpowiada sama przed sobą i wobec siebie

dokonuje samooceny (Danieluk, 2006; Kleszczewska-Albińska i Albiński, 2009; Danieluk, 2013). Rozróżnienie to znajduje częściową kontynuację w referowanej poniżej teorii stanów Ja. Mimo niewątpliwej użyteczności rozgraniczania tych stanów emocjonalnych w oparciu o wymiar publiczne-prywatne, zabieg ten nie znalazł pełnego potwierdzenia w weryfikacji empirycznej; wykazano np., iż około 10 procent uczestników badania może reagować wstydem także w sytuacjach prywatnych (Tangney i Dearing, 2004, za: Danieluk, 2013). Dodatkowych trudności w rozróżnianiu opisywanych konstruktów nastręcza fakt, iż samo poczucie winy nie jest definiowane w sposób jednoznaczny, a niektóre jego formy mieszczą się w zakresie znaczeniowym wstydu tak, że pojęcia wstydu i poczucia winy, w zależności od przyjętych definicji, zachodzą na siebie. W literaturze przedmiotu (por. Dempsey, 2017; Tignor, Colvin, 2017; Sznycer, 2019) podkreśla się zarówno intrapsychiczny, jak i interpersonalny charakter omawianego zjawiska, a także wymienia się funkcjonalne i dysfunkcjonalne poczucie winy. Funkcjonalne poczucie winy powiązane jest z atrybucją szczegółową i stanowi reakcję o adekwatnej sile oraz proporcjonalnym czasie trwania względem podjętego działania, a także rzeczywistej odpowiedzialności za sytuację, ponoszoną przez jednostkę. Takie poczucie winy – nazywane także poczuciem skruchy – skłania podmiot do refleksji oraz motywuje do podjęcia działań naprawczych, a poprzez antycypację – zmniejsza prawdopodobieństwo podejmowania działań antyspołecznych czy niemoralnych. Dysfunkcjonalne poczucie winy – podobnie jak wstyd – powiązane jest natomiast z oceną globalną, a także z obniżeniem poczucia własnej wartości, a nawet z symptomami psychopatologicznymi, np. ruminacjami. Ponadto tego rodzaju poczucie winy ulega tzw. przeniesieniu w czasie (osoba wraca do minionych sytuacji wywołujących u niej doświadczanie winy) i ma charakter chroniczny (Strus, Żylicz, 2018).

Badacze emocji samoświadomościowych przeprowadzają także analizę postaw ciała i obserwowalnych zmian fizycznych pojawiających się wraz z doświadczaniem określonych emocji. Przykładowo D. Sznycer (2019, s. 5) stwierdza, że *duma obejmuje całe ciało z wyprostowaną i rozszerzoną postawą oraz spojrzeniem skierowanym na publiczność*. Analizy te wykorzystano także do różnicowania pomiędzy wstydem a winą zauważając, że poczucie winy powiązane jest z podejmowaniem aktywności, która przywodzi na myśl usiłowanie naprawienia czegoś lub odwrócenia danego stanu rzeczy. Wstyd natomiast obejmuje całe ciało – osoba niejako kurczy się i zmniejsza, dążąc do zniknięcia, co jest zgodne z fenomenologicznymi opisami tego stanu (Lewis, 2005). W literaturze przedmiotu dotyczącej wstydu zwraca się także uwagę na znaczenie twarzy jako swoistej metafory Ja. Twarz to także wzrok, który jest odwracany i zasłaniany, gdy jednostka doświadcza wstydu. Zamknięcie oczu

lub ich zasłonięcie (często obserwowane u dzieci w kłopotliwych dla nich sytuacjach) umożliwia zerwanie komunikacji oraz pewną formę prymitywnego i iluzorycznego zniknięcia (Młynarska-Jurczuk, 2016).

Rozróżnienie między wstydem a poczuciem winy odnaleźć można także w teorii zaproponowanej przez E. T. Higginsa (1987). Jej autor zauważa, iż konflikt czy też niezgodność wewnętrzna dotycząca wartości, przekonań, wierzeń czy oceny zdarzeń stanowi w teoriach psychologicznych ważny czynnik wyjaśniający powstawanie dyskomfortu, cierpienia czy też określonych emocji. Autor (Higgins, 1987) wprowadza dwa wymiary poznawcze leżące u podstaw reprezentacji stanu Ja: domeny i pozycje. Jednostka może budować przekonania dotyczące Ja z dwóch zasadniczych pozycji: 1) własnej: *co ja myślę o sobie* oraz 2) innego: *co ja myślę, że ktoś myśli o mnie*. W teorii tej wyróżniono także trzy zasadnicze domeny Ja, z których pierwsza odnosi się do przekonania o tym, jakim się jest w rzeczywistości, zarówno w ocenie własnej, jak i spodziewanej ocenie ze strony innego. Wymiar ten określany jest jako Ja-realne. Ja-idealne z kolei to druga domena odnosząca się do własnego przekonania jednostki lub przewidywanego przekonania innego, dotyczącego chcianego, życzeniowego, idealnego Ja jednostki. Trzecią domenę – tzw. Ja-powinnościowe – tworzy reprezentacja atrybutów, które jednostka (w ocenie swojej lub cudzej, wyobrażeniowej) powinna posiadać. Zestawienie domen z pozycjami tworzy sześć możliwych typów reprezentacji Ja, pozwalając na określenie identyczności vs. rozbieżności tych reprezentacji (Higgins, 1987; Danieluk, 2013). E. T. Higgins (1987) w teorii rozbieżności Ja dąży do wyjaśnienia, który rodzaj niezgodnych przekonań (rozbieżności) będzie wywoływał u jednostki określone rodzaje emocji oraz jakie znaczenie w tym procesie ma stopień dostępności tych konstruktywów poznawczych (niezgodność przekonań). Zgodnie z tezami teorii rozbieżności oraz ich empiryczną weryfikacją, wstyd wzbudzany jest w sytuacji wystąpienia rozbieżności pomiędzy reprezentacją Ja-rzeczywistego określanego z pozycji własnej jednostki z reprezentacją Ja idealnego określaną z pozycji innego, a więc gdy przekonanie osoby o tym jaka jest pozostaje rozbieżne z przekonaniem o tym, jaką inni chcieliby żeby była. Niespełnianie domniemyanych fantazji i życzeń innych dotyczących Ja jednostki wzbudza w niej wstyd. Tak więc wstyd miałby być zależny od oceny publicznej oraz standardów zewnętrznych, z jakichś powodów ważnych dla jednostki, odbieranych jako ideały do spełnienia. W świetle teorii rozbieżności Ja poczucie winy natomiast miałoby wynikać z niezgodności pomiędzy reprezentacjami Ja rzeczywistego i Ja-powinnościowego, określanych z pozycji własnej jednostki, a więc gdy osoba nie spełnia własnych standardów w znaczeniu tego, co uważa na temat tego, jaka powinna być według

samej siebie. Poczucie winy odnosiłoby się więc do prywatnego wymiaru autoewaluacji i własnych uwewnętrznionych standardów ujmowanych w kategoriach powinności. Opisane rozgraniczenie potwierdzono jako pewną obserwowaną tendencję zgodną z częścią ustaleń teoretycznych. Jednakże rozstrzygnięcia empiryczne nie pozwalają na jednoznaczne odróżnienie tych stanów emocjonalnych. W pełni potwierdzono natomiast, iż różnorodne rozbieżności pomiędzy przekonaniami dotyczącymi Ja wywołują poczucie winy i wstyd (Higgins, 1987).

W swoim syntetycznym zestawieniu A. Kleszczewska-Albińska i R. Albiński (2009) wymieniają cechy wspólne poczucia winy i wstydu oraz charakteryzują cechy różniące te konstrukty. Jako cechy dystynktywne autorzy ci wymieniają: zakres działania, poziom ogólności, sposób odniesienia do własnej osoby, poziom odczuwanego dyskomfortu, rodzaj doświadczenia fenomenologicznego, zmiany Ja dokonywane pod wpływem emocji, wpływ doświadczenia emocjonalnego na Ja, charakter relacji z innymi ludźmi, własności motywacyjne, kontrolowalność, charakter pobudzenia, ocena poznawcza oraz ich własności motywacyjne. W ujęciu tym, wspólnymi dla poczucia winy i wstydu okazały się takie cechy, jak (Kleszczewska-Albińska i Albiński, 2009): przynależność do grupy emocji samoświadomościowych, unikatowość dla *homo sapiens*, wrodzoność i powszechność, powiązanie z konstruktem Ja, a także z normami moralnymi i procesami ewaluacyjnymi, klasa bodźców ewokujących, a także potencjalna szkodliwość dla jednostki powiązana z dużą intensywnością tych stanów i ich zdolnością do obniżania nastroju.

4.4. Poczucie winy i wstyd w badaniach z dziedziny psychologii i seksuologii

Emocje samoświadomościowe to fenomeny psychiczne coraz powszechniej włączane do badań empirycznych z zakresu psychologii i seksuologii. Operacjonalizacja – dobór wskaźników oraz narzędzi pomiaru powyższych zjawisk – charakteryzuje się znaczną różnorodnością i złożonością. Wstyd i poczucie winy w badaniach naukowych ujmowane są zarówno w wymiarze klinicznym, jak i normatywno-rozwojowym. Ponadto współwystępują one ze zjawiskami (procesami) zarówno patologicznymi jak i normatywnymi (por. Nelissen, Breugelmans, Zeelenberg, 2013; Brzezińska, Piotrowski, Czub, 2014; Adamczyk, 2017). Poniżej opisano rezultaty wybranych prac empirycznych, w których wstyd i poczucie winy są zmiennymi stosunkowo często uwzględnianymi w modelach badawczych.

4.4.1. Poczucie winy i wstyd a obraz ciała

W opracowaniach dotyczących obrazu ciała (por. Markham, Thompson, Bowling, 2005; Gilbert, Thompson, 2014) odnaleźć można pojęcie *body shame*, które tłumaczy się jako wstyd związany z ciałem, a także pojęcie *body shaming*, które przeniknęło do języka potocznego i wyraża zawstydzanie ze względu na wygląd i cechy ciała. Konstrukty teoretyczny wstydu związanego z ciałem jest definiowany jako: 1) negatywne doświadczenia związane z wyglądem i funkcjami ciała, które mogą obejmować różne modalności sensoryczne, a także kompetencje samoświadomościowe rozwijające się w kontekście społecznym i kulturowym (Gilbert, 2014) lub też jako 2) emocja, której osoba doświadcza, gdy jej obraz ciała nie jest zgodny ze zinternalizowanymi ideałami ciała (Schlüter i in., 2021). Konstrukty te jako zmienne są zestawiane w modelach badawczych z obrazem ciała, wizerunkiem czy atrakcyjnością, np. satysfakcją z obrazu ciała, niezadowoleniem z obrazu ciała, stopniem samouprzedmiotowania czy internalizacją kulturowych wzorców atrakcyjności (Monro i Huon, 2005; Markham i in., 2005; Choma i in., 2009; Woodward i in., 2019). Pozytywnie zweryfikowano także związki pomiędzy tym konstruktem a zaburzeniami dysmorficznymi (Gilbert, 2014; Veale, 2002; Weingarden i in., 2017). Ponadto potwierdzono korelacje wstydu związanego z ciałem z symptomami zaburzeń odżywiania (Troop i Redshaw, 2012; Woodward i in., 2019) oraz predykcyjną rolę wstydu dla zaburzonych zachowań żywieniowych (Wayda-Zalewska i in., 2021). Także wstyd w swoim znaczeniu ogólnym oraz poziom poczucia winy okazał się być silnie powiązany z zaburzeniami odżywiania. Wykazano bowiem, iż osoby z tego rodzaju diagnozą doświadczają wyższego poziomu wstydu i winy zarówno w porównaniu z osobami zdrowymi, jak i z osobami z innymi diagnozami klinicznymi, co może odróżniać zaburzenia odżywiania od innych form psychopatologii (Blythin i in., 2020; Nechita i in., 2021).

4.4.2. Poczucie winy i wstyd a sfera psychoseksualna

Seksualność człowieka od zarania była regulowana przez normy religijne i obyczajowe. Normy te występowały pod postacią licznych zakazów oraz *tabu*, a realizacja potrzeb seksualnych podlegała nakazom wyrażającym się we wzorcach obowiązujących w danej kulturze w danym czasie (Imieliński, 1984). Powstrzymanie się od realizacji potrzeb seksualnych, określane mianem czystości seksualnej, stanowiło ogromną wartość w obrębie kultury chrześcijańskiej. Powiązanie seksualności z moralnością stanowi teoretyczną podstawę dla postulowania licznych i wielokierunkowych zależności pomiędzy zmiennymi seksuologicznymi a emocjami samoświadomościowymi, w tym poczuciem winy i wstydem (Żylicz, Grochowska, 2005). Wstyd okazał się być czynnikiem istotnym w pracy z osobami,

które doświadczyły przemocy seksualnej (Andrews i in., 2000; Lewis, 2005). Wykazano, że u osób, które doświadczyły molestowania, nasilenie wstydu oraz tendencja do dokonywania atrybucji globalnej warunkują wystąpienie określonych konsekwencji psychologicznych i behawioralnych, a także ich trwałość. Ponadto wstyd i wina były wykorzystywane jako zmienne w badaniach z zakresu psychologii sądowej, penitencjarnej czy resocjalizacji w tym wśród osadzonych za przestępstwa seksualne (Proeve i Howells, 2002; Tangney i in., 2011; Tangney i in., 2014).

W ramach badań prowadzonych w obszarze psychologii klinicznej podejmowano próby identyfikacji czynników transdiagnostycznych, wspólnych dla różnych grup zaburzeń oraz ogólnie pojętych nieprawidłowości w zakresie zdrowia psychicznego. Jednym z takich czynników okazał się wstyd. Wykazano, że emocja ta dodatnio koreluje z objawami zaburzeń nastroju oraz zaburzeń lękowych, a także z zaburzeniami osobowości należącymi do klastrów B i C. Co więcej, w przypadku osób z rozpoznaniem osobowości typu *borderline* stwierdzono, że wstyd stanowi istotny czynnik predykcyjny zachowań autoagresywnych (Adamczyk, 2017).

Scharakteryzowane obszary badawcze nie wyczerpują szerokiego spektrum zagadnień, w badaniu których uwzględnienie emocji samoświadomościowych okazało się być krokiem pozwalającym na lepsze zrozumienie badanych fenomenów. Wiedzie to do ogólnej konkluzji, iż system wartości oraz moralny stanowią stały punkt odniesienia dla funkcjonowania człowieka, zaś emocje samoświadomościowe, w tym wstyd i poczucie winy, regulują jego aktywność.

5. Wsparcie społeczne

Wsparcie społeczne (ang. *social support*) to wielowymiarowy konstrukt teoretyczny, definiowany na różne sposoby w zależności od przyjętej perspektywy. Zróżnicowane kategoryzacje tego pojęcia wynikają z uwzględniania jego źródła i przedmiotu, a także adekwatności wsparcia oraz subiektywnej oceny tego zasobu przez jednostkę. W niniejszym rozdziale przedstawiono główne mechanizmy oddziaływania wsparcia społecznego na funkcjonowanie jednostki, opisane w literaturze przedmiotu – w tym efekt główny, efekt buforowy oraz mediacyjną rolę wsparcia. Ponadto dokonano przeglądu badań empirycznych dotyczących wsparcia społecznego i jego korelatów, a także omówiono najczęściej stosowane narzędzia służące do jego pomiaru.

5.1. Wsparcie społeczne i pojęcia pokrewne – przegląd definicji

Definiowanie wsparcia społecznego, samo w sobie stanowi zagadnienie szeroko omawiane w literaturze przedmiotu. Powszechne zainteresowanie fenomenem wsparcia społecznego powoduje – z jednej strony – nadawanie mu znaczenia zmiennej w wielu projektach badawczych; wydaje się, że w niektórych niemal obligatoryjne, np. interwencja kryzysowa (Sęk, Cieślak, 2012). Z drugiej zaś – skutkuje także potocznym wykorzystaniem omawianego terminu, co przyczynia się do inflacji znaczenia tego konstruktu i narastania trudności w formułowaniu wniosków z wyników licznych projektów badawczych (Cieślak, 2012).

W szerokim ujęciu wsparcie społeczne bywało konceptualizowane jako wszystkie zasoby wynikające z dostępnych więzi społecznych, a więc jako *dostępność relacji, dzięki którym zaspokajane są podstawowe interpersonalne potrzeby człowieka (...) właściwość relacji, służąca przystosowaniu i zdrowiu* (Sęk, Cieślak, 2012, s.12). Taki sposób rozumienia wsparcia społecznego odnosi się do znaczenia relacji społecznych zarówno w rozwoju, jak i funkcjonowaniu jednostki. Powiązany jest on ze wzorcem przywiązania (por. Moreira i in., 2003), procesami socjalizacyjnymi i umiejętnościami oraz kompetencjami społecznymi (por. Cohen, Sherrod, Clark, 1986; Taylor, 2011). Ta „szeroka” konceptualizacja zrównuje znaczenie pojęcia wsparcia społecznego z grupą społeczną czy też integracją społeczną (Sęk, Cieślak, 2012). Bardziej precyzyjne, „węższe” znaczenie wsparcia społecznego pochodzi z dociekań badaczy poszukujących zależności pomiędzy stresem a wsparciem społecznym. Kiedy bowiem charakteryzująca stres mobilizacja wewnętrznych zasobów jednostki jest niewystarczająca aby sprostać wymaganiom otoczenia, wzrasta zapotrzebowanie na aktywację zasobów zewnętrznych, w tym kluczowego wsparcia społecznego (Szymańska, Sienkiewicz, 2011).

Mimo że podejmowanie zachowań nakierowanych na udzielenie wsparcia może jednocześnie tworzyć, jak i wzmacniać więzi społeczne, a relacje wraz z ich afektywnym komponentem stanowią motyw podejmowania zachowań wsparciowych, to rozróżnienie znaczeń pojęć, takich jak: środowisko społeczne, więzi społeczne, integracja społeczna od pojęcia wsparcia społecznego pozwala na lepsze zrozumienie omawianych zjawisk, a także wpisuje się w metodologiczny postulat precyzyjności pojęciowej. Przyjęte w niniejszej pracy rozumienie wsparcia społecznego zgodne jest ze stwierdzeniem, iż *wsparcie ujawnia się w sytuacji trudnej, stresowej i kryzysowej, choć struktury sieci społecznej (zasoby wsparcia) istnieją niezależnie od sytuacji trudnej i są kształtowane w toku rozwoju psychospołecznego*

człowieka (Sęk, Cieślak, 2012, s. 13). Poniżej zaprezentowano zakresy definicyjne przywołanych pojęć, które w tym znaczeniu wykorzystano w dalszej części opracowania.

Środowisko społeczne to bezpośrednie otoczenie fizyczne, relacje społeczne i środowisko kulturowe, w których określone grupy ludzi funkcjonują i wchodzi w interakcje (Barnett, Casper, 2001). W literaturze przedmiotu (Young, 1986) odnaleźć można także pojęcie *milieu* wywodzące się z języka francuskiego i stosowane powszechnie w naukach społecznych w odniesieniu do szeroko pojmowanego środowiska społecznego, rozumianego tak, jak definiuje się słowo *środowisko* w terminie terapii środowiskowej (ang. *milieu therapy*). Pojęcie *milieu* obejmuje zarówno fizyczne, jak i kulturowe aspekty życia społecznego, które wpływają na postawy, zachowania i relacje międzyludzkie. Z kolei sieć społeczna (ang. *social network*) to jednostka struktury społecznej odnosząca się do osobistych więzi społecznych jednostki, a także powiązań pomiędzy nimi, zaś integracja społeczna (ang. *social integration*) rozumiana jest jako stopień partycypacji jednostki w prywatnych i publicznych interakcjach społecznych (Gottlib, Bergen, 2010).

Wsparcie społeczne bywa też określane jako zasób będący na pograniczu zasobu osobistego i społecznego, który osoby spostrzegają jako dostępny, lub który faktycznie jest im dostarczany (Gottlib, Bergen, 2010; Sęk, Cieślak, 2012). Jest ono *bowiem jednym z elementów psychospołecznych zasobów odpornościowych, określanych jako właściwości jednostki i grupy, które są niezbędne do radzenia sobie w sytuacji trudnej a w konsekwencji – osiągnięcia stanu optymalnego przystosowania* (Szymańska, Sienkiewicz, 2011, s. 550). Zasób ten jest także definiowany jako interakcja między minimum dwiema osobami, która ma na celu albo zmianę okoliczności powodujących dystres u odbiorcy wsparcia, albo dostarczenie mu pomocy w radzeniu sobie ze szkodliwymi konsekwencjami i reperkusjami wynikającymi z sytuacji, w której się znalazł (Schwarzer, 2000).

5.2. Uwarunkowania wsparcia społecznego

Omawiając problematykę wsparcia społecznego warto także odnotować, iż jest ono współdeterminowane przez szereg różnorodnych czynników, których klasyfikację zaproponowała H. Sęk (Heszen-Celińska, Sęk, 2020; Włodarczyk, 2016). W proponowanej typologii autorka wyróżniła bowiem zmienne kontekstu, zmienne procesualne, zmienne osobowościowe oraz zmienne kontaktów społecznych. I tak, *zmienne kontekstu* odnoszą się do środowiska społecznego jednostki i jej sieci społecznych nazywanych także systemami podparcia. Ta grupa zmiennych warunkuje proces wsparcia społecznego w jego wymiarze strukturalnym określanym przez obiektywnie istniejące i dostępne dla jednostki sieci społeczne.

W podejściu tym istotna jest struktura sieci wsparcia, a zatem liczba powiązań jednostki z innymi osobami osadzonymi w sieci, zorganizowanymi w różnorodne grupy, np. formalne i nieformalne czy też pierwotne i wtórne. Poza analizą owej liczby powiązań jednostki oraz rozmiaru sieci wsparcia społecznego, strukturalne wsparcie społeczne rozpatruje się także poprzez pogłębioną analizę innych cech struktury sieci społecznych – w tym siłę więzi, która odnosi się do stopnia zażyłości osób będących elementami sieci, np. czasy trwania relacji. Cecha ta dotyczy najbardziej afektywnego powiązania pomiędzy jednostkami jako elementami sieci. Analizuje się także tzw. zwartość sieci, czyli jej poznawczo-informacyjne funkcjonowanie, a także homogeniczność vs. heterogeniczność sieci wyrażające się podobieństwem i zróżnicowaniem jednostek w niej osadzonych względem jakiejś biopsychospołecznej charakterystyki (Heszen-Celińska, Sęk, 2020). Rozpatruje się także taką cechę sieci jak rozproszenie członkostwa, a więc możliwość spotykania i kontaktowania się jednostek – elementów sieci ze względu na ich rozłożenie geograficzno-przestrzenne (Dudek, Koniarek, 2003). Rozproszenie członkostwa może warunkować dostęp do określonych typów wsparcia. Choć dzięki rozwojowi technologii informacyjnych i komunikacyjnych jego znaczenie dla wsparcia społecznego zdaje się zmniejszać (pewne typy wsparcia mogą być udzielane za pomocą telefonu czy komunikatorów internetowych), to jednak niektóre formy wsparcia nadal wymagają fizycznych kontaktów bezpośrednich (np. wsparcie instrumentalne w formie zrobienia zakupów, czynności pielęgnacyjnych). Obserwacja ta pozwala także dostrzec znaczenie dostępu do technologii cyfrowych dla uczestniczenia w sieci wsparcia społecznego. Analiza struktury sieci społecznej pod kątem cyberwykluczenia zdaje się być konieczna dla pełnego rozpoznania ograniczeń oraz potencjałów analizowanych sieci i środowisk społecznych (Wright, 2016).

Kolejną grupą zmiennych determinujących wsparcie społeczne są *zmiennie procesualne*, które *nomen omen* pozwalają dostrzec wsparcie społeczne właśnie jako proces mogący zachodzić zarówno pomiędzy jednostkami, grupami, jak również jednostką a grupą (Sęk, Cieślak, 2012). Omawiany proces może mieć charakter wymiany (wówczas jest on określany jako dwukierunkowy) lub przekazania (określany wtedy jest jako jednokierunkowy). Podmioty tego procesu pełnią wobec siebie rolę dawcy i biorcy wsparcia – role te mogą mieć charakter stały lub zmieniać się, a także współistnieć. W procesie tym wymianie podlegają emocje, informacje, dobra materialne, potrzebne instrumenty działania (np. *know-how*) oraz złożone społeczne wzmocnienia (np. uznanie lub podziw). Przedmiotem wspomnianej wymiany (lub

przekazania) jest jej treść, określana także jako tzw. treść wymiany społecznej (Sęk, Cieślak, 2012).

5.3. Typologie wsparcia

Rodzaje i typy wsparcia można klasyfikować ze względu na wiele cech i/lub czynników procesu wsparcia, np. jego źródło, rodzaj odbiorców czy ocenę adekwatności. Poniżej omówiono typologię wsparcia odnoszącą się do treści wymiany będącej przedmiotem procesu wsparcia.

Wsparcie emocjonalne to rodzaj wsparcia społecznego ukierunkowanego na zaspokojenie potrzeb emocjonalnych jednostki i odnoszącego się do działań lub słów pojawiających się w toku interakcji społecznych (Heszen-Celińska, Sęk, 2020). Osoba wspierająca okazuje zainteresowanie, życzliwość oraz troskę poprzez empatyzowanie i współodczuwanie, co wywiera podtrzymujący wpływ na uczestnika relacji, wzbudzając w niej poczucie nadziei oraz bezpieczeństwa, a także redukując jej poczucie osamotnienia. Nie mniej ważnym elementem tej wymiany jest przyjęcie emocji osoby wspieranej (np. smutku, żalu, gniewu czy lęku), co pozwala na odreagowanie i zmniejszenie napięcia emocjonalnego. Warto także podkreślić, iż wsparcie to obejmuje zarówno werbalne, jak i niewerbalne elementy wymiany (Włodarczyk, 2016; Heszen-Celińska, Sęk, 2020). Nierzadko w określaniu zakresu wsparcia emocjonalnego zwraca się uwagę na istotność zaspokajania potrzeby afiliacji i uznania oraz wzmacnianie samooceny.

Typ wsparcia odnoszący się do powyższych potrzeb określany jest jako *wsparcie wartościujące* lub *oceniające*. Związane jest ono ze wzmocnieniem u osoby wspieranej przekonania o tym, że jest ważna i ceniona, zatem zauważana przez swoje otoczenie społeczne, nie pozostaje mu obojętna oraz jest oceniana w sposób pozytywny. Podstawą dla tego wsparcia jest pozytywna wymiana społeczna, wyrażająca uznanie i/lub szacunek dla kompetencji, możliwości czy cech osoby wspieranej. Wymiana ta wpływa na polepszenie samooceny i wzrost poczucia własnej wartości jednostki (a niekiedy także poczucia sensu) (Dudek, Koniarek, 2003; Cieślak, 2012). Granica pomiędzy omawianymi typami wsparcia zdaje się nie być ostra, zaś przyczyną owej nieostrości może być fakt, iż wsparcie wartościujące pozostaje w silnej zależności z emocjami społecznymi, co wskazywałoby – z perspektywy teoretycznej – na podrzędny status wsparcia wartościującego wobec wsparcia emocjonalnego jako zjawiska o szerszym znaczeniu i bardziej rozległej naturze.

Wspomniane powyżej poczucie sensu oraz poczucie nadziei jest także domeną innego typu wsparcia, jakim jest *wsparcie duchowe* (Heszen-Celińska, Sęk, 2020). Jak każda kategoria psychologiczna odnosząca się do duchowości, tak i wsparcie duchowe wzbudza liczne kontrowersje wśród badaczy. Kontrowersje te powiązane są z wątpliwościami: 1) co do istnienia tego, co nazywa się duchowością lub dookreśla się jako duchowe oraz 2) co do możliwości badania tego, co nazywa się duchowością lub dookreśla się jako duchowe w obowiązującym paradygmacie naukowym i za pomocą dostępnych narzędzi (Pargament, 2005; Mariański, 2021). Niemniej jednak ten typ wsparcia konceptualizowany jest jako wynikające z holistycznego sposobu postrzegania człowieka dostarczanie pomocy w realizacji potrzeb duchowych i religijnych (Heszen-Niejodek, Gruszczyńska, 2004). Wsparcie duchowe jest przedmiotem dociekań filozoficznych i badawczych nad adekwatnością wspierania osób znajdujących się w sytuacjach krytycznych, najczęściej związanych ze śmiercią i umieraniem (np. choroba w fazie terminalnej, opieka hospicyjna, opieka nad osobą umierającą) (Uchmanowicz, 2012; Włodarczyk, 2016). K. Popielski (2008) w ramach rozwijanej przez siebie franklowskiej psychologii egzystencjalnej wyszczególnił trzy dymensje osobowości i egzystencji człowieka: fizyczną, psychiczną i noetyczną. Ostatnia z wymienionych wynika z pragnień i potrzeb specyficznie ludzkich, takich jak potrzeba poczucia sensu życia oraz doświadczania i przeżywania wartości. Wsparcie duchowe, rozumiane szerzej niż wsparcie w zaspokajaniu potrzeb religijnych, będzie odnosiło się do wymiaru noetycznego egzystencji jednostki i dotyczyło wsparcia w zaspokajaniu potrzeb powiązanych z takimi jakościami egzystencjalnymi, jak np. wolność, godność, odpowiedzialność, sens itp. Przykładem profesjonalnego wsparcia duchowego mogą być interwencje terapeutyczne prowadzone w nurcie noologoteorii czy terapii filozoficznej (Popielski, 1999; Femiak, 2020).

Powyżej scharakteryzowane typy wsparcia dotyczą udzielania pomocy w zaspokajaniu potrzeb emocjonalnych, psychologicznych, duchowych lub noetycznych. Odnotowuje się także typy wsparcia społecznego koncentrujące się na informacyjnych, praktycznych oraz materialnych aspektach pomocy. *Wsparcie informacyjne* – określane również *poznawczym* – to ogół przekazywanych i wymienianych opinii, w tym także tych pomocnych w ewaluacji działań podejmowanych przez osobę wspieraną (Sęk, Cieślak, 2012). Informacje te przyczyniają się lepszemu, pełniejszemu rozumienia sytuacji życiowej, w której osoba wspierana się znalazła. Dzięki otrzymywanym informacjom osoba może podejmować bardziej trafne decyzje, obierać skuteczniejsze strategie i sposoby radzenia sobie także w zakresie minimalizowania negatywnych konsekwencji sytuacji trudnych i wzmożonego poziomu stresu. Wsparcie to może

realizować się poprzez koleżeńską rozmowę, fachowe poradnictwo, działania edukacyjne lub dzielenie się własnymi doświadczeniami, jak to się odbywa przykładowo w grupach samopomocowych (Włodarczyk, 2016). Wymiana informacji, plotkowanie, „poczta pantoflowa”, rozmawianie oraz zakorzenione w stereotypie polskości narzekanie, to spontanicznie podejmowane zachowania społeczne umożliwiające udział ich uczestników w wymianie wsparcia poznawczego. Wsparcie to, ze względu na jego niewielką dyrektywność, nie zmniejsza poczucia kontroli czy sprawstwa u osoby, której jest udzielane.

Wyróżnia się także wsparcie *instrumentalne* (por. Sęk, Cieślak, 2012), które charakteryzuje się większym stopniem dyrektywności niż poprzednie i może być rozumiane jako pośredni typ pomiędzy wsparciem informacyjnym (poznawczym) a *materialnym* (rzeczowym). Przedmiotem leżącej u podstawy tego typu wsparcia wymiany społecznej są informacje przekazywane w formie instruktażu o konkretnych sposobach radzenia sobie i postępowania (np. sposób aplikacji żelu używanego w maskulinizującej terapii hormonalnej). W zakres tego typu wsparcia wlicza się także wyuczanie czynności czy sposobów postępowania, także poprzez modelowanie (Heszen-Celińska, Sęk, 2020). Wsparcie to może również przyjmować formę pomocy w wykonywaniu konkretnych zabiegów i czynności oraz wykonywania ich w zastępstwie (lub za) osobę wspieraną, pod postacią różnorodnych świadczeń (np. czynności pielęgnacyjne, umówienie wizyty u specjalisty) (Rutkowska, 2012). W odniesieniu do przedmiotu wsparcia wyszczególnia się także wsparcie materialne (rzeczowe) definiowane jako *świadczona pomoc materialna rzeczowa i finansowa, ale także bezpośrednie fizyczne działania na rzecz osób potrzebujących: przekazywanie środków do życia, dożywianie, udostępnianie schronienia mieszkania, zaopatrzenie w lekarstwa* (Sęk, Cieślak, 2012, s.19).

5.4. Psychospołeczne determinanty i konsekwencje wsparcia

Obserwuje się, że im dłuższy okres udzielania dyrektywnych form wsparcia charakteryzujących się przejęciem kontroli przez wspierających nad jednostką, tym prawdopodobieństwo uszczuplenia jej zasobów osobistych i możliwość pojawienia się negatywnych skutków psychologicznych może wzrastać. Próbę wyjaśnienia tych mechanizmów odnaleźć można w konceptualizacjach wsparcia społecznego odnoszących się do zagrożenia dla samooceny (ang. *threat to self-esteem model*), w których postulowano, że na wsparcie i pomoc składają się elementy zarówno zagrażające jak i wspierające Ja. Komponenty zagrażające mogą obniżać poczucie własnej kompetencji, skuteczności i zdolności radzenia sobie u osób przyjmujących wsparcie. Aktualnie wskazuje się, że samoocena może być

moderatorem tych zależności (Fisher, Nadler i Whitcher-Alagna, 1982; Gleason, 2008). W badaniach nad wykonywaniem zadań w pracy potwierdzono krzywoliniową U-kształtną zależność pomiędzy dostarczaniem wsparciem instrumentalnym a poziomem wykonania zadań (Yun, Beehr, 2022).

Procesy wsparcia społecznego są także modyfikowane przez *zmienne osobowościowe i zmienne kontaktów społecznych*. Właściwości indywidualne determinujące wsparcie społeczne, to m. in.: prospołeczność vs. egocentryzm, poziom ekstrawersji, neurotyczność i twardości (ang. *hardness*) oraz osobowościowe wzorce przywiązania kształtujące się we wczesnym dzieciństwie. Czynniki te mogą determinować procesy związane ze wsparciem społecznym poprzez modulowanie zdolności do mobilizacji sieci wsparcia oraz poszukiwania wsparcia społecznego, jak również zdolności do adekwatnego wspierania (Cieślak, Eliasz, 2012). Znaczącymi właściwościami indywidualnymi dla przebiegu procesów związanych ze wsparciem społecznym okazały się także (Włodarczyk, 1999): potrzeba autonomii, zależności oraz poczucie zlokalizowania kontroli, kształtując indywidualne zapotrzebowanie w zakresie wsparcia społecznego. Z kolei *poczucie koherencji* to własność osoby powiązana z jej zdolnością do wykorzystania dostępnego wsparcia. Koherencja bowiem *stanowi siłę sprawczą, która odpowiednio uruchomiona i wykorzystana pozwala na optymalne i instrumentalne rozwiązywanie problemów, adekwatnie korzystając z oferowanego wsparcia społecznego* (Szymańska, Sienkiewicz, 2011, s. 551). W odniesieniu do tych właściwości wyróżnić można autonomiczną oraz zależną postać poszukiwania wsparcia społecznego. Autonomiczne poszukiwanie wsparcia charakteryzuje się sięganiem po nie w ostateczności, gdy już wszelkie zasoby osobiste zostały wyczerpane. Z kolei zależnościowa postać poszukiwania wsparcia może być scharakteryzowana jako przekonanie danej jednostki, iż użyteczne zasoby znajdują się poza nią (Bazydło, 2006, za: Heszen-Celińska, Sęk, 2020).

Obok strukturalnego i funkcjonalnego podejścia do kwestii wsparcia, wyróżniono także tzw. *podejście percepcyjne*, w którym to wsparcie społeczne ujmowane jest jako struktura poznawcza jednostki (Dudek, Koniarek, 2003). Immanentną cechą wsparcia społecznego jest jego osadzenie w rzeczywistości społecznej (a więc uwspólnionej). Oceny wsparcia otrzymanego można dokonywać w sposób obiektywny, poprzez określenie jego wielkości wymiernymi wskaźnikami, jak również w sposób subiektywny, opierając się o spostrzeganie i ocenę otrzymanego wsparcia przez jego odbiorcę. Wsparcie może więc zostać uznane za adekwatne, trafne, satysfakcjonujące czy też niewystarczające i niedostosowane do oczekiwań/potrzeb jednostki (wsparcie otrzymane vs. wsparcie oczekiwane) (Heszen-Celińska,

Sęk, 2020). Ten subiektywny jego odbiór *może być nie tylko funkcją wielkości otrzymanego wsparcia, lecz także efektem owego „tworzenia” rzeczywistości [...] w umyśle podmiotu* (Cieślak, Eliaz, 2012, s. 88).

Poza wsparciem otrzymanym, mającym charakter retrospektywny i odnoszącym się do dokonanych już aktów wsparcia, odnotowuje się także *wsparcie spostrzegane*. Jest ono definiowane jako przekonanie jednostki dotyczące potencjalnie dostępnego wsparcia i istniejących możliwości uzyskania pomocy (Buszman, Przybyła-Basista, 2019). Przekonanie to okazuje się być lepszym predyktorem stanu zdrowia, ogólnego dobrostanu i skuteczności w radzeniu sobie ze stresem niż sama wielkość wsparcia otrzymanego (Łuszczńska, Cieślak, 2005). Spostrzegane wsparcie społeczne pozostaje przynajmniej częściowo niezależne od dotychczas otrzymanego wsparcia oraz od określanych miarami obiektywnymi cech sieci społecznej jednostki. W pomiarach wykazywano jego stabilność w czasie, co skłoniło część badaczy do rozumienia wsparcia społecznego w kategoriach struktury poznawczej i własności osobowej (Cieślak, Eliaz, 2012). Jednocześnie opisywany wymiar wsparcia pozostaje w związku z oceną sieci wsparcia czy też dotychczasowymi doświadczeniami jednostki w zakresie wsparcia. Konstrukcja ten więc zdaje się być wynikiem interakcji czynników osobowościowych z doświadczeniami wspierającymi jednostki. Interakcja ta w toku rozwoju człowieka kształtuje przekonania dotyczące np. dostępności, skuteczności, adekwatności lub kosztów wsparcia. Przekonania te stanowią swoisty filtr dla rozumienia kolejnych sytuacji związanych z zapotrzebowaniem, oczekiwaniem lub doświadczaniem wsparcia, a także predysponować jednostkę do określonych reakcji emocjonalnych oraz podejmowania zachowań i decyzji. Ocena otrzymywanego przez jednostkę wsparcia stanowić może zatem zarówno skutek, jak i przyczynę przekonań żywionych przez podmiot. Ocenie owej podlega adekwatność i dostateczność dostarczanej pomocy w jej wymiarze ilościowym oraz jakościowym. Dobre, trafne wsparcie dostarcza jednostce tego, czego jej brakuje w odpowiedniej do zapotrzebowania ilości. Zapotrzebowanie na wsparcie determinowane jest zarówno przez czynniki sytuacyjne, jak i właściwości jednostek (Włodarczyk, 1999). Jak wspomniano, wskazuje się także na znaczenie dopasowania udzielanego wsparcia społecznego do potrzeb i oczekiwań jednostki. Wykazano przykładowo, że jednym z czynników kształtujących poczucie dopasowania udzielonego wsparcia do oczekiwań jest spójność otrzymanego rodzaju wsparcia z dominującym stylem radzenia sobie. Osoby odznaczające się skłonnością do obierania sposobów radzenia sobie nakierowanych na zadanie zwykle

doświadczają większych korzyści ze wsparcia instrumentalnego niż emocjonalnego, które z kolei preferowane jest przez osoby o stylu skupionym na emocjach (Cieślak, Elias, 2012).

5.5. Źródła wsparcia

Omawiając zagadnienie dopasowania wsparcia społecznego należy zwrócić uwagę na jego źródła, wśród których wymienia się zazwyczaj (Sęk, Cieślak, 2012): rodzinne, przyjacielsko-towarzyskie i sąsiedzkie, określane także mianem naturalnych, z których wsparcie udzielane jest w sposób spontaniczny (Heszen-Celińska, Sęk, 2020). Mają one ponadto nieformalny i nieprofesjonalny charakter. W ujęciu S. Cohena i wsp. (2000, s. 4) wsparcie to *zasoby społeczne, które osoby postrzegają jako dostępne lub które są im faktycznie dostarczane przez osoby (nieprofesjonalistów) w kontekście zarówno formalnych grup wsparcia, jak i nieformalnych relacji pomocowych*. Jednakże w polskiej (por. Kózka, 2010; Sęk, Cieślak, 2012; Włodarczyk, 2016; Heszen-Celińska, Sęk, 2020) i anglojęzycznej (por. Axer, 1983) literaturze psychologicznej, wsparcie profesjonalne i zinstytucjonalizowane jest włączone w zakres znaczeniowy pojęcia wsparcia społecznego i wymieniane jako jego podtypy charakteryzujące się specyficznymi ograniczeniami i właściwościami). Wskazuje się, że naturalne sieci wsparcia stanowią łatwiej dostępny, bezkosztowy i niestygmatyzujący zasób wsparcia społecznego, jednakże profesjonalne i instytucjonalne jego źródła – mimo swoich ograniczeń – pozwalają na uzyskanie specyficznych form wsparcia niedostępnych z innych źródeł (Sęk, Cieślak, 2012). Nieco inaczej źródła wsparcia ujmuje klasyfikacja autorstwa I. E. Singera i S. A. Lorda (1984, za: Adamczyk, 2023), w ramach której wyróżnia się m.in.:

- *wsparcie osobiste* (ang. *personal*), w którym to źródłem jest najbliższe otoczenia jednostki, rodzinne i pozarodzinne (np. przyjaciele i znajomi).
- *wsparcie formalne* (ang. *formal*) – tu źródłem wsparcia są grupy formalne, takie jak wspólnoty religijne lub organizacje samorządowe.
- *wsparcie profesjonalne* (ang. *professional*) – jego źródłem są osoby zawodowo zajmujące się wspieraniem (np. interwenci kryzysowi), a ich działalność jest nastawiona na cel, jakim jest właśnie niesienie wsparcia.

Należy także podkreślić, iż źródła wsparcia społecznego są niewątpliwie powiązane z fazami rozwoju jednostki. Przykładowo, zazwyczaj głównym źródłem wsparcia dla dzieci jest środowisko rodzinne, co ulega zmianie już w okresie adolescencji, kiedy to obok członków rodziny istotnym źródłem wsparcia stają się rówieśnicy (Suchodolska, 2016; Jankowiak, Matysiak-Błaszczak, 2019). Oddziaływanie wsparcia pochodzącego z każdego z tych źródeł

jest specyficzne i nie daje się zastępować jedno przez drugie (Pretty, Andrewes, Collett 1994). Z kolei w okresie dorosłości, w polskich uwarunkowaniach kulturowych, szczególne znaczenie ma wsparcie świadczone w ramach relacji małżeńskiej/partnerskiej. Wykazano bowiem (Popiołek, 2004), iż wsparcie udzielane przez małżonków/partnerów jest nad wyraz skuteczne, zaś wsparcie uzyskiwane od innych osób nie rekompensuje deficytu z tego źródła. Równocześnie jednak wskazuje się na relacje rodzinne jako często występujące źródło stresogennych sytuacji stwarzających zapotrzebowanie na wsparcie (Michel i in., 2011; Boss, Bryant, Mancini, 2016). W okresie późnej dorosłości znaczącym źródłem wsparcia, istotnie powiązanych z subiektywnie ocenianą jakością życia, stają się znajomi i sąsiedzi. Istnieją także doniesienia (por. Głębocka, Szarzyńska, 2005) dokumentujące, iż notowane we wcześniejszych okresach rozwojowych różnice międzypłciowe w zakresie wsparcia społecznego zanikają w grupie seniorów.

Okazuje się, że płeć jest własnością różnicującą jednostki w zakresie wsparcia społecznego. Badacze (por. Burda, Vaux, Schill, 1984; Knoll, Schwarzer, 2012; Greenglass, 2012) zwracają uwagę na to, że kobiety mają zazwyczaj bardziej rozbudowane sieci społeczne niż mężczyźni, a ich relacje charakteryzują się wyższym poziomem budującego bliskość emocjonalną samoujawiania oraz intymnością. Mężczyźni z kolei wykazują nierzadko silniejszą tendencję do zrzeszania się w większych grupach, zaś ich przyjaźnie odznaczają się mniejszą bliskością emocjonalną. Zauważono ponadto, iż to kobiety w większym stopniu poszukują wsparcia, częściej je otrzymują, ale także częściej są jego dostarczycielkami, zarówno dla innych kobiet, jak i dla mężczyzn. Różnice międzypłciowe potwierdzono także odnośnie do wsparcia społecznego *online*, w ramach którego kobiety udzielały i otrzymywały więcej wsparcia od mężczyzn (Tifferet, 2020). Wskazuje się, iż źródeł omawianych różnic należałoby poszukiwać w oddziaływaniach socjalizacyjnych odmiennych dla obu płci. Wszak opiekuńczość oraz zależność, wpisujące się w stereotypowy schemat kobiecości, to cechy osobowości mogące warunkować procesy wsparcia społecznego. Z kolei niezależność i pewność siebie, będące elementami stereotypowego schematu męskości, mogą przyczyniać się do kłopotów w zakresie przyjmowania wsparcia i utrudniać jego dostarczanie. Znaczenie internalizacji schematów płci – nie zaś płci w znaczeniu metrykalnym i w odniesieniu do jej komponentów biologicznych (ang. *sex*) – dla funkcjonowania w zakresie wsparcia społecznego poddawano weryfikacji empirycznej, w wyniku której wnioskowano, że kobiecość powiązana była z poszukiwaniem i otrzymywaniem wsparcia emocjonalnego, zaś męskość – z otrzymywaniem wsparcia materialnego. W badaniach G. Reevy i C. Maslach (2001)

potwierdzono, że to płeć psychologiczna jednostki była istotnie skorelowana ze wzorcami wsparcia społecznego.

Analizując problematykę wsparcia należy również zaakcentować znaczenie źródła wsparcia dla efektywności oraz skutków ubocznych procesu wspierania (por. Mustanski, Newcomb, Garofalo, 2011; Sęk, Cieślak, 2012; Watson, Grossman, Russell, 2019; Wise i in., 2019). Specyficznym źródłem wsparcia, potwierdzającym znaczenie tegoż źródła dla efektywności procesu wspierania, są grupy samopomocowe. Właściwości tych grup i ich członków nierzadko warunkują ich pomocowe działanie. Proces powstawania owych grup opiera się na tym, iż zazwyczaj nieznajome sobie osoby zawiązują społeczność, którą łączy wspólny problem (np. choroba alkoholowa) lub też cecha (np. bycie rodzicem osoby transpłciowej), albo negatywne doświadczenia (np. dyskryminacja ze względu na różnorodność płciową; mikroagresje w przestrzeni społecznej). Źródło wsparcia – w tym przypadku inna osoba zmagająca się z podobnymi problemami – kształtuje proces wsparcia, umożliwiając udzielanie bardzo specyficznej pomocy (np. możliwość przyznania się do choroby alkoholowej przed innymi osobami uzależnionymi, opowiadającymi o startach wynikających z własnego nadużywania alkoholu). Wyznania uczestników grupy dostarczają wsparcia informacyjnego (np. informacji na temat przebiegu rozwoju uzależnienia od alkoholu), instrumentalnego (np. ukazującego sposoby ujawniania swego uzależnienia w przestrzeni społecznej), wartościującego i emocjonalnego (np. obniżenie poziomu wstydu i poczucia winy; wartość szacunku do siebie w procesie zdrowienia) (Sęk, Cieślak, 2012; Cieślak, Elias, 2012).

Źródło wsparcia – wraz z rodzajem udzielanego wsparcia, kontekstem sytuacyjnym stwarzającym zapotrzebowanie na wsparcie oraz cechami biorcy wsparcia – jest czynnikiem determinującym jego efektywność. Uwzględniono go również w modelu zagrożenia dla samooceny, wykorzystanym w konceptualizacji reakcji odbiorcy na udzielaną pomoc (Fischer, Nadler, Whitcher-Alagna, 1982). Model ten zakłada, że każda sytuacja pomocowa niesie ze sobą elementy potencjalnie wzmacniające i zagrażające dla poczucia własnej wartości jednostki. Reakcje emocjonalne powiązane z poczuciem własnej wartości (w tym m.in. opisywane w niniejszej pracy poczucie winy i wstyd) w zaproponowanym przez J. Fischera, A. Nadlera oraz S. Whitcher-Alagna (1982) modelu, pośredniczą w reakcjach odbiorców na udzielaną im pomoc.

5.6. Modele powiązań między wsparciem a dobrostanem jednostki

Celem pełnego zobrazowania znaczenia wsparcia dla dobrostanu jednostki należy także zwrócić uwagę na modele teoretyczne odnoszące się do powiązań wsparcia społecznego z

takimi zjawiskami, jak stres, zdrowie i przystosowanie, wśród których to modeli wyróżnia się model efektu głównego, buforowego oraz mediującego (Procidano, 2012).

W *modelu efektu głównego* zakłada się, iż wsparcie społeczne bezpośrednio oddziałuje na występowanie stresorów ograniczając ich siłę lub liczbę. Przykładowo, poprzez uzyskanie wsparcia informacyjnego i/lub instrumentalnego jednostka nie doświadcza kolejnych negatywnych konsekwencji związanych z poczuciem zagubienia, bezradności lub niewiedzy i niepewności. Efekt główny odnosi się także do związku pomiędzy sposobem spostrzegania stresorów a wsparciem społecznym. I tak, jednostka może inaczej oceniać trudność sytuacji, w której się znalazła w zależności od przekonania o dostępnym jej wsparciu społecznym uznawanym za użyteczne w danej sytuacji. W ramach omawianego modelu postuluje się także bezpośrednią zależność zdrowia i dobrostanu od wsparcia społecznego, niezależnie od sytuacji stresu (Sęk, Cieślak, 2012).

Z kolei oddziaływanie wsparcia społecznego na funkcjonowanie człowieka ujęte w *modelu efektu buforowego* zakłada pośrednie oddziaływanie tegoż wsparcia na jednostkę, która znalazła się w sytuacji stresu. O ile w modelu efektu głównego otrzymywane i/lub spostrzegane wsparcie społeczne zmniejsza negatywne zjawiska psychiczne związane ze stresem poprzez bezpośrednie oddziaływanie na stresory, o tyle w modelu efektu buforowego zakłada się, że wsparcie społeczne zostaje włączone w mechanizm stresu-radzenia sobie, przyczyniając się do wykorzystania zasobów umożliwiających przezwyciężenie trudności lub osłabianie ich negatywnych konsekwencji (Heszen-Celińska, Sęk, 2020).

Model efektu mediującego niejako odwraca kierunek postulowanych zależności – poziom doświadczanego stresu ujmowany jest jako czynnik ograniczający dostęp do wsparcia społecznego, co miałyby sprzyjać powstawaniu symptomów (Procidano, 2012). Jednocześnie narastający stres i trudności miałyby motywować jednostkę do zintensyfikowanego poszukiwania wsparcia społecznego i/lub narastania oczekiwania na jego otrzymanie, co niekiedy określano jako model mobilizacji wsparcia (Sęk, Cieślak, 2012). Wsparcie społeczne jest także włączane do modelu stresu mniejszościowego; w grupie osób transpłciowych stanowiło ono czynnik wspierający rezyliencję i łagodzący wpływ stresorów (Rimmer i in., 2020; Mezza i in., 2024).

Stosunkowo nowym obszarem badań, warunkowanym poprzez postęp technologiczny, jest internetowe wsparcie społeczne. Wsparcie to definiowane jest jako *pomoc dostępna online dla jednostki znajdującej się w sytuacji krytycznej, której przezwyciężenie wymaga wykorzystania zewnętrznych zasobów pochodzących z grup wirtualnych, skupiających osoby*

zmagające się, w przeszłości lub obecnie, z trudnościami o podobnym charakterze. Celem takiego wsparcia jest powrót do dobrostanu psychicznego człowieka (Walter, 2018, s. 30). W świetle przywołanej powyżej definicji wydaje się, iż fenomen ten będzie znaczący dla sytuacji osób transpłciowych, co potwierdzają dotychczasowe badania, jak i doświadczenia autora niniejszego opracowania wynikające z praktyki psychologicznej z osobami z niezgodnością płciową. Media społecznościowe nierzadko ułatwiają kontakt z innymi osobami transpłciowymi, będącymi w różnym wieku, mającymi odmienne zakresy potrzeb w obszarze oddziaływań tranzycyjnych oraz związanych z tymi oddziaływaniami doświadczeń. Wzajemna wymiana owych doświadczeń i poznawanie swoich historii dostarcza wsparcia wartościującego oraz emocjonalnego w zakresie wspierającego i rozumiejącego kontaktu, uprawomocnienia własnych uczuć i emocji oraz wzbudzenia i podtrzymania nadziei na przyszłość. Zwiększa się także dostępność wzorów osobowych, co zdaje się ułatwiać procesy tożsamościowotwórcze wśród młodych osób transpłciowych. Należy także zaznaczyć, iż media społecznościowe mogą stanowić źródło nieprawdziwych informacji i szkodliwych porad zdrowotnych oraz dyskryminacji i wiktylizacji (Austin, 2016; Selkie i in., 2020; Berger i in., 2022).

Podsumowanie

Osoby transpłciowe nierzadko stają w obliczu wielu trudności związanych ze swą tożsamością płciową. Ich konsekwencją są negatywne postawy wobec jedzenia i ciała, które stanowią poważny problem zarówno zdrowia fizycznego jak i psychicznego w tej grupie (Meyer-Bahlburg i in., 2011; Budge i in., 2013; McCloskey i in., 2015).

Obraz ciała to subiektywne spostrzeganie własnego ciała, które kształtuje się na przestrzeni życia jednostki pod wpływem interakcji z otoczeniem, norm społecznych oraz osobistych doświadczeń. Takie rozumienie wspomnianego konstruktu można odnaleźć m.in. w nurcie społeczno-kulturowym (m.in. Cash, 2002) lub w koncepcjach feministycznych i postfeministycznych (Gromkowska-Melosik, 2020). W teorii poznawczo-behawioralnej (CBT) jest on traktowany jako wynik interakcji myśli, emocji i zachowań jednostki. Zgodnie z tym podejściem sposób, w jaki jednostka spostrzega swoje ciało, jest wynikiem jej interpretacji bodźców zewnętrznych oraz wewnętrznych. K. Gergen (2011) w swojej teorii społecznego konstruktywizmu argumentuje, że obraz ciała nie jest czymś stałym ani wrodzonym, ale jest konstruowany przez interakcje społeczne, język i kulturowe znaczenia. Tak więc obraz ciała zmienia się w zależności od tego, jak jednostka postrzega siebie w kontekście społecznym i kulturowym. W teorii rozwoju E. Eriksona (2004; 2012) obraz ciała jest integralnym elementem etapu rozwoju tożsamości, który ma miejsce w okresie adolescencji. E. Erikson (2004; 2012)

podkreśla, że w tym czasie młodzież intensywnie poszukuje swojej tożsamości, a obraz ciała może być ważnym elementem tej eksploracji. W wyniku interakcji z rówieśnikami i społeczeństwem, młodzi ludzie uczą się rozumieć swoje ciało i adaptować je do społecznej normy. J. Marcia (1966, za Meeus, 2012; Kroger, Marcia, 2011), rozszerzając teorię E. Eriksona, zwraca uwagę na rolę eksploracji tożsamości, w tym obrazu ciała, w kształtowaniu się stabilnej tożsamości w młodzieży.

W przypadku osób transpłciowych rozbieżność pomiędzy identyfikowaną płcią a niezgodnym z ową identyfikacją ciałem wywoływać może napięcie emocjonalne oraz problemy w konstruowaniu pozytywnego obrazu ciała. Wiele osób transpłciowych doświadcza trudności związanych z akceptacją swojego wyglądu, co w kontekście społecznym może prowadzić zarówno do poczucia alienacji, jak i potrzeby wycofania z relacji. Z tego powodu osoby transpłciowe często podejmują różne działania mające na celu zmianę wyglądu ciała, takie jak stosowanie terapii hormonalnej czy operacje korygujące cechy płci, co może sprzyjać poprawie spostrzegania własnego ciała (Budge i in., 2013). Okazuje się jednak, że pomimo skorzystania z takich interwencji wiele osób transpłciowych nadal zmaga się z trudnościami związanymi z akceptacją ciała, co może tworzyć ryzyko wystąpienia symptomów zaburzeń odżywiania. Badania pokazują (por. Budge i in., 2013), że osoby transpłciowe wykazują wyższy poziom niezadowolenia z obrazu ciała niż osoby cisplciowe. W szczególności u osób transpłciowych, które nie przeszły pełnej transformacji ciała, często występuje silniejsza dysforia ciała i większe natężenie symptomów zaburzeń odżywiania (Budge i in., 2013). Ponadto w grupie tej – w porównaniu do populacji ogólnej – notuje się wyższy wskaźnik występowania zaburzeń odżywiania (Meyer-Bahlburg i in., 2011; Budge i in., 2013; McCloskey i in., 2015). Można przypuszczać, że dla osób transpłciowych kontrolowanie masy ciała staje się próbą odzyskania kontroli nad swą cielesnością, ale także życiem, w obliczu społecznej i wewnętrznej presji związanej z określeniem własnej płci. Zaburzenia odżywiania mogą występować u osób transpłciowych w formie anoreksji, bulimii, a także ortoreksji (nadmierne skupienie na zdrowym jedzeniu), przy czym ich częstotliwość wzrasta w miarę nasilania się dysforii płciowej i braku akceptacji własnego ciała. Ponadto osoby transpłciowe, które nie otrzymują wystarczającego wsparcia psychologicznego i społecznego, mogą mieć większą tendencję do wykształcania niezdrowych mechanizmów radzenia sobie z napięciem i stresem związanym z tożsamością płciową, co w konsekwencji prowadzi do rozwoju zaburzeń odżywiania (Meyer-Bahlburg i in., 2011).

Poczucie winy i wstyd to silne emocje, które często towarzyszą osobom transpłciowym w kontekście ich tożsamości płciowej. Społeczne normy i oczekiwania, nakładające presję na osoby cisplciowe, mogą być jeszcze silniejsze wobec osób transpłciowych. Wstyd związany z tożsamością płciową, zwłaszcza jeśli jest ona nieakceptowana przez bliskie osoby czy społeczeństwo, w którym dana osoba żyje, może prowadzić do rozwoju zaburzeń odżywiania jako mechanizmu radzenia sobie z emocjonalnym bólem. Osoby transpłciowe, które czują się odrzucone lub nieakceptowane przez swoje otoczenie, mogą kompensować swoje poczucie bezsilności poprzez kontrolowanie ciała. Poczucie winy pojawiające się w wyniku naruszenia norm społecznych lub rodzinnych oczekiwań, może prowadzić do nadmiernej dbałości o wygląd i masę ciała. Z kolei wstyd związany z "niezgodnym" ciałem może wzmocnić chęć zmiany własnego wyglądu i dążenie do osiągnięcia idealnego ciała, co w skrajnych przypadkach skutkuje manifestowaniem symptomów zaburzeń odżywiania.

W kształtowaniu zdrowia psychicznego, w tym w zapobieganiu i leczeniu zaburzeń odżywiania oraz rekonstruowaniu obrazu ciała kluczowe znaczenie ma wsparcie społeczne (Linville, Himes, 2012; Surgenor, McLachlan, 2013; Micali, Hay, 2014; Van Strien, 2018). Osoby transpłciowe często doświadczają marginalizacji i stygmatyzacji, co może prowadzić do wycofania się z relacji społecznych oraz poczucia izolacji. Przeżywanie dyskryminacji w rodzinie, w pracy czy w szkole może li tylko pogłębiać problemy związane z obrazem ciała i zaburzeniami odżywiania. Z kolei osoby transpłciowe, które doświadczają wsparcia ze strony rodziny, przyjaciół czy grup wsparcia, są w mniejszym stopniu narażone na rozwój zaburzeń odżywiania (Nagata i in., 2020). Wspólnota, która akceptuje ich tożsamość płciową i zapewnia emocjonalne wsparcie, stanowić może swoisty czynnik ochronny.

Reasumując, warto podkreślić, iż symptomy zaburzeń odżywiania, takich jak anoreksja, bulimia czy kompulsywne objadanie się są powszechnie badane w kontekście osób cisplciowych, jednak w odniesieniu do osób transpłciowych wymagają gruntownej weryfikacji.

CZĘŚĆ II.

METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

W części tej omówiono metodologiczne podstawy badań własnych, w tym uzasadnienie celu niniejszego projektu badawczego w świetle dotychczasowych ustaleń dotyczących związków obrazu ciała z symptomami zaburzeń odżywiania, ze szczególnym uwzględnieniem specyfiki funkcjonowania osób transpłciowych. Zaprezentowano również model badań własnych, a także przedstawiono pytania badawcze oraz hipotezy. Ponadto scharakteryzowano zmienne oraz sposób ich operacjonalizacji i pomiaru.

1. Cele badawcze i ich teoretyczno-empiryczne uzasadnienie

Nadrzędnym celem referowanego projektu badawczego było określenie związku między zadowoleniem z obrazu ciała a występowaniem symptomów zaburzeń odżywiania u osób transpłciowych. Występowanie zależności pomiędzy obrazem ciała a symptomami zaburzeń odżywiania potwierdzono w licznych projektach badawczych prowadzonych w grupach osób cisplciowych. Przykładowo w pięcioletnich badaniach podłużnych prowadzonych wśród adolescentów, niższe zadowolenie z obrazu ciała okazało się być predyktorem dla wystąpienia w przyszłości wyższego poziomu stosowania diet, niezdrowych oraz bardzo niezdrowych zachowań związanych z kontrolą wagi i objadania się, a także niższego poziomu aktywności fizycznej. Efekt ten występował zarówno wśród chłopców, jak i dziewcząt, i pozostawał istotny po uwzględnieniu współczynnika BMI (Neumark-Sztainer, 2006). Ponadto nasilenie i trwałość w czasie negatywnego stosunku wobec obrazu ciała okazały się być predyktorem skuteczności leczenia zaburzeń odżywiania (Calugi, Dalle Grave, 2019; Junne in., 2019), jak i ryzyka nawrotu zaburzeń (Junne in., 2019). Odnotowano również, iż niezadowolenie z obrazu ciała stanowi predyktor wystąpienia zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia, a presja, aby być szczupłym oraz internalizacja ideału szczupłości, a także zwiększona masa ciała stanowią czynniki ryzyka dla wystąpienia owego niezadowolenia (Stice, Shaw, 2002; Stice, Shaw, 2010). Co więcej, niezadowolenie z ciała, wraz ze stosowaniem restrykcji dietetycznych, może stanowić objaw prodromalny zaburzeń odżywiania, zaś interwencje profilaktyczne nakierowane na zmniejszenie niezadowolenia z obrazu ciała oraz internalizacji ideału szczupłej sylwetki i odczuwanej presji, aby być szczupłym, zmniejszają nasilenie objawów zaburzeń odżywiania (Stice, Shaw, 2010). Rolę niezadowolenia z obrazu ciała jako czynnika ryzyka dla wystąpienia zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia potwierdzono także w grupie dzieci i adolescentów (Shisslak, Crago, 2001). Z kolei w metaanalizie obejmującej ponad 13 tys. uczestników zróżnicowanych pod względem wieku, pochodzenia, miejsca zamieszkania, a także posiadanych diagnoz i

nieklinicznych problemów związanych z odżywianiem się, wykazano silne zależności pomiędzy występowaniem zaburzonych form odżywiania się a powtarzającymi się zachowaniami mającymi na celu kontrolowanie ciała i wyglądu (ang. *body checking*), a także unikaniem sytuacji prowokujących lęk związany z obrazem ciała (ang. *body image avoidance*). Zarówno zachowania określane jako *body checking*, jak i *body image avoidance* były silnie powiązane z wysokim niezadowoleniem z obrazu ciała i są rozumiane jako behawioralny wyraz nadmiernego zaabsorbowania masą ciała i kształtem sylwetki (Walker, White, Srinivasan, 2018).

Wyniki projektów badawczych dowiodły także, iż znacząca dla nasilenia nieprawidłowości w zakresie odżywiania się jest również elastyczność obrazu ciała (ang. *body image flexibility*), rozumiana jako zdolność do tolerowania zarówno pozytywnych, jak i negatywnych myśli, przekonań i odczuć dotyczących obrazu ciała. Elastyczność obrazu ciała jest odwrotnie proporcjonalnie powiązana z nasileniem doświadczania obaw dotyczących obrazu ciała oraz symptomów zaburzeń odżywiania, dążenia do szczupłości, a także z poziomem internalizacji ideału szczupłości (Linardon i in., 2021). Nierzadko proponuje się włączanie działań nakierowanych na zwiększanie elastyczności obrazu ciała do programów terapeutycznych zaburzeń odżywiania, bowiem elastyczność obrazu ciała jest bardzo dobrym predyktorem wyników leczenia oraz nasilenia symptomów zaburzeń odżywiania w trakcie i po leczeniu (Lee i in., 2018; Pellizzer, Waller, Wade, 2018).

Występowanie powiązań między obrazem ciała a symptomami zaburzeń odżywiania było także przedmiotem rozważań teoretycznych. Przykładowo w podejściu poznawczym, reprezentowanym m.in. przez C.G. Fairburna (2013), obraz ciała jest traktowany jako czynnik transdiagnostyczny dla zaburzeń odżywiania, jak i występowania ich symptomów o subklinicznym nasileniu. Wspomniany badacz ten wpisuje nadmierne zaabsorbowanie i niezadowolenie z kształtu sylwetki i masy ciała w psychopatologiczny rdzeń specyficznych zaburzeń odżywiania. Należy także podkreślić, iż w przypadku takich zaburzeń, jak żarłoczość psychiczna i jadłowstręt psychiczny, obawy związane z masą ciała i kształtem sylwetki, nadmierne zaabsorbowanie obrazem ciała oraz kontrolą jego wymiarów, a także przypisywanie nadmiernego znaczenia obrazowi ciała w dokonywanej samoocenie są wymaganymi symptomami dla postawienia rozpoznania, zaś w odniesieniu do zaburzeń z napadami objadania się są one częstymi objawami występującymi w przebiegu tych zaburzeń (Gałecki, Szulc, 2023; *World Health Organization*, 2024). Powiązania pomiędzy negatywnym obrazem ciała a występowaniem zaburzeń odżywiania zdają się być tak znaczące, że wysunięto nawet

propozycję, aby zaklasyfikować zaburzenia odżywiania, w których zakłócenia związane z obrazem ciała są kluczowe (jadłowstręt psychiczny, żarłoczość psychiczna) do nowej grupy zaburzeń, tj. zaburzeń obrazu ciała (Phillipou, Castle, Rossell, 2018). Kontynuując analizę przywołanej powyżej koncepcji obrazu ciała jako czynnika transdiagnostycznego warto zauważyć, iż w ramach tego podejścia zakłada się, że dysfunkcyjny schemat samooceny i negatywny stosunek wobec obrazu ciała stanowią zasadniczy czynnik rozwoju symptomów zaburzeń odżywiania (Fairburn, 2013; Lampard i in., 2013). Do innych czynników transdiagnostycznych wymienianych w ramach omawianego podejścia zalicza się trudności w zakresie regulacji emocji i nastroju, obniżoną samoocenę, perfekcjonizm dotyczący Ja oraz trudności interpersonalne (Lampard i in., 2013). Na gruncie tej koncepcji opracowano jedną z wiodących psychoterapeutycznych metod leczenia dla wszystkich kategorii zaburzeń odżywiania. Ów program terapeutyczny w jednym ze swoich modułów (moduł obraz ciała) koncentruje się na roli przeceniania znaczenia masy ciała i kształtu sylwetki dla samooceny i behawioralnych ekspresji nadmiernego zaabsorbowania tymi zagadnieniami (Dalle Grave, Calugi, 2018).

Do obrazu ciała jako istotnego czynnika w etiopatogenezie zaburzeń odżywiania odnoszą się także koncepcje socjokulturowe. W ramach tych koncepcji analizuje się społeczno-kulturowe standardy atrakcyjności i rozpowszechniane wzorce dotyczące masy ciała i kształtu sylwetki, a także sposoby ich osiągania i/lub kształtowania. Nierealistyczne wymagania dotyczące obrazu ciała, społecznie i kulturowo konstruowane oraz przekazywane przez media, rodzinę i rówieśników, są doświadczane przez jednostkę jako presja do ich osiągania. Owe nierealistyczne standardy mogą być także internalizowane, a zatem stanowić punkt odniesienia zarówno dla celów wizerunkowych jednostki, jak i czynionych przez nią porównań społecznych związanych z obrazem ciała (Thompson i in., 1999; Stice, Nemeroff, Shaw, 1996).

Odczuwana presja społeczna, zinternalizowane wzorce i dokonywane porównania społeczne powiązane są z postawami i zachowaniami odnoszącymi się do obrazu ciała i jedzenia. Powiązania te są kluczowe dla wyjaśnień wywodzących się z teorii socjokulturowych zaburzeń odżywiania (Matsumoto, Rodgers, 2020). W badaniach prowadzonych w ramach wspomnianego podejścia wykazano istnienie korelacji pomiędzy zaburzeniami odżywiania i występowaniem nieuporządkowanego jedzenia a poziomem odczuwanej presji społeczno-kulturowej związanej z obrazem ciała (Stice, Shaw, 2010), internalizacją ideałów ciała i ideałów piękności (ang. *ideal-body internalization*) (Espinoza i in., 2019; McLean, Paxton, 2019), internalizacją ideału szczupłej sylwetki (ang. *thin-ideal internalization, internalization*

of beauty ideals) (Thompson, Stice, 2001; Stice, Shaw, 2010 Flament i in., 2012, Klimek i in., 2018; Schaefer, Burke, Thompson, 2019), internalizacją ideału umięśnionej sylwetki (ang. *muscular-ideal internalization*) (Flament i in., 2012, Klimek i in., 2018), obaw związanych z obrazem ciała (ang. *body image concerns*) (Gowers, Shore, 2001; Rodgers, Melioli, 2016; Rodgers, 2016), a także innych fenomenów opracowywanych w ramach konstruktów teoretycznych uwzględnianych w tym podejściu (Rodgers, 2016; McLean, Paxton, 2019).

Powyższej wymienione koncepcje koncentrują się na poszukiwaniu i wyznaczaniu czynników ryzyka dla rozwijania zaburzeń odżywiania. Niejako przeciwstawne podejście odnaleźć można w rozważaniach odnoszących się do zaburzeń odżywiania w kontekście czynników ochronnych, sprzyjających rozwojowi i utrzymywaniu prawidłowych postaw wobec obrazu ciała i jedzenia. Jedną z ram teoretycznych wpisujących się w wyjaśnienia skoncentrowane na czynnikach ochronnych jest konstrukt pozytywnego obrazu ciała (ang. *positive body image*). Jest on rozumiany jako postawa charakteryzująca się akceptacją, szacunkiem i pozytywnym wartościowaniem własnego obrazu ciała oraz krytyczną perspektywą wobec nierealistycznych i szkodliwych przekazów społecznych oraz presji dotyczącej wzorców i standardów atrakcyjności, a także angażowaniem się w zaspokajanie potrzeb związanych z ciałem i w podejmowanie zdrowych zachowań (Avalos, Tylka, Wood-Barcalow, 2005; Halliwell, 2015; Matsumoto, Rodgers, 2020). Jednym z kluczowych aspektów pozytywnego obrazu ciała jest pozytywne wartościowanie/ docenianie ciała (ang. *body appreciation*) definiowane jako akceptacja ciała, utrzymywanie pozytywnego nastawienia i szacunku do niego oraz odrzucanie promowanych przez media ideałów wyglądu jako jedynej formy piękna człowieka (Avalos, Tylka, Wood-Barcalow, 2005). Z kolei w badaniach wykazano, że poziom doceniania ciała jest pozytywnie związany ze wskaźnikami dobrostanu psychicznego, takimi jak: optymizm, poczucie własnej wartości, proaktywne radzenie sobie, pozytywny afekt, satysfakcja z życia, subiektywne szczęście i inteligencja emocjonalna (Tylka, 2019). Owo docenianie ciała jest powiązane również z mniejszym nasileniem nieprawidłowości związanych z zachowaniami jedzeniowymi (Baceviciene, Jankauskiene, 2020; Linardon i in., 2022), a także z podejmowaniem jedzenia intuicyjnego (Halliwell, 2015).

Innym szeroko rozpowszechnionym podejściem teoretycznym wykorzystywanym w rozważaniach nad zaburzeniami odżywiania, nieuporządkowanym jedzeniem oraz obrazem ciała jest teoria uprzedmiotowienia (ang. *objectification theory*) (Calogero, 2012; Matsumoto, Rodgers, 2020). Teoria ta w odniesieniu do zaburzeń odżywiania zaczęła być stosowana do analizy sytuacji kobiet i dziewcząt w kontekście instrumentalnego wykorzystywania

wizerunków ich ciał, a także seksualizowania ciała kobiecego w przekazach społeczno-kulturowych. W ramach teorii tej zakłada się, że kobiety są socjalizowane do spostrzegania swoich ciał jako obiektów podlegających ciągłej obserwacji i ocenie przez mężczyzn. Taki sposób traktowania ciała jest następnie internalizowany i skutkuje samouprzedmiotowieniem, a więc tendencją do przyjmowania perspektywy obserwatora wobec własnego ciała oraz ewaluowania swojego ciała w oderwaniu od wieloaspektowej podmiotowości cielesności (Fredrickson, Roberts, 1997; Calogero, 2012; Matsumoto, Rodgers, 2020). Wówczas tzw. perspektywa obserwatora (ang. *observer's perspective*) jest więc przejmowana i uwewnętrzniana w odniesieniu do siebie przez osoby doświadczające seksualizacji i uprzedmiotowienia. Przyjęcie owej postawy i perspektywy powiązane jest ze wspomnianym procesem samouprzedmiotowienia i rozwijaniem samoświadomego monitorowania ciała (ang. *self-conscious body monitoring*). Samoobserwacja rozumiana jest w omawianej teorii jako czujne monitorowanie ciała, a w wielu opracowaniach i projektach badawczych określana jako prowadzenie/sprawowanie nadzoru nad obrazem ciałem czy też stałe monitorowanie swojego wyglądu (ang. *self-surveillance* lub *body surveillance*) (Calogero, 2012; Matsumoto, Rodgers, 2020), mimo że autorki teorii w tekście źródłowym używają określenia (ang. *habitual body monitoring*), które można przetłumaczyć jako nawykowe monitorowanie ciała (Fredrickson, Roberts, 1997). W teorii tej założono ponadto, że samouprzedmiotowienie powiązane z samoobserwacją ciała prowadzi do doświadczania wstydu związanego z ciałem, lęku związanego z wyglądem, zakłóceń w doświadczaniu stanu *flow*, a także zaburzeń w zakresie świadomości pobudzeń płynących z ciała i związanych z traktowaniem własnego ciała przedmiotowo. Jednocześnie stwierdzono, że zjawiska te są czynnikami ryzyka dla problemów ze zdrowiem psychicznym i seksualnym, w tym zaburzeń odżywiania (Fredrickson, Roberts, 1997; Calogero, 2012). Omawiana teoria, z uwagi na swoją społeczno-kulturową charakterystykę, współdzieli liczne konstrukty teoretyczne z podejściem socjokulturowym, np. internalizację społeczno-kulturowych standardów piękna (por. Moradi, Dirks, Matteson, 2005; Daniel, Bridges, 2010; Dakanalis, Riva, 2013). Warto jednak zaznaczyć, iż pojawiły się pewne trudności we wdrażaniu opisywanej teorii do badań prowadzonych w grupie heteroseksualnych mężczyzn (Daniel, Bridges, 2010) – wyniki badań nie są jednoznaczne; istnieje zatem potrzeba dalszych badań w tym zakresie (Calogero, 2012; Schaefer, Thompson, 2018). Trudności takich nie napotkano implikując założenia teorii uprzedmiotowienia wobec grupy mężczyzn homoseksualnych (Matsumoto, Rodgers, 2020). Zgodnie z teorią uprzedmiotowienia, wyższe wyniki samouprzedmiotowienia u kobiet i mężczyzn homoseksualnych (niż w grupie mężczyzn heteroseksualnych) stanowią wyraz dążenia do utrzymania satysfakcjonującego i przyjemnego

wyglądu ciała dla (innych) mężczyzn, co powiązane jest ze społeczno-kulturowymi uwarunkowaniami dotyczącymi płci. Co więcej, zdaje się, że mężczyźni czujący się uprzedmiotowieni przez kobiety reagują odmiennie od kobiet i mężczyzn czujących się uprzedmiotawianymi przez mężczyzn (Calogero, 2012). Wnioski wywodzone z niektórych wyników badań prowadzonych w grupie lesbijek wpisują się w tak sformułowane wyjaśnienia, choć doniesienia te nie są spójne i niekiedy wzajemnie się wykluczają (por. Kozee, Tylka, 2006 vs. Hill, M. S., Fischer, A. R. (2008). Poza orientacją seksualną warto byłoby także uwzględnić znaczenie społeczno-kulturowych uwarunkowań związanych z płcią, a co za tym idzie, także tożsamości płciowej i roli płciowej.

Teoria uprzedmiotowienia jest dobrze ugruntowana w badaniach nad opisywanymi konstruktami wśród osób nieheteronormatywnych (Wiseman, Moradi, 2010; Calogero, 2012; Matsumoto, Rodgers, 2020), a co znaczące dla niniejszego opracowania, jest ona także coraz częściej wykorzystywana w projektach badawczych prowadzonych wśród osób transpłciowych. Wyniki wywodzone z tych projektów wskazują na wyższy poziom uprzedmiotowienia ciała i powiązanego z nim nadzoru nad ciałem w grupie osób transpłciowych w porównaniu do osób cispłciowych (w tym nieheteroseksualnych osób cispłciowych) (Comiskey, Parent, Tebbe, 2020; Strübel, Sabik, Tylka 2020; Meneguzzo i in., 2024).

Niejednokrotnie dowiedziono, iż osoby zmagające się z zaburzeniami odżywiania przejawiają większe niezadowolenie ze swojego ciała, przeżywają więcej nieprzyjemnych emocji w związku ze swoim ciałem, prezentują także liczne zniekształcenia poznawcze związane z oceną swojego wizerunku niż osoby bez takiej diagnozy (Brytek-Matera, 2008; Schier, 2009; Kobierecka, 2012; Nitsh i in., 2012). Jednocześnie obserwuje się, że osoby transpłciowe częściej niż cispłciowe zmagają się z zaburzeniami odżywiania (Grammer i in., 2021), w USA rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania (odnotowanych w ciągu życia) wynosi 10,5 procent dla mężczyzn transpłciowych i 8,1 procent dla kobiet transpłciowych (Nagata i in., 2020). W badaniach nad obrazem ciała, zaburzeniami odżywiania i nieuporządkowanym jedzeniem we wspomnianej grupie osób transpłciowych podejmowano próby syntezy teorii uprzedmiotowienia z teoriami socjokulturowymi. Potwierdzono m in. to, że w grupie trans kobiet poziom uwewnętrznienia społeczno-kulturowych ideałów wyglądu kobiet jest dodatnio związany z prowadzeniem nadzoru nad ciałem (ang. *body surveillance*) i poziomem wstydu z powodu ciała (ang. *body shame*), zaś wstyd z powodu ciała powiązany jest ze zwiększonym nasileniem zaburzeń odżywiania, a także zamiarem skorzystania z zabiegów medycyny

estetycznej (Comiskey, Parent, Tebbe, 2020). Wykazano także, że tożsamość płciowa różnicuje kształt powiązań pomiędzy internalizacją społeczno-kulturowych ideałów wyglądu, monitorowania ciała, porównywania wyglądu, wstydu ciała i nasilenia depresji (Strübel, Sabik, Tylka, 2020).

W projekcie badań własnych zmierzano także ku ustaleniu, czy obraz ciała badanych osób transpłciowych może być modyfikowany przez typ transpłciowości i etap tranzycji. Poza wcześniej wymienionymi teoriami również wyjaśnienia wywodzące się z podejścia dotyczącego tożsamości społecznej (ang. *social identity approach*) pozwalają ująć w ramy teoretyczne powiązania wykazywane pomiędzy obrazem ciała a zaburzeniami odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia. Co więcej, ów zbiór teorii umożliwia wyjaśnienie tego, jak typ transpłciowości czy etap tranzycji różnicują badanych pod względem ich obrazu ciała. Podejście odnoszące się do tożsamości społecznej bywa określane jako teoria tożsamości społecznej (por. Scheepers, Ellemers, 2019; Matsumoto, Rodgers, 2020), niemniej jednak w bardziej szczegółowych opracowaniach teoria tożsamości społecznej (ang. *Social Identity Theory*) (SIT) wraz z teorią samoidentyfikacji (ang. *Self-Categorisation Theory*) (SCT) stanowią elementy współtworzące podejście dotyczące tożsamości społecznej, określane także paradygmatem tożsamości i zachowań międzygrupowych. (ang. *paradigm of identity and intergroup behavior*) (Cruwys, 2013; Trepte, Loy, 2017). W dalszej części tego opracowania pojęcia: *teoria tożsamości społecznej* i *podejście dotyczące tożsamości społecznej* będą używane wymiennie w odniesieniu do nurtu integrującego teorię tożsamości społecznej i teorii samoidentyfikacji. Omawiane podejście odnosi się nie tylko do procesów społecznych związanych z zachowaniami grupowymi, ale także do poznawczych i emocjonalnych wyjaśnień dotyczących funkcjonowania Ja (Cruwys, 2013). Podejmowane zachowania, jak i przyjmowane postawy, zależne są od tożsamości jednostki. W ramach referowanego podejścia zakłada się, że tożsamość składa się z elementów tożsamości społecznej uzależnionej od przynależności do określonych grup, jak i elementów tożsamości indywidualnej, wyróżniające Ja spośród wszystkich innych. W zależności od charakteru sytuacji, w której jednostka się znalazła, jej zachowanie będzie motywowane przez procesy tożsamości społecznej lub osobistej. Ponadto obie składowe tożsamości mogą być znaczące w danej sytuacji i wyzwać zachowanie motywowane przez dynamiczną interakcję obu rodzajów procesów (Trepte, Loy, 2017). Istotnym składnikiem omawianej teorii są procesy poznawcze, które leżą u jej podstaw, tj. dokonywanie kategoryzacji i porównań społecznych, a więc kojarzenie tego, co jest podobne, oraz oddzielanie tego, co uznawane za odmienne. Powstawanie reprezentacji poznawczych

grup społecznych jest efektem dokonywanej przez jednostkę kategoryzacji. Najprostsza procedura kategoryzacyjna skutkuje zazwyczaj pojawieniem się reprezentacji grupy “własnej” (zwykle faworyzowanej) i grupy “obcej” (zwykle deprecjonowanej). Możliwe jest także ewentualne rozpoznanie wszelkich istniejących grup jako “obcych” i przyjęcie roli “outsidera” (Wojciszke, 2002; Scheepers, Ellemers, 2019). Owo faworyzowanie “swojej” grupy i deprecjonowanie grupy “obcej” motywowane jest chęcią autowaloryzacji i powiązane jest z zakładanym w tym podejściu dążeniem do uzyskania pozytywnej tożsamości społecznej, jak i osobistej. Pozytywna tożsamość społeczna związana jest z przynależnością do wysoko waloryzowanych grup; przynależność ta jest ważnym źródłem samooceny oraz zaspokajania potrzeb pewności i sensu (Wojciszke, 2002; Trepte, Loy, 2017). Znacząca większość współczesnych społeczeństw jest ustrukturyzowana poprzez kategoryzowanie w odniesieniu do płci, bowiem kategoria ta jest łatwo dostępna poznawczo (Johar i in., 2003; Stroessner i in., 2010), a podstawowe determinanty procesów kategoryzacji związanych z płcią są uniwersalne kulturowo (Weißflog, Grigoryan, 2024). W społeczeństwie zachodnim doświadczanie tożsamości jest silnie powiązane z płcią, zaś grupy płciowe stanowią ważne punkty odniesienia dla procesów autoewaluacyjnych podejmowanych przez osoby (Matsumoto, Rodgers, 2020). Istotne dla dokonywanych kategoryzacji związanych z płcią są (Weißflog, Grigoryan, 2024): cechy wyglądu twarzy, cechy związane z ekspresją płciową powiązane z wyglądem zewnętrznym, a także zawód/wykonywana profesja. Kategoryzacja odnosząca się do cech wyglądu często oparta jest o biologiczne komponenty płci i doświadczana bywa przez jednostki jako oczywista (Brannon, 2002). Płeć fenotypowa jest wymiarem odnoszącym się do cech wyglądu uznawanych za męskie lub kobiece (Dulko, 2002). Posiadanie owych określonych cech wyglądu umożliwia otoczeniu społecznemu skategoryzowanie jednostki i przyporządkowanie jej do określonej kategorii płciowej, zaś jednostkę wiedzie ono ku niezakłóconemu identyfikowaniu się z kategorią płciową zgodną z doświadczaną płcią, zarówno w ramach tożsamości indywidualnej, jak i społecznej (por. Jackson, 1992; Simpkins, 2014; Weißflog, Grigoryan, 2024). Szczególnie wyraźnie zależności pomiędzy kategoryzacją płciową a obrazem ciała uwidaczniają się w grupie mężczyzn, bowiem posiadanie odpowiedniej muskulatury i elementów “męskiego wyglądu” umożliwia osiągnięcie statusu “bycia mężczyzną” (Calogero, Thompson, 2010). Także podstawowe cechy męskości hegemonicznej, poza wyznacznikami związanymi z funkcjonowaniem psychologicznym, odnoszą się do muskularności i szczupłości (Franko i in., 2015; Gattario i in., 2015). Jednocześnie w przypadku, gdy cechy płciowe jednostki (np. typ sylwetki) nie pozwalają na łatwe przypisanie jej do grupy kobiet lub mężczyzn, obserwuje się tendencję do określania płci

takiej osoby jako męskiej (Simpkins, 2014; Weißflog, Grigoryan, 2024). W oparciu o powyższe informacje i referowaną teorię można wnioskować, że obraz ciała będzie pozostawał w zależności z płcią, identyfikacją płciową i podejmowanymi rolami płciowymi.

Założenie dotyczące różnicującego oddziaływania typu transpłciowości na obraz ciała może być podparte doniesieniami odnoszącymi się do różnic międzypłciowych w tym zakresie. W badaniach, w których nie różnicowano sposobu określania tożsamości płciowej wykazano bowiem, że w przypadku kobiet odnotowuje się większe zaabsorbowanie wyglądem; jest on także w tej grupie bardziej znaczący dla dokonywanej globalnej samooceny i poczucia własnej wartości. Warto zauważyć, iż także związek pomiędzy dokonywaniem porównań społecznych a niezadowoleniem z obrazu ciała jest silniejszy u kobiet niż w grupie mężczyzn (Myers, Crowther, 2009). Co więcej, mężczyźni charakteryzują się bardziej pozytywnym wartościowaniem ciała/docenianiem ciała (Tiggemann, 2015). Różnice międzypłciowe w zakresie komponentów obrazu ciała, czynników go determinujących, jak i konsekwencji przyjmowania określonych postaw wobec obrazu ciała były wykazywane w licznych projektach badawczych prowadzonych w różnorodnych podejściach teoretycznych (por. Calogero, Thompson, 2010; Murnen, 2011; Murnen, Don, 2012; Grogan, 2021). Wspomniane różnice międzypłciowe w kulturach zachodnich wynikają między innymi z bardziej elastycznych wzorców i ideałów ciała u mężczyzn oraz z faktu, że ciała mężczyzn są stosunkowo bardziej cenione za ich kompetencje, nie zaś za walory estetyczne (w przeciwieństwie do ocen formułowanych wobec ciała kobiecego) (Tiggemann, 2015). Opiswane zależności wykazano także w badaniach włączających osoby transpłciowe do grupy badanych. Przykładowo w badaniach R. Mofradidoost i A. Abolghasemi (2020) dowiedziono, że obawy związane z obrazem ciała były wyższe w grupie osób z kobiecą tożsamością płciową (w porównaniu do osób z męską tożsamością płciową) niezależnie od tego, czy były to osoby cispłciowe czy transpłciowe, zaś najwięcej obaw związanych z obrazem ciała ze wszystkich badanych grup wykazywały kobiety transpłciowe. Zauważono także, iż kobiety transpłciowe odczuwają niezadowolenie wobec większej liczby elementów swojego ciała niż transpłciowi mężczyźni (Fisher i in., 2013), zaś cechy wyglądu, wobec których odczuwane jest niezadowolenie, różnią się ze względu na płeć (Becker i in., 2016; van de Grift i in., 2016a; van de Grift i in., 2016b). Transpłciowe kobiety, częściej niż transpłciowi mężczyźni, angażują się w zachowania mające na celu kontrolowanie ciała i wyglądu (ang. *body checking*) (Vocks i in., 2009). Co więcej, czynniki ryzyka dla zdrowia psychicznego, związane z obrazem ciała, są różne u transpłciowych mężczyzn i transpłciowych kobiet - trans kobiety narażone są na

internalizację ideału szczupłości, zaś trans mężczyźni na rozwijanie dążenia do muskularności wynikającego z doświadczania niezadowolenia związanego z muskulaturą. Warto również nadmienić, że w grupie osób transpłciowych dążenie do społeczno-kulturowych ideałów i wzorców związanych z wyglądem może być znacznie utrudnione (w porównaniu z grupą osób cispłciowych) ze względu na posiadanie przez te osoby cech płciowych związanych z płcią oznaczoną przy urodzeniu (Jones i in., 2016). Płeć osób trans różnicuje także sam przebieg procesu tranzycji (np. przyjmowane substancje w ramach terapii hormonalnej), a więc oddziałuje również na zakładane rezultaty związane z obrazem ciała i zmianami w obrębie cech płciowych. Także efekty tranzycji hormonalnej dla funkcjonowania psychospołecznego jednostek różnią się w zależności od typu transpłciowości, choć różnice te są trudne do jednoznacznego ustalenia (Manieri i in. 2014; Nobili, Glazebrook, Arcelus, 2018). Niemniej jednak zarówno wśród trans kobiet, jak i trans mężczyzn niezadowolenie z obrazu ciała jest powiązane z dysforią płciową, a procedury i działania wpisujące się w proces tranzycji płciowej wiążą się z poprawą w zakresie obrazu ciała i satysfakcji z obrazu ciała (Jones i in., 2016).

Należy również zaznaczyć, iż wykazano (Owen-Smith i in., 2018), że w grupie osób transpłciowych zgodność obrazu ciała z płcią doświadczaną oraz satysfakcja z obrazu ciała były wyższe, a nasilenie depresji i lęku niższe wśród osób, które przeszły bardziej zaawansowaną tranzycję medyczną (stosowały terapię hormonalną i poddały się zabiegom chirurgicznym) w porównaniu do osób, które doświadczyły mniej rozległej tranzycji medycznej (stosowały tylko terapię hormonalną) lub w ogóle nie podejmowały tranzycji medycznej. Osoby transpłciowe, które poddały się operacjom korekty płci (w porównaniu z grupą nie operowaną) wykazywały także wyższy poziom zadowolenia z obrazu ciała, jak również wyżej oceniały jakość swojego życia (Simbar i in., 2018). Stosowanie terapii hormonalnej w grupie osób transpłciowych nie tylko wiąże się z poprawą zadowolenia z obrazu ciała i zmniejszeniem dyskomfortu odnoszącego się do obrazu ciała (Manieri i in., 2014; Corda, 2016), ale także wpływa na polepszenie poczucia własnej wartości, redukcję objawów depresji oraz lepszą ocenę jakości życia, szczególnie w jej psychologicznych aspektach (Gorin-Lazard i in., 2013).

Przykładowo, przebycie zabiegu rekonstrukcji klatki piersiowej w grupie transpłciowych kobiet jest powiązane z mniejszym nasileniem objawów zaburzeń odżywiania, a zależność ta jest silnie pośredniczona przez satysfakcję z obrazu ciała (Testa i in., 2017). Także w polskich badaniach potwierdzono, że wyższe zadowolenie z ciała charakteryzuje osoby transpłciowe, które doświadczyły interwencji chirurgicznych uzgodnienia płci niż osoby, które takich interwencji nie podejmowały. Ponadto wyższe zadowolenie z ciała odnotowano w

grupie osób transpłciowych stosujących hormonoterapię w okresie dłuższym niż trzy miesiące w porównaniu z grupą, która podlegała temu oddziaływaniu w czasie krótszym niż owe trzy miesiące (Cysarz i in., 2008). Wspomniana różnica może wynikać z faktu, iż po upływie trzech miesięcy obserwuje się zazwyczaj pierwsze oczekiwane skutki hormonalnej terapii, takie jak zmiany owłosienia lub zmiany w obrębie narządów płciowych. Stosowanie hormonoterapii przez osoby transpłciowe powiązane jest także z poziomem stresu odnotowywanym w tej grupie: osoby transpłciowe stosujące hormonoterapię charakteryzują się niższym poziomem stresu niż osoby transpłciowe, które jej nie stosują, co prawdopodobnie powiązane jest z obrazem ciała i nasileniem odczuwania dysforii (Gerymski, Gaworska, 2023).

W projekcie badań własnych założono także, iż zadowolenie z obrazu ciała badanych może być różnicowane przez zmienne psychologiczne, do których zaliczono doświadczane przez te osoby poczucie winy i wstyd, jak również przez spostrzegane przez nie wsparcie społeczne.

Zarówno poczucie winy, jak i wstyd zaliczane są do emocji samoświadomościowych, które powiązane są z procesami autoewaluacyjnymi dokonywanymi przez jednostkę (Tracy i Robins, 2004; Tracy i Robins, 2006; Lewis, 2007). Obraz ciała jest rozumiany jako uwewnętrzniony obraz nas samych, tak więc na poziomie symbolicznym dokonywana ocena Ja jednostki lub też zachowań przez nią podejmowanych będą odnosiły się do jej uwewnętrzonego wizerunku w postaci obrazu ciała (Hägglund, Piha, 1980). Granice ciała i jego obraz w pewnym stopniu wyznaczają granice Ja. Jednocześnie odczuwanie wstydu wyraża się częstokroć poprzez zakrywanie twarzy lub chęć zniknięcia, schowania swojego ciała (Młynarska-Jurczuk, 2016). Co więcej, wstyd można czuć w sytuacji wyobrażonej, w której to obraz ciała współtworzy wyobrażanie podmiotu i pozwala zidentyfikować się i niejako uczestniczyć w sytuacji, która ów wstyd ewokuje (Adamczyk, 2017).

Postulowaną w opisywanym projekcie badawczym zależność można wyjaśniać w oparciu o dowiedzione przez innych badaczy związki między poczuciem winy i wstydem a samooceną oraz poczuciem własnej wartości, co zdaje się być uzasadnione przez wspólny autoewaluacyjny charakter tych zjawisk (Budiarto, Helmi, 2021; Piotrowski i in., 2023). Jak wykazano w badaniach podłużnych prowadzonych w grupie dzieci w wieku 6-7 lat, niska samoocena stanowi predyktor rozwoju niezadowolenia z obrazu ciała oraz stopnia internalizacji społecznych ideałów związanych z wyglądem (Nichols i in., 2018). Samoocena jest związana z niezadowoleniem z obrazu ciała i nadmiernym zaabsorbowaniem obrazem ciała, a także występowaniem symptomów zaburzeń odżywiania (Brytek-Matera, Czepczor, 2017; Lantz i

in., 2018). Wykazano także, że w grupie kobiet (bez względu na poziom samooceny) zadowolenie z obrazu ciała obniża się w odpowiedzi na ekspozycję na obrazy prezentujące ideały szczupłej sylwetki. Należy jednak zaznaczyć, iż tylko w grupie kobiet o niskiej samoocenie prezentowanie przeciętnych sylwetek powoduje wzrost zadowolenia z obrazu ciała (Price i in., 2024). Niezadowolenie z obrazu ciała stanowi również czynnik ryzyka dla obniżonego nastroju i niskiej samooceny zarówno u dziewcząt, jak i chłopców w okresie dorastania (Paxtone i in., 2006).

Stosunek jednostki do obrazu ciała może być także przedmiotem poczucia winy i wstydu, lub też emocje te mogą stanowić element postawy wobec obrazu ciała. Poczucie winy odnoszące się do obrazu ciała (ang. *body image guilt*) odróżnia się od wstydu związanego z obrazem ciała (ang. *body image shame*) zgodnie z konceptualizowaniem tych emocji zaproponowanym w modelach atrybucji intra- i interpersonalnej. Poczucie winy odnośnie do obrazu ciała dotyczy niespełniania własnych standardów i motywuje do podejmowania zachowań naprawczych, np. forsownych ćwiczeń czy postów, wstyd natomiast związany jest z nieosiąganiem standardów społecznych i dokonywaniem porównań z innymi osobami, a jego odczuwanie wzbudza motywację do ukrywania przedmiotu tej emocji, co może się wyrażać pod postacią rezygnacji z czynności związanych z ekspozycją ciała w sytuacjach społecznych (Tangney, 1995 za: Thompson, Dinnel, Dill, 2003). Wspomniane rozróżnienie między wstydem a poczuciem winy odnośnie do obrazu ciała znajduje swoje uzasadnienie także w koncepcji tożsamości społecznej, bowiem poczucie winy i wstyd są związane z innymi aspektami tożsamości – wstyd odnosi się do społecznego, zaś poczucie winy do indywidualnego aspektu tożsamości (Thompson, Dinnel, Dill, 2003). Zarówno skłonność do doświadczania poczucia winy, jak i wstydu koreluje z symptomami zaburzeń odżywiania, w tym z niezadowoleniem z obrazu ciała oraz z obawami dotyczącymi obrazu ciała. Jednakże skłonność do odczuwania wstydu jest pozytywnie związana z symptomami zaburzeń odżywiania, tj. z obawami dotyczącymi obrazu ciała i niezadowoleniem z obrazu ciała, podczas gdy skłonność do doświadczania poczucia winy koreluje negatywnie z tymi objawami (Sanftner i in., 1995). Co istotne, wykazano również, iż zarówno wysoki poziom wstydu, jak i poczucia winy, a także niski poziom dumy mogą wzmacniać zależność pomiędzy poziomem doświadczanego lęku związanego z wyglądem a występowaniem symptomów zaburzeń odżywiania (Sandoval-Araujo, Pennesi, Levinson, 2024). Wstyd odczuwany w związku z obrazem ciała oraz poczucie winy dotyczące ciała są również podstawowymi konstruktami w teorii uprzedmiotowienia. Emocje te rozwijają się w konsekwencji nawykowego

monitorowania ciała i jednocześnie są czynnikami ryzyka dla stanu zdrowia psychicznego (Calogero, Pina, 2011; Calogero i in., 2012). Istnienie opisywanych powiązań potwierdzono m.in. w grupie kobiet, jednakże ustalenia dotyczące różnicującego oddziaływania płci na zależność pomiędzy emocjami świadomościowymi a obrazem ciała nie są jednoznaczne (Gilchrist i in., 2020). W metanalizie, do której włączono badania uwzględniające udział mniejszości seksualnych, wykazano umiarkowane, pozytywne korelacje pomiędzy wstydem związanym z obrazem ciała a samouprzedmiotowaniem, a także między niezadowoleniem z ciała a samouprzedmiotowaniem. Zależności te były istotne dla zarówno dla osób identyfikujących się jako przynależące do mniejszości seksualnej, jak i dla niedeklarujących takiej przynależności (Saunders i in., 2024). Wstyd związany z obrazem ciała jest także determinowany przez internalizację ideału szczupłej sylwetki w efekcie dokonywania porównań społecznych w zakresie wyglądu, a także przez negatywny stosunek wobec obrazu ciała w interakcji z globalną samooceną (Markham, Thompson, Bowling, 2005). W badaniach prowadzonych wśród kobiet zmagających się z zaburzeniami odżywiania oraz w grupie nieklinicznej wykazano, że wzrost tzw. wstydu zewnętrznego (ang. *external shame*; odnoszącego się do wyobrażenia jednostki o tym, jak jest oceniana przez innych) wiąże się z nasileniem dążenia do uzyskania szczupłej sylwetki. Relacja ta występowała niezależnie od przynależności do grupy klinicznej i była modyfikowana przez współczucie dla samej siebie (Ferreira, Pinto-Gouveia, Duarte, 2013). Wstyd i poczucie winy związane z ciałem są pozytywnie i istotnie powiązane z częstością objawów depresyjnych, natomiast samoocena modyfikuje tę zależność w sposób już różny dla poczucia winy i wstydu (Brunet, 2019). W referowanym tu projekcie badawczym pomiar poczucia winy i wstydu odnosił się do emocji rozumianych jako osobowościowa tendencja do ich przeżywania, czy też skłonność do reagowania tymi stanami afektywnymi – nie mierzono poziomu tych stanów afektywnych doświadczanych wobec obrazu ciała. Niemniej jednak w badaniach wykazano, że sama ogólna skłonność do odczuwania wstydu jest powiązana z poczuciem winy i wstydem związanym z obrazem ciała, zaś skłonność do doświadczania poczucia winy wiązała się z wstydem odczuwanym w odniesieniu do obrazu ciała (Crocker i in., 2014). Uzyskane wyniki badań w znacznej mierze potwierdziły model procesowy zaproponowany przez J. Tracy i R. Robinsa (2004; 2006), choć nie wszystkie zależności pomiędzy poczuciem winy i wstydem a określonymi atrybucjami zostały potwierdzone jako zgodne z modelem procesowym (Crocker i in., 2014).

Poczucie winy oraz wstyd mogą być także powiązane z obrazem ciała poprzez spostrzeganie przez daną jednostkę zachowań zdrowotnych w kategoriach moralnych. Jedną z postaw wobec zdrowia jest *healthism* charakteryzowany jako *postawa przejawiająca się w nadmiernej koncentracji na zdrowiu (kult zdrowia, obsesja zdrowia) zakładająca, że zdrowie można osiągnąć przez wysiłek i samodyscyplinę z przesadną koncentracją na doskonaleniu ciała, kształtowaniu jego masy i rozmiarów* (Kubińska, Pańczuk, Ławnik, 2016, s. 76). Typowa dla tej postawy koncentracja na obrazie ciała wynika z utożsamiania dbałości o zdrowie z dbałością o ciało – zewnętrzne piękno i atrakcyjność mają świadczyć o osiąganym i utrzymywanym dobrostanie oraz zdrowiu. Postawa ta podkreśla znaczenie odpowiedzialności za własne zdrowie i moralny wymiar podejmowania określonych działań prozdrowotnych lub antyzdrowotnych (Michalska, Kukuła, 2017). *Healthism* powiązany jest z pojęciem biomoralności, a więc postawy mogącej stanowić podstawę ewaluacji własnych działań w aspekcie ich wymiaru etycznego. W skrajnych formach postawa etyczna określana mianem biomoralności redukuje złożoną sferę rozwoju i funkcjonowania etycznego człowieka do kategorii zdrowia i dobrostanu (Dudek, 2018; Majewska, 2024). *Zachowania odnoszące się do naszej fizyczności są przenoszone na zachowania dotyczące naszej moralności* (Majewska, 2024, s. 162). Należy tu zaznaczyć, iż emocje samoświadomościowe są także określane mianem emocji moralnych lub też emocji posiadających implikacje moralne (por. Danieluk, 2006; Strus, 2010; Weiner, 2012; Klebaniuk, 2018), powstających w konsekwencji przekroczenie norm, standardów i zasad wyznawanych przez jednostkę, bądź tych obowiązujących w jej otoczeniu społecznym, także w odniesieniu do zdrowia i dobrostanu. Można więc przyjąć założenie, iż zależność pomiędzy poczuciem winy i wstydem a obrazem ciała może być wyjaśniana poprzez przyjmowanie postaw *healthismu* i biomoralności oraz utożsamianie zdrowia i dobrostanu z atrakcyjnością, a także synonimiczne traktowanie przez daną jednostkę dbałości o zdrowie i dbałości o ciało.

W projekcie badań własnych założono także, że wsparcie społeczne będzie różnicowało badanych pod względem obrazu ciała.

Wyniki badań nad jakością życia związaną z obrazem ciała (ang. *body image quality of life*) potwierdziły, że jest ona powiązana ze wsparciem społecznym zarówno u kobiet, jak i mężczyzn (Cash, Jakatdar, Williams, 2004). W grupie nastoletnich dziewcząt stwierdzono natomiast wzrost zarówno poziomu spostrzeganego wsparcia społecznego, jak i satysfakcji z obrazu ciała w wyniku uczestniczenia w rówieśniczych grupach wsparcia (Steese i in., 2006). Wsparcie społeczne zostało także włączone do modelu odporności związanej z obrazem ciała

(ang. *body image resilience*). Ten model teoretyczny dotyczy czynników chroniących przed rozwinięciem niezadowolenia z obrazu ciała. Wsparcie społeczne powiązane jest z trzema (z pięciu wyszczególnionych w modelu) czynnikami ochronnymi. Pierwszy czynnik stanowi wsparcie ze strony rodziny pochodzenia (ang. *family of origin support*); drugi czynnik to satysfakcja z roli płciowej (ang. *gender role satisfaction*; odnosi się ona do akceptacji i wsparcia ze strony rówieśników). Trzecim zaś czynnikiem jest poczucie holistycznej równowagi i dobrostanu (ang. *sense of holistic balance and wellness*) powiązane ze wsparciem ze strony innych osób znaczących. Czynniki te przyczyniają się do rozwijania pozytywnego obrazu siebie w kontekście fizyczności, który to pozytywny obraz (wraz z wykształceniem adaptacyjnych sposobów radzenia sobie) stanowi kolejny czynnik ochronny ujęty w teoretycznym modelu odporności związanej z obrazem ciała u dziewcząt i kobiet, zaproponowanym przez L. H. Choate (2005).

Zależności pomiędzy obrazem ciała a wsparciem społecznym, wraz z innymi zmiennymi, takimi jak np. depresyjność, samoocena, jakość życia, były weryfikowane w grupach osób będących w sytuacjach zwiększonego zapotrzebowania na zasoby w zakresie radzenia sobie z wyzwaniami i problemami wynikającymi z sytuacji życiowych powiązanymi z zagrożeniem dla stanu zdrowia i/lub szeroko rozumianego dobrostanu (por. Spatuzzi i in., 2016; Pereira i in., 2017; Ajoudani, Jasemi, Lotfi, 2018; Moradi i in., 2020; Scandurra i in., 2022). Spostrzegane wsparcie społeczne okazało się być powiązane z obrazem ciała w grupie kobiet leczonych chirurgicznie w związku z rakiem piersi. Potwierdzono w tej grupie, że pozytywna ocena w zakresie wsparcia społecznego, szczególnie ze strony rodziny i osoby znaczącej, pozwala lepiej radzić sobie z psychologicznymi efektami zabiegów chirurgicznych (Spatuzzi i in., 2016). Także w grupie mężczyzn z nowotworem prostaty zależność pomiędzy nasileniem negatywnego stresu związanego z obrazem ciała a występowaniem objawów depresji była modyfikowana przez spostrzegane wsparcie społeczne, ale tylko te płynące ze strony przyjaciół (Scandurra i in., 2022). Wykazano także, że w grupie osób zmagających się z nowotworem skóry osoby z niską jakością życia wykazywały mniejsze spostrzegane wsparcie społeczne oraz więcej obaw związanych z obrazem ciała (Pereira i in., 2017). Z kolei w przypadku osób ze stomią obraz ciała i spostrzegane wsparcie społeczne, wraz ze spostrzeganym nasileniem stresu, wyjaśniały 54 procent zmienności w zakresie występowania objawów depresji (Moradi i in., 2020). Ponadto warto nadmienić, iż wśród osób, które doświadczyły poważnych oparzeń wykazano, że w ciągu pierwszego roku po tych zdarzeniach obraz ciała i poziom uczestnictwa w życiu społecznym były ze sobą powiązane i dobrze

wzajemnie się prognozowały, co wiedzie ku przekonaniu, iż wysoki poziom uczestnictwa w życiu społecznym jest potrzebny do kształtowania się wysokiego zadowolenia z obrazu ciała i odwrotnie. Obraz ciała modyfikował także zależność pomiędzy spostrzeganym wsparciem społecznym a uczestnictwem w życiu społecznym do roku po doświadczeniu oparzenia w tej grupie (Ajoudani, Jasemi, Lotfi, 2018).

Mimo że transpłciowość w najnowszych klasyfikacjach nie jest uznawana za chorobę czy zaburzenie to jednak przynależność osób transpłciowych do grupy mniejszościowej oraz zmaganie się z procesem tranzycji wiążą się ze zwiększonym zapotrzebowaniem na zasoby do radzenia sobie, w tym również do radzenia sobie z nierzadko doświadczaną przez osoby transpłciowe dyskryminacją i transfobią, co szeroko omawia się w ramach modelu stresu mniejszościowego (Coleman i in., 2022). Model ten oraz jego implikacje badawcze i praktyczne do zagadnień związanych ze zdrowiem i dobrostanem osób transpłciowych opisano w części teoretycznej tego opracowania (por. rozdział dot. transpłciowości). Ponadto osoby transpłciowe i różnorodne płciowo, w porównaniu z osobami cispłciowymi, doświadczają mniej wsparcia społecznego. Prawidłowość ta została również potwierdzona w badaniach analizujących wsparcie otrzymywane w relacji rodzice-dzieci: osoby transpłciowe otrzymują mniej wsparcia ze strony swoich rodziców w porównaniu ze swoim nie-transpłciowym rodzeństwem (Factor, Rothblum, 2007). Co więcej, osoby przynależące do tej grupy mniejszościowej doświadczają więcej przemocy rówieśniczej i częściej są wiktyimizowane (Factor, Rothblum, 2007; Muchicko, Lepp, Barkley, 2014). Jednocześnie to właśnie w omawianej grupie wykazano, że spostrzegane wsparcie społeczne jest predyktorem występowania symptomów depresyjnych; osoby transpłciowe wysoko oceniające swoje zasoby w zakresie wsparcia społecznego były najmniej narażone na doświadczanie symptomów depresji (Boza, Nicholson Perry, 2014; Wang i in., 2018). Na podstawie dokonanego przeglądu badań dotyczących doświadczania wsparcia społecznego przez osoby transpłciowe, różnorodne płciowo i niebinarne można wnioskować również, że wsparcie społeczne w tej grupie jest powszechnie zgłaszane jako czynnik ochronny dla zdrowia psychicznego i dobrostanu (w szczególności: spostrzegane rodzinne rówieśnicze wsparcie społeczne) (Dowers i in., 2020). S. L. Budge, J. L. Adelson, i K.A.S. Howard (2013) w konkluzjach wyników swoich badań wskazują, że zwiększenie wsparcia społecznego i redukcja strategii radzenia sobie opartej o unikanie może stanowić niebagatelny czynnik wpływający na poprawę zdrowia psychicznego osób transpłciowych.

Ponadto jednym z celów projektu badań własnych jest weryfikacja założenia, iż w grupie osób transpłciowych symptomy zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia mogą pozostawać w związku z typem transpłciowości, etapem tranzycji, ale także z doświadczanym przez badanych poczuciem winy i wstydu oraz spostrzeganym wsparciem społecznym.

Płeć rozpatrywana zarówno w kontekście jej komponentów biologicznych, jak i odnoszona do tożsamości i roli płciowej, jest powiązana z występowaniem symptomów zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia (Behar, de la Barrera, Michelotti, 2001; Hepp, Spindler, Milos, 2005; Culbert, Sisk, Klump, 2021; Breton, Juster, Booij, 2023). Chociażby opisywana wcześniej dysproporcja pomiędzy występowaniem zaburzeń odżywiania pomiędzy grupą mężczyzn a kobiet wskazuje na istnienie powyższej zależności. Także w grupie osób określających swoją tożsamość płciową jako odmienną od płci nadanej przy urodzeniu różnica ta pozostaje znacząca. Osoby transpłciowe binarne i niebinarne są od 2 do 4 razy bardziej narażone na ryzyko wystąpienia objawów zaburzeń odżywiania w porównaniu z osobami cisplciowymi (Diemer i in. 2015; Gordon i in., 2021). Wykazano, że transpłciowe kobiety (w porównaniu z transpłciowymi mężczyznami) przejawiają więcej symptomów zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia oraz częściej doświadczają niepokoju związanego z jedzeniem (Schvey i in., 2020; Nowaskie i in., 2021). Co ciekawe, do odmiennych rezultatów w swojej metaanalizie doszła S. M. Rasmussen wraz z zespołem (2023) wykazując, że to mężczyźni transpłciowi przejawiają wyższy poziom występowania symptomów zaburzeń odżywiania w porównaniu z grupą transpłciowych kobiet. Nie tylko typ transpłciowości czy też płeć oznaczona przy urodzeniu jest powiązana z ryzykiem wystąpienia zaburzeń odżywiania, ale także sposób określania swojej tożsamości płciowej, bowiem u osób o niebinarnej tożsamości płciowej prawdopodobieństwo postawienia diagnozy z grupy zaburzeń odżywiania było 3,16 razy większe niż prawdopodobieństwo postawienia takiej diagnozy u osób określających swoją tożsamość płciową w sposób binarny (Diemer i in., 2018). Także rola i ekspresja płciowa jest powiązana z częstością występowania symptomów zaburzeń odżywiania w grupie osób transpłciowych (Vinitchagoon, Wongpipit, Phansuea, 2023). Wskazywane zależności pomiędzy biologicznymi komponentami płci a zaburzeniami odżywiania odnoszą się w znacznej części do wpływu gospodarki hormonalnej na zachowania jedzeniowe (por. Culbert, Sisk, Klump, 2021). Warto więc w grupie osób transpłciowych przyjmujących hormonalną terapię maskulinizującą lub feminizującą rozpatrywać tę kwestię szczegółowo, nie utożsamiając biologicznych aspektów płci z płcią nadaną przy urodzeniu. W rezultacie

przeprowadzonego przeglądu badań nie odnaleziono opracowań systematycznie eksplorujących te zagadnienia.

W niniejszym projekcie badawczym założono także, że etap tranzycji i spostrzegane wsparcie społeczne są czynnikami różnicującym osoby transpłciowe pod względem występowania symptomów zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia. R. Gordon, L. B. Moore i C. Guss (2021) próbując wyjaśnić podwyższone ryzyko występowania ryzykownych zachowań związanych z kontrolą masy i kształtu ciała (w tym ryzykownych zachowań jedzeniowych) w grupie osób transpłciowych zaproponowali konceptualny model ryzyka i ścieżek ochronnych, w którym czynniki związane z afirmacją płcią stanowią istotne składowe tego modelu. W modelu wyróżniono czynniki powiązane z występowaniem symptomów zaburzeń odżywiania, nieuporządkowanego jedzenia i innych ryzykownych zachowań dotyczących kontroli nad kształtem i masą ciała, tj. niezadowolenie z ciała, dystres psychologiczny oraz utrudniony dostęp do afirmujących płęć oddziaływań medycznych. Autorzy modelu postulują, że wysokie zapotrzebowanie na oddziaływania wchodzące w zakres tranzycji medycznej wraz z ich niską dostępnością zwiększają prawdopodobieństwo rozwijania ryzykownych zachowań zmierzających do uzyskania zmian tranzycyjnych; jednocześnie podkreślają oni znaczenie wsparcia społecznego i innych zasobów wzmacniających rezyliencję (Gordon, Moore, Guss 2021). Wspomniani autorzy odnieśli się do trzech podejść teoretycznych: socjokulturowego modelu ryzyka zaburzeń odżywiania, teorii stresu mniejszościowego i ram teoretycznych odnoszących się do afirmacji płci. Socjokulturowy model ryzyka zaburzeń odżywiania (bardziej szczegółowo opisywany powyżej) odnosi się do wzorców społecznych związanych z wyglądem i powiązany jest z satysfakcją z obrazu ciała. Osoby transpłciowe, zgodnie ze swoją tożsamością płciową, internalizują przekazy społeczne związane z atrakcyjnością i odczuwają presję związaną z osiąganiem społecznych ideałów szczupłości i muskularności (por. Moradi, 2010; Strübel, Sabik, Tylka, 2020). Co więcej, osoby przynależące do mniejszości seksualnych (w tym osoby różnorodne płciowo) internalizują społeczne wzorce dotyczące wyglądu oraz odczuwają presję związaną z wyglądem specyficzną dla grupy mniejszościowej, do której przynależą. Ta specyficzna presja związana jest ze standardami i ideałami obowiązującymi w danej społeczności, jak i stereotypowymi wyobrażeniami społecznymi dotyczącymi danej grupy mniejszościowej (Gordon i in., 2019). Dążenie do osiągania tych specyficznych płciowo ideałów i standardów w grupie osób transpłciowych będzie nakładało się na dążenia do uzyskiwania zgodności płciowej (ang. *gender congruence*) – wyglądu zgodnego z odczuwaną płcią. W oparciu o wyniki badań

jakościowych wykazano, iż część osób transpłciowych relacjonuje nakładanie się na siebie niezgodności płciowej oraz oceny kształtów i masy ciała jako czynników powiązanych z niezadowoleniem z ciała, np. opisując pragnienie bycia szczuplejszym, aby wydawać się bardziej „kanciastym” i męskim (McGuire i in., 2016). Działania wpisujące się w ramy tranzycji płci będą więc powiązane z symptomami zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia. Wykazano, że 63 procent badanych osób transpłciowych podejmuje zachowania nakierowane na manipulację wagą w celu uzyskania zmian tranzycyjnych, a 11 procent trans mężczyzn podejmowało takie zachowania, aby zatrzymać menstruację. Jednakże, co ciekawe, podejmowanie takich działań w celach tranzycyjnych nie przekłada się w prosty sposób na zwiększone ryzyko zaburzeń odżywiania (Avila, Golden, Aye, 2019). Z drugiej zaś strony, dostęp do medycznej tranzycji płci, hormonalnej terapii zastępczej (Jones i in., 2018; Nowaskie i in., 2021), jak i zabiegów oraz operacji chirurgicznych afirmujących płeć (Testa i in., 2017; Nowaskie i in., 2021) jest czynnikiem ochronnym i/lub czynnikiem redukującym ryzyko związane z manifestowaniem się symptomów zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia. Jednakże wyniki badań w tym zakresie nie są spójne, bowiem przykładowo M. Loria z zespołem (2024) wykazali, że u osób, które przebyły tranzycję medyczną ryzyko zdiagnozowania zaburzeń odżywiania wzrasta u kobiet transpłciowych, zaś maleje w grupie trans mężczyzn. Niemniej jednak wyniki te także potwierdzają istnienie postulowanej zależności pomiędzy etapem tranzycji a symptomami zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia.

W ramach teorii stresu mniejszościowego związanego z płcią zakłada się, że w grupie osób różnorodnych płciowo stres psychiczny wynikający z doświadczanej transfobii, unieważniania tożsamości płciowej, jak i dyskryminacji może prowadzić do nieprzystosowawczych mechanizmów radzenia sobie, takich jak podejmowanie zachowań jedzeniowych wpisujących się w obraz kliniczny zaburzeń odżywiania. Wśród badanych osób transpłciowych doświadczanie stygmatyzacji wiąże się z częstszym podejmowaniem zachowań takich jak: stosowanie restrykcji żywieniowych, objadanie się lub prowokowanie wymiotów (Compte i in., 2020; Santoniccolo, Rollè, 2024). Jednocześnie poczucie przynależności rodzinnej i szkolnej oraz wsparcie społeczne zmniejszają prawdopodobieństwo występowania tych zachowań (badani zgłaszali nieprawidłowe zachowania żywieniowe z ostatniego roku przed badaniem). Skonstatowano, że osoby charakteryzujące się wysokim poziomem doświadczanej stygmatyzacji i niskim poziomem występowania czynników ochronnych miały

wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia zachowań związanych z zaburzeniami odżywiania (Watson, Veale, Saewyc, 2017).

Wsparcie społeczne jest czynnikiem powiązaniem z wystąpieniem i/lub nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia, zarówno w sposób pozytywny, jak i negatywny. Zależność tę szczególnie dobrze udowodniono w grupie dzieci i adolescentów w odniesieniu do rodzinnego i rówieśniczego wsparcia społecznego (Leonidas, Dos Santos, 2014; Kirsch i in., 2016; Langdon-Daly, Serpel, 2017; Tan i in., 2024; Rachmawati i in., 2024). Oddziaływanie wsparcia społecznego na zdrowie emocjonalne i podejmowanie określonych zachowań żywieniowych potwierdzono także w badaniach prowadzonych w paradygmacie neuropsychologicznym. Oddziaływanie to było różne w zależności od płci, bowiem w grupie kobiet wykazano, że poziom wsparcia społecznego jest powiązany z aktywnością neuronalną związaną z kontrolą hamującą, istotnością emocji, myśleniem samoreferencyjnym i wrażliwością na nagrody, a także stanowi predyktor przejadania się (Xiao i in., 2023). Wsparcie społeczne jest także istotne w procesie zdrowienia osób zmagających się z zaburzeniami odżywiania. W oparciu o doniesienia badawcze postuluje się włączanie do programów terapeutycznych oddziaływań mających na celu dostarczenie dyskutowanego tu wsparcia społecznego, które poprzez zwiększanie nadziei na wyzdrowienie, zmniejszenie stygmatyzacji związanej z zaburzeniami odżywiania czy też buforowe oddziaływanie na istniejące stresory może przyczyniać się do poprawy w zakresie zdrowienia (Linville i in., 2012; Ramjan i in., 2024). Wykazano także, że wsparcie uzyskiwane od rówieśników, którzy sami zmagali się z zaburzeniami odżywiania w przeszłości, może być szczególnie pomocny w procesie zdrowienia (LaMarre i in., 2024). Jednocześnie wsparcie społeczne może mieć także negatywne oddziaływanie na proces zdrowienia w zależności od jego rodzaju, źródła i dopasowania (Linville i in., 2012; Ramjan i in., 2024). Ze względu na występowanie specyficznych uwarunkowań wsparcia społecznego wśród osób transpłciowych (Dowers i in., 2020) zasadnym było zweryfikowanie tej zależności w opisywanej grupie. Uwarunkowania związane z dostępnością wsparcia społecznego powiązane są z poczuciem przynależności. Siła, z jaką osoba identyfikuje się jako jednostka transpłciowa, a także znaczenie, jakie owa jednostka przypisuje transpłciowości w konstruowaniu swojej tożsamości są pozytywnie i pośrednio powiązane z jej dobrostanem, a zależność ta jest w pełni mediowana przez poczucie przynależności do społeczności osób trans (Barr, Budge, Adelson, 2016). Zależność zachodząca pomiędzy wsparciem społecznym a występowaniem i nasileniem symptomów odżywiania była wykazywana także w grupie osób transpłciowych. W grupie tej deklarowane doświadczenie

stygmatyzacji było dodatnio powiązane z występowaniem objadania się, głodzeniem się i prowokowaniem wymiotów. Natomiast weryfikowane czynniki ochronne (sposstrzegane wsparcie społeczne, więzi rodzinne, więzi szkolne i sposstrzeganie przyjaciół jako troskliwych) były negatywnie powiązane z występowaniem zachowań wpisujących się w obraz kliniczny zaburzeń odżywiania (np. objadanie się i prowokowanie wymiotów było negatywnie powiązane z posiadaniem bliskich więzów rodzinnych i szkolnych oraz wsparcia społecznego) (Watson, Veale, Saewyc, 2017). Jednakże w dokonanym przeglądzie literatury polskojęzycznej nie odnaleziono projektu badawczego weryfikującego istnienie i kształt tej zależności w próbie osób transpłciowych.

Także skłonność do doświadczania emocji samoświadomościowych, takich jak wstyd i poczucie winy, było weryfikowane jako powiązane z symptomami zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia. W licznych opracowaniach udokumentowano zależność między wstydem a występowaniem i nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania (doniesienia dotyczące zależności poczucia winy z występowaniem tych symptomów są niejednoznaczne i mniej liczne) (por. Sanftner i in., 1995; Cavallera i in., 2016; Blythin i in., 2020; Nechita, Bud, David, 2021). Należy podkreślić, iż zaleca się uwzględnianie poczucia winy i wstydu w oddziaływaniach terapeutycznych u osób z zaburzeniami odżywiania (por. Goss, Allan, 2009; Pietrabissa i in., 2018). Zależności te, jak i zalecenia, formułowano także w oparciu o wyniki badań jakościowych (Oluyori, 2014).

Poziom winy i wstydu związanego z zachowaniami żywieniowymi pozwala przewidywać nasilenie symptomów zaburzeń odżywiania (Burney, Irwin, 2000; Wayda-Zalewska i in., 2021). Również wstyd i poczucie winy odnoszące się do obrazu ciała (ang. *body image shame and guilt*) wiążą się z nasileniem symptomów omawianych zaburzeń (Burney, Irwin, 2000; Pietrabissa i in., 2018; Nechita, Bud, David, 2021). Ponadto wstyd i poczucie winy powiązane są z autoewaluacją oraz relacjami interpersonalnymi. Nieprawidłowości w tej sferze, a także kliniczny perfekcjonizm oraz niskie poczucie własnej wartości są czynnikami podtrzymującymi objawy zaburzeń odżywiania (Fairburn, Cooper, Shafran, 2003).

Kolejna istotna kwestia podjęta w projekcie badań własnych odnosiła się do weryfikacji powiązań pomiędzy poczuciem winy i wstydem badanych a typem transpłciowości i etapem tranżycji.

J. Burney oraz J. Irwin (2000), analizując niespójne wyniki swoich badań, zwrócili uwagę na niejasność dotyczącą tego, czy różnice w poczuciu winy i wstydzie między osobami z zaburzeniami odżywiania a osobami bez takich zaburzeń są efektem, czy też przyczyną tych

problemów. Przy założeniu, że różnice te mogą stanowić przyczynę, możliwe byłoby wsparcie związku niskiej samooceny z nieprawidłowościami jedzeniowymi (Lampard i in., 2013), ponieważ samoocena jest ściśle powiązana z emocjami samoświadomościowymi (Budiarto, Helmi, 2021). W takim kontekście transpłciowość mogłaby stanowić czynnik ryzyka wystąpienia symptomów zaburzeń odżywiania. Osoby transpłciowe bowiem podlegają specyficznym czynnikom, takim jak piętno społeczne, strach przed oceną, dyskryminacja, zinternalizowana transfobia czy stres mniejszościowy, które silnie wpływają na ich doświadczenia wstydu i poczucia winy. Emocje te są w tej grupie szczególnie intensywne (Giordano, 2018; Raza, Jabeen, 2022; Cascalheira, Choi, 2023; Babu i in., 2024).

Zwrócono uwagę na to, że osoby transpłciowe mogą doświadczać wstydu zarówno w sytuacjach dostosowywania się do tradycyjnych norm płciowych i tłumienia swojej tożsamości płciowej, jak i w kontekście jej akceptacji. W tym drugim przypadku wstyd był powiązany z przekonaniami dotyczącymi negatywnych postaw społecznych wobec osób transpłciowych. Przekonania te stanowią rezultat wcześniejszych negatywnych doświadczeń społecznych, w tym doświadczenia złego traktowania związanego z tożsamością płciową. Tego rodzaju doświadczenia sprzyjają internalizacji wstydu związanego z płcią, co może prowadzić do interpretowania różnorodnych zdarzeń społecznych przez pryzmat tożsamości płciowej oraz do rozwoju tzw. nadmiernej czujności na odrzucenie z powodu tożsamości płciowej (ang. *hypervigilance for rejection due to gender identity*) (Cooper i in., 2020). W rezultacie, wzmożona wrażliwość na odrzucenie może istotnie ograniczać dostęp do pozytywnych doświadczeń społecznych. W związku z tym postuluje się, aby w programach terapeutycznych i praktykach psychologicznych skierowanych do osób transpłciowych uwzględniać specyfikę doświadczania wstydu i poczucia winy oraz związane z nimi mechanizmy psychologiczne (Schaefer, Wheeler, 2004; Petrocchi i in., 2016).

Sytuacje społeczne i powiązane z nimi emocje samoświadomościowe w różny sposób kształtują się i oddziałują na transpłciowe kobiety i na transpłciowych mężczyzn. K. Babu i współpracownicy (2024) udowodnili, że transpłciowe kobiety osiągają wyższe średnie wyniki (w porównaniu do wyników transpłciowych mężczyzn) w pomiarze zinternalizowanego wstydu oraz strachu przed negatywną oceną. Co więcej, natężenie owych emocji okazało się być predyktorem nasilenia lęku społecznego w tej grupie. Badacze wykazali, że trans kobiety częściej doświadczają niepokoju i dyskomfortu podczas wystąpień publicznych, prowadzenia rozmów z osobami płci przeciwnej, czatowania z nieznajomymi, a także podejmowania kontaktów z osobami dzierżącymi władzę. Konkludując należy podkreślić, iż badacze zalecają

uwzględnianie różnic pomiędzy kobietami a mężczyznami identyfikującymi się jako osoby transpłciowe w planowanych oddziaływaniach profilaktycznych i terapeutycznych (Babu i in., 2024).

Istnienie różnic w natężeniu wstydu związanego z tożsamością płciową odnotowano także pomiędzy grupą osób transpłciowych identyfikujących się jako mężczyźni a grupą osób niebinarnych. Osoby niebinarne charakteryzowały się mniejszym natężeniem wstydu związanego z tożsamością płciową. Zastosowana w badaniach podskala służąca do pomiaru wstydu *oceniała poziom niepokoju spowodowanego przekonaniem, że jest się osobą "niezwykłą" lub moralnie "złą" z powodu swojej transpłciowości* (Guimaoutdinov, Tram, 2021, s. 524). Taki sposób konceptualizowania wstydu pozwala także na wysunięcie przypuszczenia, że osoby badane różniły się również pod względem poczucia winy związanego z tożsamością płciową. Osoby niebinarne (w porównaniu z trans mężczyznami) zgłaszały także mniej obaw odnośnie do zgodności wyglądu z płcią odczuwaną i prawidłowym identyfikowaniem płci przez otoczenie, a także osiągały wyższe wyniki w zakresie dumy odczuwanej z powodu tożsamości płciowej (Guimaoutdinov, Tram, 2021). Przytoczone informacje zdają się wspierać postulowaną w projekcie badań własnych tezę dotyczącą różnicowania natężenia poczucia winy i wstydu przez typ transpłciowości.

Typ transpłciowości w autorskim projekcie badawczym odnosi się do płci, z jaką identyfikuje się osoba transpłciowa biorąca udział w badaniu. Można założyć, że osoba taka, poza oddziaływaniami specyficznymi dla grupy osób transpłciowych, będzie podlegała także psychospołecznym i kulturowym oddziaływaniom związanym z płcią (np. stereotypizacje płciowe). Wykazano bowiem, że wobec osób transpłciowych stosowane są stereotypy płciowe odnoszące się do cispłciowych kobiet i mężczyzn (Howansky i in., 2019). W szczególności zbieżne z ciskobiecymi okazały się stereotypy i oczekiwania związane z rolami płciowymi, formułowane wobec transpłciowych kobiet, np. odnośnie do wykonywanego zawodu i cech charakteru, takich jak opiekuńczość (Gazzola, Morrison, 2014). Warto także odnotować, iż stereotypowo kobiety są określane jako osoby doświadczające silniejszego poczucia winy, wstydu i zażenowania, natomiast mężczyźni jako bardziej skorzy do odczuwania dumy (Plant i in., 2000). Role płciowe i stereotypy płci powiązane są również z oczekiwaniami dotyczącymi doświadczania oraz ekspresji wstydu i poczucia winy przez osoby danej płci. Nastawienie prospołeczne, wysoka świadomość własnych obowiązków, troskliwość, wysoka wrażliwość interpersonalna, większa zależność od opinii innych i nastawienie na uzyskiwanie i podtrzymywanie miłości to charakterystyki wpisujące się w kobiecy stereotyp płci i rolę

płciową (Ferguson, Eyre, 2000). T. J. Ferguson i H. L. Eyre (2000) zwracają uwagę na to, że tak właśnie skonstruowany społeczny wizerunek kobiecości powiązany jest ze społecznym oczekiwaniem, że to właśnie kobiety będą bardziej skłonne do przeżywania oraz okazywania poczucia winy i wstydu.

W badaniach nieuwzględniających rozróżnienia pomiędzy osobami cisplciowymi a transplciowymi również odnotowano zróżnicowany wpływ płci na doświadczanie winy i wstydu. Różnice te wydają się mieć charakter kulturowo specyficzny i są powiązane z internalizacją ról płciowych. W metaanalizie obejmującej uczestników o zróżnicowanym pochodzeniu etnicznym istotne różnice w zakresie tych emocji zaobserwowano jedynie wśród osób białych oraz osób o nieokreślonym pochodzeniu etnicznym. W ramach tej samej metaanalizy wykazano ponadto, że różnice międzypłciowe były najbardziej wyraźne w odniesieniu do emocji samoświadomościowych związanych z funkcjonowaniem seksualnym, jedzeniem oraz postrzeganiem własnego ciała (Else-Quest i in., 2012).

W referowanym projekcie badawczym założono również, że etap tranzycji będzie różnicował badanych pod względem poczucia winy i wstydu. Podczas procesu tranzycji zachodzą znaczące zmiany w funkcjonowaniu emocjonalnym osób transplciowych, jak i wykorzystywanych przez te osoby mechanizmach radzenia sobie (ang. *coping mechanism*). W wartych przytoczenia badaniach opisujących dynamikę tego procesu wykorzystano wywiad (półustrukturyzowany) i wyznaczono trzy fazy tranzycji, tj. okres przed tranzycją, w trakcie tranzycji i po tranzycji. Etap przed tranzycją wiązał się z mechanizmami radzenia sobie opartymi o unikanie, zarówno w wymiarze poznawczym, jak i behawioralnym. Emocjonalne trudności tej fazy odnosiły się do trzech zasadniczych kategorii: 1) braku kontroli związanej z odczuwanymi emocjami oraz z możliwością zarządzania procesem tranzycji; 2) braku nadziei na dobrą przyszłość, a także 3) doświadczania specyficznych, nieprzyjemnych emocji. *Uczestnicy opisali swoje emocje w następujący sposób: depresja, myśli samobójcze, nieszczęście, smutek, płaczliwość, dyskomfort, zwątpienie w siebie, niepewność, strata, samotność, obawa, ból, lęk, trauma, dezorientacja, upokorzenie, wstyd, poczucie winy, zniechęcenie, bezwartościowość, porażka, wyczerpanie, frustracja, gniew, ból, oderwanie, beznadzieja, obojętność, strach, przerażenie i obrzydzenie* (Budge i in., 2013, s. 617). Kolejna faza tranzycji charakteryzowała się wzajemnym przenikaniem się doświadczeń trudnych oraz pozytywnych, wynikających z afirmacji płci. W okresie tym trudności emocjonalne fazy przedtranzycyjnej utrzymywały się (choć nieco odmiennie się wyrażały); w znacznej mierze dotyczyły one obaw i doświadczeń związanych z kontaktami interpersonalnymi i

funkcjonowaniem społecznym. W analizowanej fazie zidentyfikowano trzy nowe kategorie opisów odnoszących się do funkcjonowania emocjonalnego uczestników badania. Były to: 1) postrzeganie tego właśnie okresu tranzycji jako najbardziej obciążającego emocjonalnie etapu – uczestnicy opisywali ten czas jako szczególnie trudny psychicznie; 2) doświadczanie negatywnych emocji wobec płci przypisanej przy urodzeniu; oraz 3) cierpienie wynikające z poczucia straty, w dużej mierze powiązane z trudnymi doświadczeniami interpersonalnymi, które pojawiały się w kontekście ujawniania tożsamości płciowej oraz zmian związanych z procesem tranzycji. Jednocześnie 75 procent badanych referowało doświadczanie w tej fazie afirmatywnych, przyjemnych stanów emocjonalnych, takich jak radość lub szczęście (np. wynikające z braku konieczności ukrywania swojej tożsamości płciowej). Mechanizmy radzenia sobie na tym etapie opierały się o unikanie w wymiarze poznawczym i behawioralnym, ale podejmowano także sposoby radzenia sobie określane jako ułatwiające/adaptacyjne (ang. *facilitative-coping*) i wyrażające się w wymiarze poznawczym (np. duchowość i odpowiedzialność za innych) oraz behawioralnym (np. poszukiwanie wsparcia społecznego). W fazie tej czynniki społeczne, takie jak wsparcie społeczne lub odrzucenie, były bardzo znaczące dla funkcjonowania psychicznego osób badanych, a także dla przebiegu procesu tranzycji oraz ryzyka pojawienia się kryzysu psychicznego. Uczestnicy badania bezpośrednio odnosili się do tych kwestii i podkreślali ich ważność szczególnie w tej fazie tranzycji (Budge i in., 2013). Ostatnia wyróżniona faza opisywanego procesu charakteryzowała się znaczną zmianą w zakresie funkcjonowania emocjonalnego: przyjemne, afirmatywne doświadczenia emocjonalne stały się częstsze i bardziej powszechne w narracjach badanych (wyszczególniono tu pięć kategorii tematycznych), natomiast nieprzyjemne doświadczenia emocjonalne były znacznie rzadziej prezentowane (w tej fazie wyróżniono jedynie dwie kategorie z nimi powiązane). Strategie radzenia sobie oparte na unikaniu, obserwowane we wcześniejszych etapach, w niniejszej fazie miały charakter marginalny. Badani określali okres po tranzycji jako najlepszy czas pod względem emocjonalnym, zgłaszając poczucie głębokiego spokoju i komfortu. Efekt ten może być częściowo wyjaśniony przyjętym sposobem klasyfikacji uczestników do fazy posttranzycyjnej. Kryterium to nie odnosiło się wyłącznie do przebycia operacyjnych procedur afirmujących płeć, lecz uwzględniało również osiągnięcie wewnętrznego poczucia komfortu z tożsamością płciową oraz stabilizację w zakresie funkcjonowania emocjonalnego (Budge i in., 2013). Niewątpliwie zależności pomiędzy etapem tranzycji a funkcjonowaniem emocjonalnym (w tym poczuciem winy i wstydem) są złożone i wielowymiarowe. Mimo że poczucie winy i wstyd nie są często eksplorowane w sposób bezpośredni w badaniach nad tranzycją płciową, to ich obecność

sugerowana jest pośrednio poprzez związki z innymi konstruktami teoretycznymi, takimi jak dystres, kongruencja płciowa czy doświadczenie stygmatyzacji (Danieluk, 2006; Adamczyk, 2017; Raza, Jabeen, 2022; Thoma i in., 2023). Tranzycja jest to *proces obejmujący różnorodne oddziaływania (terapia hormonalna, operacje chirurgiczne, zmiany prawne), których celem jest uzyskanie wyglądu ciała i (lub) danych formalnych odpowiadających odczuwanej płci* (Pliczko, Mijas, 2020, s. 263). Można więc zakładać, że etap tranzycji i powiązane z nim zaawansowanie tego procesu przekładać będzie się na zwiększanie kongruencji płciowej (stopień zgodności różnych wymiarów płci) (Thoma i in., 2023), a także większe prawdopodobieństwo prawidłowego rozpoznawania płci danej osoby przez jej otoczenie. Wyższy poziom kongruencji płciowej u osób transpłciowych koreluje z niższym nasileniem objawów zaburzeń zdrowia psychicznego. Z kolei postrzegany postęp tranzycji, rozumiany jako subiektywna ocena przebiegu tego procesu przez daną osobę, wykazuje pośredni, negatywny związek z nasileniem tych objawów (Thoma i in., 2023). Zarówno liczba oddziaływań związanych z tranzycją medyczną (terapia hormonalna afirmująca płeć, zabiegi i operacje chirurgiczne afirmujące płeć), jak i samo zastosowanie owych oddziaływań okazało się być powiązane z redukcją objawów lękowych, depresyjnych oraz stresogennych (Hughto i in., 2020). Warto także zauważyć, iż uwzględniany w niniejszym projekcie badawczym wstyd jest czynnikiem transdiagnostycznym dla zaburzeń psychicznych ujętych w klasyfikacji ICD; potwierdzono również jego powiązania z występowaniem różnorodnej psychopatologii (Adamczyk, 2017). Wykazano ponadto, że wśród osób transpłciowych wstyd pełni funkcję mediatora w relacji pomiędzy doświadczaniem dehumanizacji (np. mikroagresji i uprzedmiotowienia seksualnego) a pogorszeniem stanu zdrowia psychicznego. Dodatkowo stwierdzono, że zarówno samouprzedmiotowienie, jak i zinternalizowana transnegatywność stanowiły istotne predyktory wyższego poziomu odczuwanego wstydu (Cascalheira, Choi, 2023).

Etap tranzycji powiązany jest także ze wstydem odnoszącym się do obrazu ciała. Wyniki badań nad uwarunkowaniami wstydu związanego z obrazem ciała wskazują, że negatywna ocena własnego ciała, poprzez pośrednictwo ogólnej samooceny, stanowi istotny predyktor wyższego poziomu wstydu związanego z postrzeganiem ciała (Markham, Thompson, Bowling, 2005). Co istotne, do predyktorów poczucia własnej wartości u osób z grupy LGBTQ (w tym osób transpłciowych) zalicza się skłonność do wybaczenia sobie oraz skłonność do doświadczania wstydu (Greene, Britton, 2013). Wykazano ponadto, że ocena obrazu ciała, globalna samoocena, porównywanie wyglądu oraz internalizacja ideału szczupłej sylwetki

odpowiadają za wyjaśnianie 62 procent wariancji wstydu związanego z obrazem ciała (Markham, Thompson, Bowling, 2005). W grupie osób transpłciowych poziom kongruencji płciowej związanej z ciałem oraz zadowolenie z obrazu ciała były wyższe w przypadku osób, które podjęły bardziej rozległe działania związane z tranzycją medyczną w porównaniu z osobami, których oddziaływania tranzycyjne były mniej nasilone lub gdy nie podjęto ich wcale (Owen-Smith i in., 2018). Podobne wyniki uzyskano w badaniach dotyczących transpłciowych dzieci i młodzieży, gdzie potwierdzono istotną rolę terapii hormonalnej afirmującej płęć w redukcji niezadowolenia z obrazu ciała (Kuper i in., 2020). Emocje samoświadomościowe związane są nie tylko z postrzeganiem własnego ciała, ale również z jego funkcjonowaniem. W jakościowych badaniach dotyczących doświadczeń dorosłych osób transpłciowych związanych z terapią hormonalną oraz ich poglądów na temat blokowania dojrzewania, wskazano, że erekcje penisa, będące niezgodne z doświadczaną tożsamością płciową, stanowią istotne źródło zażenowania i wstydu, także w okresie dojrzewania (Giovanardi i in., 2019).

Chociaż zmiany tranzycyjne mają na celu dostosowanie cech wyglądu zewnętrznego i ekspresji do tożsamości płciowej, społeczne normy płciowe często mają charakter cisnormatywny, co ogranicza możliwości osiągnięcia i realizowania tych celów przez osoby transpłciowe, mimo podjętych działań tranzycyjnych. Wspomniane ograniczenia w medycznym wymiarze procesu tranzycji wiążą się z obawami dotyczącymi niedopasowania do norm społecznych, doświadczeniem zawstydzania (ang. *shaming*), a także nieprawidłowego rozpoznawania i określania płci przez otoczenie, co określane jest mianem misgenderowania (ang. *misgendering*). W badaniach jakościowych wykazano, że doświadczenia misgenderowania wiązały się z odczuwaniem dystresu, a także pojawianiem się poczucia odpowiedzialności za to, by zapobiegać takim zdarzeniom (Gunn, 2020; Aversa i in., 2022). Do podobnych wniosków doprowadziły badania ilościowe, w których wykazano, że postrzeganie częstotliwości misgenderowania oraz natężenie poczucie stygmatyzacji związanej z misgenderowaniem jest pozytywnie powiązane z dystresem, negatywnym nastawieniem do siebie i swojej tożsamości płciowej, wrogością, poczuciem winy i lękiem, a także poczuciem mniejszej autentyczności w interakcjach społecznych (McLemore, 2015, 2018). Zarówno dystres, jak i nałożona na jednostkę odpowiedzialność związana z dokonywanymi atrybucjami, są związane zarówno ze wstydem, jak i poczuciem winy. W szóstym stadium modelu ujawniania tożsamości płciowej według A. I. Lev (2004, za: Muldner-Nieckowski i in., 2020) wskazuje się na decyzję części osób transpłciowych o funkcjonowaniu społecznych w określonej roli płciowej – zgodnej z ich tożsamością płciową – bez ujawniania swojej

transpłciowości, co określa się mianem pozostawania *stealth* (Lev, 2004, za: Muldner-Nieckowski i in., 2020). Można to powiązać z wynikami metaanalizy badań jakościowych dotyczących dysforii płciowej u osób dorosłych, w której uczestnicy oceniali skuteczność interwencji tranzycyjnych w kontekście prawidłowego rozpoznawania ich tożsamości płciowej przez otoczenie (brak misgenderowania), a także wyrażali obawy związane z możliwością bycia etykietowanymi jako osoby trans, co było dla nich źródłem zawstydzenia (Cooper i in., 2020). Jednocześnie warunkiem *sine qua non* możliwości pozostawania *stealth* są zmiany tranzycyjne przekładające się na poprawne identyfikowanie płciowe osób. W pracy L. C. Schaefer i C. C. Wheeler (2004), stanowiącej opracowanie danych pochodzących m.in. z praktyki klinicznej autorek, zwrócono uwagę na utrzymywanie się tzw. nieprzepracowanego poczucia winy (ang. *unresolved guilt*) u osób, które przeszły operacje afirmujące płęć. W opracowaniu tym podkreślono kwestię ograniczonego wpływu medycznych zabiegów tranzycyjnych na funkcjonowanie psychiczne osób transpłciowych. Zaproponowano także uwzględnienie oddziaływań psychologiczno-terapeutycznych celem uzyskania wielowymiarowych zmian związanych z procesem tranzycji.

W ramach własnego projektu badawczego zdecydowano rozstrzygnąć, czy spostrzegane przez badane osoby transpłciowe wsparcie społeczne jest powiązane z typem transpłciowości oraz etapem tranzycji. Należy przede wszystkim podkreślić, iż wsparciowe interakcje społeczne są w sposób istotny powiązane z płcią. Uwarunkowania płciowe procesów wsparcia społecznego różnicują osoby zarówno pod względem poszukiwania, jak i przyjmowania tegoż wsparcia (Matud i in., 2003), a nawet – jak wykazano w badaniu z udziałem par – w zakresie zdolności do rozpoznawania zmian odnośnie do zapotrzebowania na wsparcie (Neff, Karney, 2005). W brytyjskim badaniu przeprowadzonym wśród osób w średnim wieku wykazano, że mężczyźni dysponują szerszymi sieciami społecznymi niż kobiety, jednak to kobiety charakteryzują się większą liczbą bliskich relacji interpersonalnych (Fuhrer i in., 1999). Różnice międzypłciowe zaobserwowano również w zakresie wsparcia udzielanego i otrzymywanego za pośrednictwem mediów społecznościowych – kobiety, w porównaniu z mężczyznami, zarówno częściej udzielały wsparcia, jak i częściej je otrzymywały (Tifferet, 2020). Również poznawcze schematy związane z postrzeganiem wsparcia społecznego różnicują się ze względu na płęć. Badania nad spostrzeganą dostępnością wsparcia wykazały, że kobiety oceniają ją w sposób bardziej ogólny, natomiast mężczyźni dokonują wyraźnego rozróżnienia pomiędzy wsparciem emocjonalnym a instrumentalnym. Co istotne, uzyskiwanie porad i wskazówek było przez uczestników przypisywane zarówno wsparciu

emocjonalnemu, jak i instrumentalnemu. Źródeł tych różnic upatruje się w procesach socjalizacji oraz odmiennych uwarunkowaniach wynikających z pełnionych ról społecznych.

Zróznicowane pod względem płci wzorce uczestnictwa w interakcjach społecznych, w tym w procesach związanych z udzielaniem i otrzymywaniem wsparcia społecznego, można interpretować w odniesieniu do konstruktów wynikających z ról i stereotypów płciowych, takich jak orientacja sprawcza i wspólnotowa. Orientacja sprawcza, w dużej mierze odpowiadająca stereotypowi męskości, koncentruje się na dominacji, rywalizacji i osiąganiu indywidualnych sukcesów. Z kolei orientacja wspólnotowa, powiązana ze stereotypem kobiecości, obejmuje troskę o relacje interpersonalne, wzajemne wsparcie i dążenie do zapewnienia bezpieczeństwa. Konstrukty te wpływają nie tylko na społeczne oczekiwania wobec osób określonej płci oraz ocenę ich zachowań i postaw, ale również na autopercepcję jednostki i podejmowane przez nią działania (Eagly, Wood, 2012). W metaanalizie teoretycznie osadzonej w ramach teorii ról społecznych autorstwa A. H. Eagly i W. Wood (2012) potwierdzono, że mężczyźni wykazywali wyższą orientację sprawczą, natomiast kobiety częściej prezentowały orientację wspólnotową (Hsu i in., 2021). W konsekwencji orientacje te mają bezpośrednie przełożenie na przebieg i charakter procesów wsparcia społecznego.

Wsparcie społeczne jest zjawiskiem osadzonym w relacji między jednostką a jej otoczeniem społecznym, przy czym charakter tych relacji może różnicować się w zależności od typu transpłciowości. Z badań wynika, że kulturowe stereotypy dotyczące mężczyzn transpłciowych mają bardziej negatywny charakter niż stereotypy odnoszące się do kobiet transpłciowych, przy czym różnice te nie zostały potwierdzone w odniesieniu do osobistych przekonań uczestników badania (Gazzola, Morrison, 2014). W badaniach przeprowadzonych w Polsce przez B. Antoszewskiego, A. Kasielską i J. Kruk-Jeromin (2009) wykazano, że mężczyźni transpłciowi nie byli postrzegani jednoznacznie w sposób stereotypowy przez ogół studentów. Istotne różnice ujawniono jednak w zależności od płci badanych – studenci płci męskiej formułowali bardziej negatywne obrazy osób transpłciowych typu F/M, podczas gdy studentki częściej przypisywały im pozytywne cechy, takie jak mądrość, atrakcyjność czy życzliwość. Pomimo odnotowanej poprawy w zakresie dobrostanu psychicznego po zakończeniu tranzycji zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn transpłciowych, to jednak osoby transpłciowe identyfikujące się jako kobiety częściej raportowały utrzymujące się – a niekiedy nasilające – doświadczenia społeczne o charakterze stygmatyzującym, w tym dyskryminację. Dodatkowo trans kobiety wykazywały wyższy poziom obaw związanych z przewidywaną stygmatyzacją społeczną (ang. *anticipated stigma*) (Veerbeek i in., 2020).

Oprócz czynników wspólnych dla osób transpłciowych i cispłciowych, determinujących dostępność i jakość wsparcia społecznego, istnieją także elementy specyficzne dla populacji osób transpłciowych, takie jak przynależność do grupy mniejszościowej (Dowers i in., 2020). Jednym z kluczowych czynników różnicujących proces wsparcia społecznego jest przebieg tranzycji – znaczenie oraz charakter wsparcia zmieniają się w zależności od etapu, na którym znajduje się dana osoba w kontekście procesu tranzycji. Odmienne postrzegane i doświadczane jest wsparcie społeczne (bądź jego brak) w fazie przedtranzycyjnej, gdy jednostka nie ujawniła jeszcze swojej tożsamości płciowej, a inaczej w fazach tranzycyjnej i potranzycyjnej, kiedy to dochodzi do ujawnienia tożsamości oraz pojawienia się zauważalnych zmian w wyglądzie i ekspresji płciowej (Budge i in., 2013). Istotnym źródłem wsparcia społecznego wśród osób transpłciowych pozostaje rodzina. W przypadku tej grupy mniejszościowej wsparcie rodzinne niejednokrotnie pełni funkcję kluczowego czynnika umożliwiającego dostęp do interwencji afirmujących płeć. Nastawienie rodziców wobec procesu tranzycji medycznej może determinować możliwość jego realizacji, zarówno z uwagi na aspekt ekonomiczny, jak i konieczność uzyskania zgody opiekuna prawnego w przypadku osób niepełnoletnich (Belmont, Cronin, Pepping, 2023; Campbell i in., 2023).

Podsumowując należy przypomnieć, iż główne założenie postulowane w niniejszym projekcie badawczym dotyczy powiązania między obrazem ciała a symptomami zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia w próbie osób transpłciowych (Stice, Shaw, 2002; Neumark-Sztainer, 2006; Stice, Shaw, 2010; Kobierecka, 2012; Nitsh i in., 2012; Fairburn, 2013). Korelacja ta została potwierdzona w licznych projektach badawczych, w literaturze anglojęzycznej także w kontekście osób transpłciowych (Gordon, Moore, Guss, 2021).

Należy jednak zaznaczyć, że postulowany związek może być modyfikowany przez różnorodne czynniki specyficzne i niespecyficzne dla określonych grup, dotyczące uwarunkowań indywidualnych, grupowych i środowiskowych. Zjawisko transpłciowości jest rzadko eksplorowane przez polskich badaczy, stąd brakuje rodzimych opracowań dotyczących powiązań między transpłciowością a zmiennymi uwzględnionymi w projekcie badań własnych.

Jednocześnie zagadnienia związane z tożsamością seksualną, w tym z tożsamością płciową, są znaczącym elementem aktualnie prowadzonych społecznych sporów. Wprowadzenie wiedzy naukowej w miejsce opinii do dialogu społecznego dotyczącego transpłciowości mogłoby pozwolić na konstruowanie bardziej racjonalnych argumentacji i proponowanie efektywniejszych rozwiązań istniejących problemów, do czego niniejszy projekt badawczy może – zdaniem autora – się przyczynić.

2. Pytania i hipotezy badawcze

W związku z omówionymi wcześniej celami opisywanego projektu badawczego postawiono w nim główne pytanie badawcze, odnoszące się do tego, czy w badanej grupie osób transpłciowych istnieje związek między zadowoleniem z obrazu ciała a symptomami zaburzeń odżywiania. W powiązaniu z niniejszym pytaniem sformułowano następujące hipotezy badawcze:

H1: W badanej grupie osób transpłciowych istnieje związek między zadowoleniem z obrazu ciała a symptomami zaburzeń odżywiania.

H0: W badanej grupie osób transpłciowych nie istnieje związek między zadowoleniem z obrazu ciała a symptomami zaburzeń odżywiania.

Uwzględniając opisane w podrozdziale 2.1. przesłanki teoretyczne sformułowano pytania i hipotezy badawcze:

- Czy w badanej grupie osób transpłciowych istnieje powiązanie między zadowoleniem z obrazu ciała a wyróżnionymi w projekcie zmiennymi seksuologicznymi (tj. typ transpłciowości i etap tranzycji)?

H2: W badanej grupie osób transpłciowych istnieje powiązanie między zadowoleniem z obrazu ciała a wyróżnionymi w projekcie zmiennymi seksuologicznymi (tj. typ transpłciowości i etap tranzycji)

H0: W badanej grupie osób transpłciowych nie istnieje powiązanie między zadowoleniem z obrazu ciała a wyróżnionymi w projekcie zmiennymi seksuologicznymi (tj. typ transpłciowości i etap tranzycji)

- Czy w badanej grupie osób transpłciowych istnieje powiązanie między zadowoleniem z obrazu ciała a wyróżnionymi w projekcie zmiennymi psychologicznymi (tj. spostrzegane wsparcie społeczne oraz poczucie winy i wstyd)?

H3: W badanej grupie osób transpłciowych istnieje powiązanie między zadowoleniem z obrazu ciała a wyróżnionymi w projekcie zmiennymi psychologicznymi (tj. spostrzegane wsparcie społeczne oraz poczucie winy i wstyd).

H0: W badanej grupie osób transpłciowych nie istnieje powiązanie między zadowoleniem z obrazu ciała a wyróżnionymi w projekcie zmiennymi psychologicznymi (tj. spostrzegane wsparcie społeczne oraz poczucie winy i wstyd).

- Czy w badanej grupie osób transpłciowych istnieje powiązanie między symptomami zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia a wyróżnionymi w projekcie zmiennymi seksuologicznymi (tj. typ transpłciowości i etap tranzycji)?

H4: W badanej grupie osób transpłciowych istnieje powiązanie między symptomami zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia a wyróżnionymi w projekcie zmiennymi seksuologicznymi (tj. typ transpłciowości i etap tranzycji).

H0: W badanej grupie osób transpłciowych nie istnieje powiązanie między symptomami zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia a wyróżnionymi w projekcie zmiennymi seksuologicznymi (tj. typ transpłciowości i etap tranzycji).

- Czy w badanej grupie osób transpłciowych istnieje powiązanie między symptomami zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia a wyróżnionymi w projekcie zmiennymi psychologicznymi (tj. spostrzegane wsparcie społeczne oraz poczucie winy i wstyd)?

H5: W badanej grupie osób transpłciowych istnieje powiązanie między symptomami zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia a wyróżnionymi w projekcie zmiennymi psychologicznymi (tj. spostrzegane wsparcie społeczne oraz poczucie winy i wstyd).

H0: W badanej grupie osób transpłciowych nie istnieje powiązanie między symptomami zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia a wyróżnionymi w projekcie zmiennymi psychologicznymi (tj. spostrzegane wsparcie społeczne oraz poczucie winy i wstyd).

- Czy w badanej grupie osób transpłciowych istnieje powiązanie między poczuciem winy i wstydem a wyróżnionymi w projekcie zmiennymi seksuologicznymi (tj. typ transpłciowości i etap tranzycji)?

H6: W badanej grupie osób transpłciowych istnieje powiązanie między poczuciem winy i wstydem a wyróżnionymi w projekcie zmiennymi seksuologicznymi (tj. typ transpłciowości i etap tranzycji).

H0: W badanej grupie osób transpłciowych nie istnieje powiązanie między poczuciem winy i wstydem a wyróżnionymi w projekcie zmiennymi seksuologicznymi (tj. typ transpłciowości i etap tranzycji).

- Czy w badanej grupie osób transpłciowych istnieje powiązanie między spostrzeganym wsparciem społecznym a wyróżnionymi w projekcie zmiennymi seksuologicznymi (tj. typ transpłciowości i etap tranzycji)?

H7: W badanej grupie osób transpłciowych istnieje powiązanie między spostrzeganym wsparciem społecznym a wyróżnionymi w projekcie zmiennymi seksuologicznymi (tj. typ transpłciowości i etap tranzycji).

H0: W badanej grupie osób transpłciowych nie istnieje powiązanie między spostrzeganym wsparciem społecznym a wyróżnionymi w projekcie zmiennymi seksuologicznymi (tj. typ transpłciowości i etap tranzycji).

- Czy w badanej grupie osób transpłciowych zmienne psychologiczne (tj. spostrzegane wsparcie społeczne oraz wstyd i poczucie winy) modyfikują związek między zadowoleniem z obrazu ciała a symptomami zaburzeń odżywiania?

H8: W badanej grupie osób transpłciowych zmienne psychologiczne (tj. spostrzegane wsparcie społeczne oraz wstyd i poczucie winy) modyfikują związek między zadowoleniem z obrazu ciała a symptomami zaburzeń odżywiania.

H0: W badanej grupie osób transpłciowych zmienne psychologiczne (tj. spostrzegane wsparcie społeczne oraz wstyd i poczucie winy) nie modyfikują związku między zadowoleniem z obrazu ciała a symptomami zaburzeń odżywiania.

- Czy w badanej grupie osób transpłciowych zmienne seksuologiczne (tj. typ transpłciowości i etap tranzycji) modyfikują związek między zadowoleniem z obrazu ciała a występowaniem symptomów zaburzeń odżywiania?

H9: W badanej grupie osób transpłciowych zmienne seksuologiczne (tj. typ transpłciowości i etap tranzycji) modyfikują związek między zadowoleniem z obrazu ciała a występowaniem symptomów zaburzeń odżywiania.

H0: W badanej grupie osób transpłciowych zmienne seksuologiczne (tj. typ transpłciowości i etap tranzycji) nie modyfikują związku między zadowoleniem z obrazu ciała a występowaniem symptomów zaburzeń odżywiania.

3. Zmienne i model badawczy

Głównym celem opisywanych badań było określenie związku między zadowoleniem z obrazu ciała a występowaniem symptomów zaburzeń odżywiania u osób transpłciowych obu typów na różnym etapie tranzycji. Szczegółowy schemat kontroli zmienności przedstawia

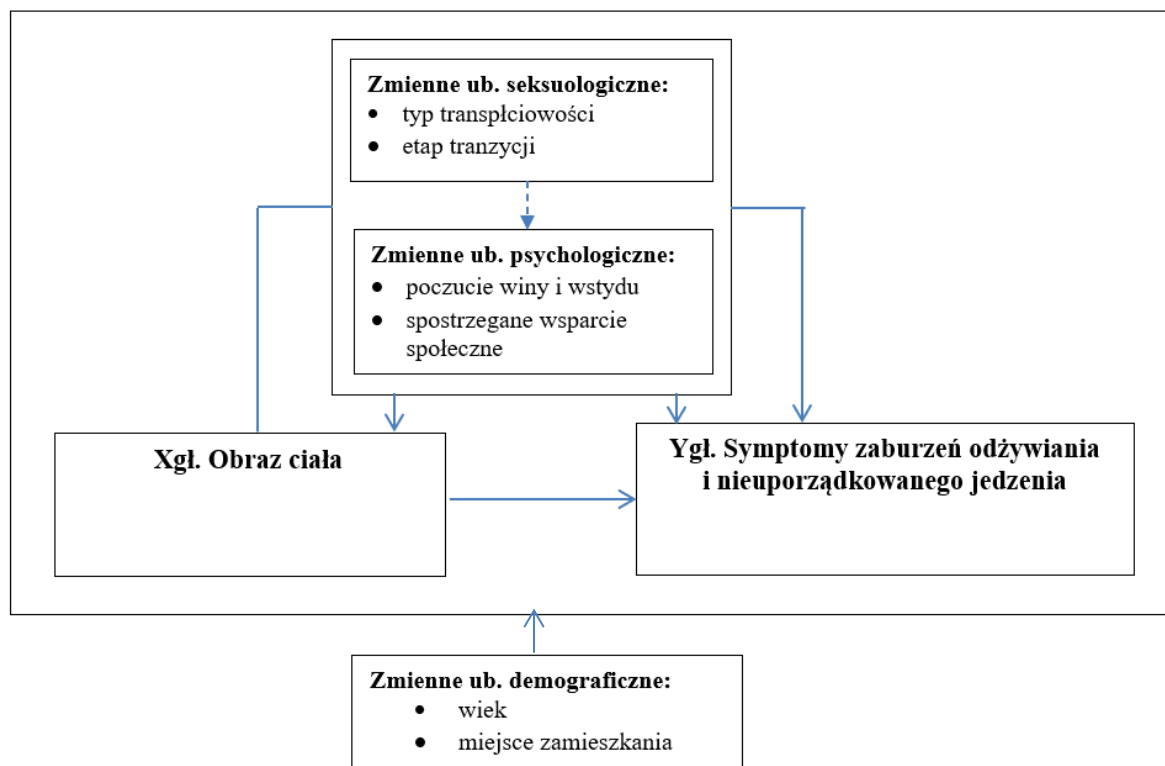
rycina 7. Zmienną objaśnianą stały się więc symptomy zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia. Pomiaru tej zmiennej dokonano z wykorzystaniem *Skali Postaw wobec Jedzenia* – EAT-26 (ang. *Eating Attitudes Test*) autorstwa D. M. Garnera, P. Marion, O. Polivy i J. Polivy w polskiej adaptacji Rogoży, Brytek-Matery i D. M. Garnera (2016) (załącznik 4). Polska adaptacja testu EAT-26 jest powszechnie wykorzystywanym narzędziem zarówno w wymiarze klinicznym do przesiewowej oceny symptomów zaburzeń odżywiania w populacji młodzieży i dorosłych jak i w badaniach naukowych dotyczących symptomów zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia. Kwestionariusz EAT-26 składa się z:

- 1) 26 twierdzeń dotyczących postaw wobec jedzenia i odżywiania się, na które respondenci odpowiadają na sześciostopniowej skali: *zawsze, często, czasami, rzadko, prawie nigdy oraz nigdy*. Wszystkie pozycje testu są sumowane, a wynik łączny stanowi wskaźnik ogólnego nasilenia nieprawidłowości związanych z jedzeniem;
- 2) metryczki uwzględniającej dane antropometryczne, takie jak: najniższa waga, najwyższa waga, aktualna waga i waga idealna;
- 3) pytań dotyczących ostatniego półroczu, retrospektywnie odnoszących się do podejmowania zachowań powiązanych z symptomami zaburzeń odżywiania, np. *Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy zdarzyło Ci się wymiotować, aby w ten sposób wpłynąć na swoją wagę lub sylwetkę?*

W niniejszym projekcie badawczym wykorzystano tylko wynik ogólny (uzyskiwany poprzez zliczenie punktów z 26 twierdzeń) odnoszący się do nasilenia nieprawidłowych postaw wobec jedzenia i odżywiania się, co można rozumieć jako wskaźnik ryzyka dla wystąpienia zaburzeń odżywiania. Właściwości psychometryczne polskiej wersji EAT-26 są stosunkowo dobre; współczynnik rzetelności (*alfa* Cronbacha) dla całości skali wynosi 0,85 (Hryniewicz i in., 2023). Jednocześnie narzędzie to pozwala również na dokładniejszą analizę obszarów problemowych związanych z odżywianiem się. W polskiej wersji narzędzia wykazano zasadność stosowania czteroczynnikowej struktury teoretycznej, odpowiadającą następującym obszarom: *presja społeczna* (ang. *social pressure*), *świadomość żywieniowa* (ang. *food awareness*), *zachowania bulimiczne* i *nadmierne zaabsorbowanie jedzeniem* (ang. *bulimia, food preoccupation*).

Jako główną zmienną objaśniającą przyjęto obraz ciała badanych. Pomiaru owej zmiennej dokonano stosując *Skalę Oceny Ciała* (ang. *Body Esteem Scale*) w polskiej adaptacji M.

Lipowskiej i M. Lipowskiego (2013) (załącznik 2). Narzędzie to składa się z 35 pozycji, będących opisem części ciała i niektórych jego funkcji. Osoba badana ustosunkowuje się do każdej z pozycji na pięciostopniowej skali, gdzie 5 oznacza stosunek zdecydowanie pozytywny, a 1 zdecydowanie negatywny. Współczynnik rzetelności dla całego narzędzia (*alfa* Cronbacha) jest wysoki i wynosi 0,93. Rzetelność podskal opisywanego narzędzia jest wysoka zarówno odnośnie do grupy kobiet (*alfa* Cronbacha od 0,80 do 0,89), jak i mężczyzn (*alfa* Cronbacha od 0,85 do 0,88). Uzyskane dane można analizować wykorzystując wynik ogólny (otrzymany poprzez zliczenie punktów ze wszystkich pozycji testowych) lub poprzez odniesienie ich do wyodrębnionych podskal. Test składa się bowiem z trzech podskal, odmiennych dla mężczyzn i dla kobiet. W przypadku mężczyzn są to : *Atrakcyjność fizyczna*, *Sila Ciała*, *Kondycja fizyczna*, zaś w przypadku kobiet: *Atrakcyjność seksualna*, *Kontrola Wagi* i *Kondycja fizyczna*. Wynik ogólny dla całej skali stanowi wskaźnik ogólnego zadowolenia (posiadania negatywnych vs. pozytywnych odczuć) z własnego ciała. Podskale odnoszą się do różnych aspektów, specyficznych płciowo, stosunku do własnego ciała. Ze względu na specyfikę grupy badanych w niniejszym projekcie badawczym do analiz statystycznych wykorzystano wynik ogólny.



Rycina 7. Schemat kontroli zmienności

Do zmiennych ubocznych psychologicznych w niniejszym projekcie badawczym zaliczono poczucie winy i wstyd oraz spostrzegane przez badanych wsparcie społeczne. Wspomniane poczucie winy i wstyd zostały określone przy użyciu Testu Emocji Samoświadomościowych (ang. *Test of Self-Conscious Affect, TOSCA*) opracowanego przez J. P. Tangney, R. L. Dearing, P. E. Wagner, R. Gramazowa (2000) w polskiej adaptacji P. Żylicza i A. Naumczyk (załącznik 5). Inwentarz ten składa się z 16 scenariuszy, z których 11 opartych jest na zdarzeniach wartościowanych negatywnie (np. Prowadzisz samochód po ulicy i potrącasz małe zwierzę), natomiast 5 bazuje na zdarzeniach wartościowanych pozytywnie (np. Razem z grupą współpracowników pracowaliście ciężko nad zadaniem. Odnieśliście sukces. Szef wyróżnia premią tylko ciebie). Do każdego ze scenariuszy dołączono cztery bądź pięć opisów reakcji na zdarzenie zawarte w scenariuszu. Zadaniem badanych jest określenie, w jakim stopniu prawdopodobne jest, że zareagowaliby w sposób ujęty w opisie reakcji na zdarzenie. Badani proszeni są o określenie prawdopodobieństwa odnośnie do każdej z zaproponowanych 4-5 opcji reakcji na zdarzenie; prawdopodobieństwo określa się na 5-stopniowej skali, gdzie 1 oznacza nieprawdopodobne, a 5 bardzo prawdopodobne. Uzyskane wyniki pozwalają określić skłonność badanych do reagowania: wstydem, poczuciem winy, eksternalizowaniem odpowiedzialności (przypisywaniem odpowiedzialności za zdarzenia czynnikom zewnętrznym), dystansowaniem się od odpowiedzialności (unikaniem konsekwencji), a także dumą *alfa* (duma z siebie, pycha) i dumą *beta* (duma z własnego zachowania). Wyróżnione tendencje stanowią jednocześnie skale opisywanego narzędzia. Współczynniki rzetelności dla skal wstydu i poczucia winy tego narzędzia (*alfa* Cronbacha) są zadowalające i wynoszą odpowiednio 0,78 oraz 0,84. Rzetelność pozostałych skal jest różna (*alfa* Cronbacha od 0,76 dla eksternalizacji do 0,55 dla dumy *beta*). W niniejszej pracy wykorzystano dwie skale: wstyd i poczucie winy, gdyż dobrze udokumentowano zależność między tendencją do przeżywania tych stanów afektywnych a obrazem ciała i zachowaniami żywieniowymi.

Spostrzegane wsparcie społeczne zbadano stosując Wielowymiarową Skalę Spostrzeganego Wsparcia Społecznego (ang. *The Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS*) (załącznik 6). Narzędzie to zostało przygotowane przez G. Zimeta i współpracowników (1988), zaś polskiej adaptacji dokonały K. Buszman i H. Przybyła-Basista (2017). Opisywany kwestionariusz odnosi się do trzech podstawowych źródeł wsparcia, tj. osoby znaczącej (ang. *significant other*), rodziny (ang. *family*) oraz przyjaciół (ang. *friends*).

Skala ta składa się z 12 stwierdzeń, do których osoba badana ustosunkowuje się korzystając z siedmiostopniowej skali. Wartość współczynnika rzetelności *alfa* Cronbacha całej skali wynosi 0,89; podskali *Przyjaciele* – 0,93, podskali *Rodzina* – 0,91, zaś podskali *Osoba znacząca* – 0,86. Wyniki można obliczać dla poszczególnych podskal oraz w całej skali, uzyskując tym samym wynik ogólny w zakresie spostrzeganego wsparcia społecznego.

Drugą grupę bardzo istotnych dla opisywanego projektu badawczego zmiennych ubocznych stanowiły zmienne uboczne seksuologiczne, do których zaliczono typ transpłciowości badanych oraz etap tranzycji (załącznik 2). Typ transpłciowości został określony na podstawie deklaracji osób badanych – rozumiany jest on pod postacią identyfikowania się osoby badanej jako kobieta lub mężczyzna, przy czym identyfikacja ta jest niezgodna z płcią nadaną przy urodzeniu (Bancroft, 2011). Dane te zebrano za pomocą pytań otwartych z jednokrotnym wyborem oraz deklaracji jednokrotnego wyboru. Pierwsze oświadczenie dotyczyło płci nadanej przy urodzeniu; badani mogli wybrać jedną z dwóch dostępnych możliwości: 1) osoba oznaczona przy urodzeniu jako mężczyzna (AMAB), lub 2) osoba oznaczona przy urodzeniu jako kobieta (AFAB). W kolejnym kroku osoba badana ustosunkowywała się (poprzez zaznaczenia jednej z dwóch możliwości *Tak* lub *Nie*) do stwierdzenia: *Oświadczam, że jestem osobą transpłciową*. Osoby negujące, że są osobami transpłciowymi zostały wyłączone z badania. Osoby, które potwierdziły, iż są osobami transpłciowymi i określiły swoją płć nadaną przy urodzeniu jako męską (AMAB) lub jako żeńską (AFAB), zostały włączone do badania.

Etapy tranzycji natomiast zostały wydzielone w oparciu o stadia korekty płci. Stadia te charakteryzują się narastaniem stopnia nieodwracalności procedur medycznych zmierzających ku modyfikowaniu ciała jednostki w kierunku upodobnienia go do płci przez ową jednostkę przeżywaną, co zazwyczaj skutkuje obniżeniem dysforii płciowej (por. 1.1.4; por. 2.1). Zadaniem osób badanych było ustosunkowanie się do stwierdzeń opisujących trzy stadia tranzycji poprzez zaznaczenie jednej odpowiedzi: (1) *posiadam diagnozę transseksualizmu lub niezgodności płciowej, NIE podlegam terapii hormonalnej ani NIE poddawałem/am się żadnej interwencji chirurgicznej związanej z transpłciowością*; (2) *posiadam diagnozę transseksualizmu lub niezgodności płciowej oraz podlegam feminizującej/maskulinizującej terapii hormonalnej (od minimum 3 miesięcy), NIE poddawałem/am się żadnej interwencji chirurgicznej związanej z transpłciowością*; (3) *posiadam diagnozę transseksualizmu lub niezgodności płciowej, podlegam feminizującej/maskulinizującej terapii hormonalnej (od*

minimum 3 miesięcy), przeszedłem/edłem minimum jedną interwencję chirurgiczną związaną z transpłciowością.

Ostatnią grupę zmiennych ubocznych ujętych w referowanym projekcie stanowiły zmienne demograficzne, tj. wiek badanych i ich miejsce zamieszkania. Zmienne te zostały określone na podstawie deklaracji osób badanych. W odniesieniu do miejsca zamieszkania osoby badane mogły zadeklarować poprzez jednokrotny wybór jednej z czterech opcji: wieś, małe miasto do 20 tys. mieszkańców, średnie miasto do 50 tys. mieszkańców lub duże miasto powyżej 100 tys. mieszkańców (załącznik 2).

4. Grupa badanych i organizacja przebiegu badania

Grupa osób badanych, których wyniki wykorzystano w analizach prezentowanych w kolejnych rozdziałach niniejszej rozprawy, składała się ze 185 osób transpłciowych. Kryterium włączania do grupy stanowiła deklaracja pełnoletności osób badanych oraz posiadanie przez te osoby diagnozy transpłciowości. Kryterium wykluczenia obejmowało wiek poniżej 18 roku życia, brak deklaracji dotyczącej posiadania wspomnianej diagnozy oraz deklaracja tożsamości niebinarnej. Po zastosowaniu powyższych kryteriów do dalszych analiz zakwalifikowano 185 osób. W badanej próbie znajdowało się 77 kobiet (41,6% grupy; osoby oznaczone przy narodzinach jako mężczyźni) oraz 108 mężczyzn (58,4% grupy; osoby oznaczone przy narodzinach jako kobiety).

Wiek osób badanych mieścił się w przedziale od 18 do 57 lat. Średnia wieku wyniosła 24,59 lat ($SD = 6,19$). Mediana wieku badanych wynosiła 23 lata.

Analiza miejsca zamieszkania wykazała, że największa część grupy, tj. 67,6 procent ($n = 125$) osób zamieszkiwała duże miasta, 32 osoby zadeklarowały jako miejsce zamieszkania średnie miasto do 50 tys. mieszkańców, co stanowi 17,3 procent osób badanych. Osoby z małych miast (do 20 tys. mieszkańców) stanowiły 7,6 procent badanych ($n=14$). Tak samo liczna była grupa osób deklarujących wieś jako swoje miejsce zamieszkania.

Osoby badane znajdowały się na różnych etapach procesu tranzycji, tj. 29,2 procent ($n = 54$) respondentów deklarowało znajdowanie się na etapie I (posiadanie diagnozy transpłciowości), 42,7 procent ($n = 79$) na etapie II (posiadanie diagnozy i terapia hormonalna), natomiast 28,1 procent ($n = 52$) na etapie III tranzycji (posiadanie diagnozy, terapia hormonalna i interwencja chirurgiczna).

Badanie miało charakter przekrojowy i zostało przeprowadzone w formie anonimowego badania kwestionariuszowego. Udział w badaniu był dobrowolny, a osoby badane zostały

poinformowane o celu badania, zasadach poufności oraz możliwości rezygnacji z udziału na każdym jego etapie.

W badaniu zastosowano celowy dobór do próby, zaś osoby badane rekrutowano *online*, z wykorzystaniem kwestionariuszy przygotowanych w pakiecie *Google Forms*. W badaniu mogła wziąć udział każda osoba, która uzyskała link do badania oraz spełniała warunki włączenia do próby. Badanie właściwe poprzedziła nota informacyjna dotycząca projektu badawczego odnosząca się do tematyki i celu projektu badawczego, a także grupy badanej (z kryteriami włączenia i wyłączenia). Nota zawierała także informacje o anonimowości i dobrowolności udziału w badaniu, a także o możliwości odstąpienia od niego w dowolnym momencie lub wycofania swojego udziału. Podano także dane kontaktowe do prowadzącego badania (załącznik 1). Aby móc przejść do części badawczej kwestionariusza, badani musieli złożyć oświadczenie dotyczące zapoznania się z notą informacyjną i wyrażeniu świadomej zgody na udział w badaniu (*Oświadczam, że zapoznałem/lam się z informacjami dotyczącymi badania oraz z własnej i nieprzymuszonej woli zgadzam się na uczestniczenie w tym badaniu*), a także oświadczenie odnoszące się do praw autorskich dotyczących testów i kwestionariuszy wykorzystanych w badaniu (*Oświadczam, że będę przestrzegała/ał praw autorskich dotyczących testów, skal i ankiet zawartych w tym formularzu. Zobowiązuję się do niekopiowania, niepowielania oraz niewykorzystywania części i całości formularza*) (załącznik 2).

Link do pakietu narzędzi badawczych rozpowszechniano za pomocą portali społecznościowych, wykorzystując strony i grupy tematyczne powiązane ze społecznością osób transpłciowych. Celem uzyskania wsparcia w rekrutacji badanych oraz upowszechniania ogłoszenia z linkiem do kwestionariusza badawczego nawiązano kontakt z takimi organizacjami, stronami i aktywistami, jak: *DiversityPL*, *Lambda Warszawa*, *Fundacja Trans-Fuzja*, *Transpłciowość w rodzinie*, *Równik*, *Ka-transpłciowa dziewczyna*, *Transpiryna-Transpłciowość w pigułce*, *Angry Trans*, *Replika*, *Miłość nie wyklucza*, *Yga Kostrzewa*, *Kampania Przeciw Homofobii*, *Grupa Stonewall*, *Trzeba.com*. Niektóre z wymienionych osób i organizacji nie odpowiedziały na wiadomości, część zgłaszała uwagi dotyczące badania, część odmawiała udzielenia wsparcia, jednakże nie zabrakło też takich osób i organizacji, które zdecydowały się na udzielenie wsparcia w zakresie rekrutacji badanych i rozpowszechniania informacji o prowadzonym projekcie badawczym nazwanym *TRANSSANUS*. O wsparcie w procesie rekrutowania badanych poproszono także zaznajomionych z omawianym projektem badaczy, m. in. dr Jowitę Wycisk, dr Olę Żukowicz, dr. Kosmę Kołodziej, a także dr. Łukasza

Bojkowskiego oraz osoby opiniujące niezgodność płciową (m. in. dr Magdalenę Grabowską). Za udzielone wsparcie autor niniejszej pracy składa wyrazy wdzięczności.

Projekt badawczy został zaakceptowany przez Komisji do spraw Etyki Badań Naukowych przy Wydziale Psychologii UKW w Bydgoszczy. W opinii z dnia 29.11.2022 r. nr. 2/14.10.2022 stwierdza się, że: *Po zapoznaniu się z wyjaśnieniami co do złożonego wniosku oraz w wyniku przeprowadzonej dyskusji oraz głosowania, Komisja podjęła uchwałę o pozytywnym zaopiniowaniu wniosku w sprawie przeprowadzenia badań, w zakresie określonym we wniosku.* Komisja orzekała w składzie: dr hab. Elżbieta Kasprzak, prof. UKW; prof. dr hab. Roman Ossowski; dr hab. Małgorzata Basińska, prof. UKW; dr hab. Aleksandra Błachnio, prof. UKW; dr Anna Szymanik-Kostrzevska. Komisji przewodniczyła dr hab. Elżbieta Kasprzak, prof. UKW (załącznik 7).

CZEŚĆ III.

WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH

W celu udzielenia odpowiedzi na pytania badawcze oraz weryfikacji hipotez roboczych przeprowadzono analizy statystyczne przy użyciu pakietu IBM SPSS Statistics 30. Za jego pomocą obliczono podstawowe statystyki opisowe wraz z testem Kołmogorowa-Smirnowa, testem *t* Studenta dla prób niezależnych, przeprowadzono jednoczynnikową analizę wariancji (ANOVA), analizę regresji liniowej, analizy moderacji oraz analizy korelacji *r* Pearsona i *rho* Spearmana. Za poziom istotności w niniejszym rozdziale uznano $\alpha = 0,05$.

1. Nasilenie badanych zmiennych

Zmierzając ku przedstawieniu nasilenia badanych zmiennych oraz sprawdzeniu normalności ich rozkładów wyliczono podstawowe statystyki opisowe wraz z testem Kołmogorowa-Smirnowa (Tab. 1).

Tabela 1*Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych wraz z testem Kołmogorowa-Smirnowa*

Zmienna	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>D</i>	<i>P</i>
BES									
Obraz ciała (suma)	99,49	99,00	22,76	0,19	-0,06	35,00	161,0 0	0,05	0,200
Atrakcyjność seksualna (kobiety)	38,86	39,00	8,70	-0,07	0,00	13,00	60,00	0,05	0,200
Kontrola wagi (kobiety)	25,58	25,00	8,29	0,36	0,02	10,00	50,00	0,05	0,200
Kondycja fizyczna (kobiety)	27,24	27,00	7,23	0,04	-0,55	9,00	43,00	0,08	0,005
Atrakcyjność fizyczna (mężczyźni)	30,84	31,00	7,77	0,30	0,30	11,00	55,00	0,07	0,044
Siła ciała (mężczyźni)	24,03	24,00	7,12	0,35	-0,54	9,00	44,00	0,08	0,007
Kondycja fizyczna (mężczyźni)	37,00	37,00	9,68	0,06	-0,30	13,00	61,00	0,04	0,200
EAT									
Symptomy zaburzeń odżywiania (suma)	68,24	61,00	23,27	0,84	0,48	28,00	156,0 0	0,13	<0,001
Presja społeczna	6,12	5,00	3,47	1,31	1,33	3,00	18,00	0,18	<0,001
Świadomość żywieniowa	11,63	11,00	5,31	0,57	-0,55	4,00	24,00	0,12	<0,001
Zachowania przeczyszczające	2,34	2,00	0,69	1,97	2,96	2,00	5,00	0,46	<0,001
Zaabsorbowanie jedzeniem	10,71	9,00	5,36	0,73	-0,57	4,00	24,00	0,18	<0,001
SWS									
Spostrzegane wsparcie społeczne (suma)	59,55	61,00	14,69	-0,82	0,69	13,00	84,00	0,07	0,014
Rodzina	14,98	15,00	7,33	0,11	-1,13	4,00	28,00	0,08	0,004
Przyjaciele	21,89	24,00	6,01	-1,20	0,83	4,00	28,00	0,18	<0,001
Osoba znacząca	22,68	24,00	6,67	-1,33	0,81	4,00	28,00	0,21	<0,001
Poczucie winy i wstyd									
Poczucie winy	63,21	64,00	9,52	-1,42	4,38	16,00	80,00	0,08	0,005
Wstyd	48,28	49,00	11,40	-0,15	-0,26	17,00	75,00	0,06	0,095

Adnotacja: *M* – średnia; *Me* – mediana; *SD* – odchylenie standardowe; *Sk.* – skośność; *Kurt.* – kurtოza; *Min.* – wartość minimalna; *Maks.* – wartość maksymalna; *D* – wynik testu Kołmogorowa-Smirnowa; *p* – wartość *p* dla testu Kołmogorowa-Smirnowa.

Analiza statystyk opisowych badanych zmiennych pozwoliła na określenie ich nasilenia w badanej grupie. W odniesieniu do zadowolenia z obrazu ciała, mierzonego za pomocą skali BES, uzyskany średni wynik ogólny wskazuje na umiarkowany poziom nasilenia tej zmiennej w badanej próbie. Zarówno transpłciowe kobiety, jak i transpłciowi mężczyźni charakteryzowali się wynikami plasującymi się w środkowych zakresach podskal. Wśród kobiet umiarkowane nasilenie dotyczyło postrzeganej atrakcyjności seksualnej, kontroli wagi oraz kondycji fizycznej. Podobny poziom nasilenia odnotowano u mężczyzn w zakresie atrakcyjności fizycznej oraz siły ciała, natomiast ich kondycja fizyczna osiągała wartości zbliżone do górnych zakresów skali, co pozwala określić jej nasilenie od umiarkowanego do wysokiego.

W zakresie symptomów zaburzeń odżywiania, ocenianych przy użyciu kwestionariusza EAT, średni wynik ogólny wskazuje na umiarkowane ich nasilenie w badanej próbie. Szczegółowa analiza wyników w ramach podskal ujawnia niskie bądź umiarkowane nasilenie presji społecznej oraz umiarkowany poziom świadomości żywieniowej i zaabsorbowania jedzeniem. Jednocześnie zachowania przeczyszczające charakteryzowały się niskim nasileniem.

Ocena ogólnego spostrzeganego wsparcia społecznego dokonana za pomocą skali SWS przyjmuje poziom od umiarkowanego do wysokiego. Natomiast wsparcie otrzymywane od przyjaciół oraz osób znaczących było najwyższe w badanej próbie – osiągało poziom wysoki. Z kolei wsparcie ze strony rodziny utrzymywało się na poziomie umiarkowanym.

W odniesieniu do zmiennych emocjonalnych stwierdzono zróżnicowane nasilenie badanych stanów. Poczucie winy osiągało wysoki poziom, co może wskazywać na jego istotną rolę w funkcjonowaniu emocjonalnym badanych osób. Z kolei wstyd charakteryzował się umiarkowanym bądź wysokim nasileniem, lokując się w środkowo-górnym zakresie możliwych wyników skali.

Podsumowując, uzyskane wyniki wskazują, że osoby transpłciowe z badanej próby charakteryzują się głównie umiarkowanym nasileniem analizowanych zmiennych, przy jednoczesnym występowaniu wyraźnie wysokiego poziomu spostrzeganego wsparcia społecznego ze strony przyjaciół i osób znaczących oraz wysokiego nasilenia poczucia winy.

Wynik testu Kołmogorowa-Smirnowa w przypadku większości zmiennych jest istotny statystycznie, co oznacza, że ich rozkłady znacząco odbiegają od rozkładu normalnego. Należy jednak zwrócić uwagę, że skośność rozkładu żadnej ze zmiennych nie przekracza umownej wartości bezwzględnej równej 2 (George, Mallery, 2016), a zatem wnioskować można, że ich rozkłady są asymetryczne w nieznacznym stopniu. W związku z tym zdecydowano się na przeprowadzenie analizy w oparciu o testy parametryczne.

2. Weryfikacja hipotez badawczych

Poniżej omówiono analizy statystyczne przeprowadzone celem weryfikacji postawionych hipotez roboczych.

2.1. Związek pomiędzy zadowoleniem z obrazu ciała a nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia w badanej próbie

W ramach referowanego projektu badawczego założono, iż w badanej próbie osób transpłciowych istnieje związek między zadowoleniem z obrazu ciała a symptomami zaburzeń odżywiania (hipoteza 1). Celem sprawdzenia, czy nasilenie symptomów zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia mierzonych zarówno wynikiem ogólnym jak i w poszczególnych podskalach (np. świadomość żywieniowa, zaabsorbowanie jedzeniem) jest związane z zadowoleniem z obrazu ciała wykonano analizę korelacji r Pearsona (Tab. 2).

Tabela 2

Związek pomiędzy zadowoleniem z obrazu ciała a nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania w całej próbie (N=185)

Zmienna		Symptomy zaburzeń odżywiania (suma)	Presja społeczna	Świadomość żywieniowa	Zachowania przeczyszczające	Zaabsorbowanie jedzeniem
Obraz ciała (suma)	r Pearsona	-0,47**	-0,13	-0,29*	-0,15	-0,39**
	Istotność	<0,001	0,088	<0,001	0,054	<0,001
Atrakcyjność seksualna (kobiety)	r Pearsona	-0,40**	-0,15*	-0,37**	-0,05	-0,26*
	Istotność	<0,001	0,044	<0,001	0,489	<0,001
Kontrola wagi (kobiety)	r Pearsona	-0,48**	-0,03	-0,23*	-0,20	-0,45**
	Istotność	<0,001	0,693	0,002	0,010	<0,001
Kondycja fizyczna (kobiety)	r Pearsona	-0,35**	-0,15*	-0,07	-0,18*	-0,32**
	Istotność	<0,001	0,038	0,336	0,016	<0,001
Atrakcyjność fizyczna (mężczyźni)	r Pearsona	-0,39**	-0,08	-0,37**	-0,09	-0,29*
	Istotność	<0,001	0,310	<0,001	0,258	<0,001
Siła ciała (mężczyźni)	r Pearsona	-0,36**	-0,11	-0,25*	-0,09	-0,29*
	Istotność	<0,001	0,137	<0,001	0,267	<0,001
Kondycja fizyczna (mężczyźni)	r Pearsona	-0,48**	-0,12	-0,16*	-0,25	-0,45**
	Istotność	<0,001	0,114	0,034	0,001	<0,001

Adnotacja: * – słaby związek, ** – umiarkowany związek

Analiza wykazała istotny statystycznie, negatywny i umiarkowany związek między nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia a wynikiem ogólnym zadowolenia z obrazu ciała oraz każdą z podskal mierzących tę zmienną.

Warto także odnotować, iż presja społeczna okazała się negatywnie i słabo związana z atrakcyjnością seksualną i kondycją fizyczną jedynie w grupie kobiet. Świadomość żywieniowa była natomiast negatywnie i istotnie związana zarówno z niemal wszystkimi wymiarami zadowolenia z obrazu ciała, jak i z ogólnym nasileniem tej zmiennej. Związek ten był nieistotny jedynie dla kondycji fizycznej mierzonej w grupie kobiet. Powyższe związki wahały się od

słabych po umiarkowane. Zachowania przeczyszczające były negatywnie i słabo powiązane z kontrolą wagi, atrakcyjnością fizyczną i kondycją fizyczną. Zaabsorbowanie jedzeniem – podobnie jak wynik ogólny nasilenia występowania symptomów zaburzeń odżywiania oraz nieuporządkowanego jedzenia – również korelowało negatywnie z każdą z podskal kwestionariusza BES oraz z wynikiem ogólnym zadowolenia z obrazu ciała. Związki te miały słabą lub umiarkowaną siłę. W oparciu o powyższą analizę wyników badań własnych można stwierdzić, że hipoteza 1 została częściowo potwierdzona.

2.2. Związek między zadowoleniem z obrazu ciała a uwzględnionymi w projekcie zmiennymi seksuologicznymi (tj. typ transpłciowości i etap tranzycji) w badanej próbie

Kolejna hipoteza głosiła, iż w badanej próbie osób transpłciowych istnieje powiązanie między zadowoleniem z obrazu ciała a wyróżnionymi w projekcie zmiennymi seksuologicznymi (tj. typ transpłciowości i etap tranzycji).

Ze względu na to, że test BES składa się z oddzielnych podskal dla kobiet i mężczyzn, porównanie średnich ograniczono jedynie do wyniku ogólnego. Analiza wykazała istotne statystycznie zróżnicowanie w zakresie wyniku ogólnego zadowolenia z obrazu ciała: mężczyźni transpłciowi (w porównaniu do kobiet transpłciowych) osiągnęli średnio wynik wyższy.

Tabela 3

Porównanie średnich dla zadowolenia z obrazu ciała między kobietami i mężczyznami transpłciowymi

Zmienna	Mężczyźni transpłciowi (<i>n</i> = 108)		Kobiety transpłciowe (<i>n</i> = 77)		<i>t</i>	<i>P</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Obraz ciała (suma)	102,52	23,97	95,23	20,34	2,17	0,032

Adnotacja: *n* – liczba obserwacji; *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *t* – wartość statystyki testowej; *p* – istotność statystyczna

Celem weryfikacji hipotezy 2 przeprowadzono również analizę pozwalającą na oszacowanie związku między zadowoleniem z obrazu ciała a etapem tranzycji osób badanych (Tab. 4).

Tabela 4*Związek między zadowoleniem z obrazu ciała a etapem tranzycji w całej próbie (N=185)*

Zmienna	Etap tranzycji	
Obraz ciała (suma)	<i>rho / r</i>	0,37**
	Istotność	<0,001
Atrakcyjność seksualna (kobiety)	<i>rho / r</i>	0,35**
	Istotność	<0,001
Kontrola wagi (kobiety)	<i>rho / r</i>	0,33**
	Istotność	<0,001
Kondycja fizyczna (kobiety)	<i>rho / r</i>	0,30*
	Istotność	<0,001
Atrakcyjność fizyczna (mężczyźni)	<i>rho / r</i>	0,31**
	Istotność	<0,001
Siła ciała (mężczyźni)	<i>rho / r</i>	0,38**
	Istotność	<0,001
Kondycja fizyczna (mężczyźni)	<i>rho / r</i>	0,32**
	Istotność	<0,001

Adnotacja: * – słaby związek, ** – umiarkowany związek

Etap tranzycji był dodatnio, z umiarkowaną siłą związany z wynikiem ogólnym zadowolenia z obrazu ciała oraz z każdym z jego wymiarów, zarówno u mężczyzn, jak i kobiet. Można więc wnioskować, że im osoby badane były na bardziej zaawansowanym etapie tranzycji, tym większe było ich zadowolenie z obrazu ciała.

W celu uszczegółowienia powiązań między zadowoleniem z obrazu ciała a etapem tranzycji badanych osób wykorzystano jednoczynnikową analizę wariancji (ANOVA) (Tab. 5). Wyniki powyżej zaprezentowanych analiz statystycznych pozwalają na przyjęcie w całości hipotezy 2.

Tabela 5

Porównanie średnich dla zadowolenia z obrazu ciała między osobami badanymi ze względu na etap tranzykcji

Zmienna	Diagnoza niezgodności płciowej, ale brak terapii hormonalnej i zmian chirurgicznych (<i>n</i> = 54)		Diagnoza niezgodności płciowej i występuje terapia hormonalna, ale brak zmian chirurgicznych (<i>n</i> = 79)		Diagnoza niezgodności płciowej, występuje terapia hormonalna i odbyły się interwencje chirurgiczne (<i>n</i> = 52)		<i>F</i>	<i>P</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Obraz ciała (suma)	83,89	19,41	106,18	22,56	105,52	18,31	22,01	<0,001
Atrakcyjność seksualna (kobiety)	33,07	8,68	41,32	7,59	41,15	7,51	20,47	<0,001
Kontrola wagi (kobiety)	20,67	6,56	27,71	8,86	27,44	6,87	15,51	<0,001
Kondycja fizyczna (kobiety)	23,74	6,20	28,14	7,70	29,50	6,23	10,44	<0,001
Atrakcyjność fizyczna (mężczyźni)	25,85	7,53	33,61	7,28	31,83	6,21	19,96	<0,001
Siła ciała (mężczyźni)	19,31	5,40	25,94	7,29	26,02	6,18	20,16	<0,001
Kondycja fizyczna (mężczyźni)	31,70	8,40	38,57	9,88	40,12	8,49	13,40	<0,001

Adnotacja: *n* – liczba obserwacji; *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *F* – wartość statystyki testowej; *p* – istotność statystyczna; η^2 – wskaźnik siły efektu

Analiza wykazała istotne statystycznie zróżnicowanie między porównywanymi grupami z uwagi na etap tranzykcji w zakresie zadowolenia z obrazu ciała (wynik ogólny), atrakcyjności seksualnej, kontroli wagi, atrakcyjności fizycznej, siły ciała oraz kondycji fizycznej. W celu sprawdzenia, między którymi dokładnie grupami występują istotne statystycznie różnice wykonano testy *post-hoc* z poprawką Bonferroniego (Tab. 6).

Tabela 6

Porównania parami z poprawką Bonferroniego między osobami badanymi na poszczególnych etapach tranzykcji dla zadowolenia z obrazu ciała

Zmienna	Porównywane grupy	Różnica średnich	SE	p
Obraz ciała (wynik ogólny)	1 – 2	-22,20	3,63	<0,001
	1 – 3	-21,60	3,99	<0,001
	2 – 3	0,66	3,67	1,000
Atrakcyjność seksualna (kobiety)	1 – 2	-8,24	1,40	<0,001
	1 – 3	-8,08	1,54	<0,001
	2 – 3	0,16	1,41	1,000
Kontrola wagi (kobiety)	1 – 2	-7,04	1,36	<0,001
	1 – 3	-6,77	1,50	<0,001
	2 – 3	0,27	1,38	1,000
Kondycja fizyczna (kobiety)	1 – 2	-4,39	1,22	0,001
	1 – 3	-5,75	1,34	<0,001
	3 – 2	1,36	1,23	0,811
Atrakcyjność fizyczna (mężczyźni)	1 – 2	-7,75	1,25	<0,001
	1 – 3	-5,97	1,37	<0,001
	2 – 3	1,78	1,26	0,481
Siła ciała (mężczyźni)	1 – 2	-6,62	1,14	<0,001
	1 – 3	-6,70	1,26	<0,001
	2 – 3	-0,08	1,16	1,000
Kondycja fizyczna (mężczyźni)	1 – 2	-6,86	1,60	<0,001
	1 – 3	-8,41	1,77	<0,001
	2 – 3	-1,54	1,62	1,000

Adnotacja: 1 – Diagnoza niezgodności płciowej, ale brak terapii hormonalnej i zmian chirurgicznych; 2 – Diagnoza niezgodności płciowej i występuje terapia hormonalna, ale brak zmian chirurgicznych; 3 – Diagnoza niezgodności płciowej, występuje terapia hormonalna i odbyły się interwencje chirurgiczne

Testy *post-hoc* wykazały identyczny wzór wyników dla każdej ze zmiennych dotyczącej zadowolenia z obrazu ciała. Badani, którzy posiadali diagnozę niezgodności płciowej, ale nie podejmowali terapii hormonalnej ani zmian chirurgicznych, mieli istotnie niższe wyniki dla każdej ze zmiennych dotyczących obrazu ciała niż badani na bardziej zaawansowanych etapach tranzykcji. Można więc wnioskować, iż osoby, które co najmniej rozpoczęły terapię hormonalną przejawiały wyższe zadowolenie z obrazu ciała niż osoby pozostające na etapie opiniowania niezgodności płciowej.

2.3. Związek między zadowoleniem z obrazu ciała a uwzględnionymi w projekcie zmiennymi psychologicznymi (tj. spostrzegane wsparcie społeczne oraz poczucie winy i wstyd) w badanej próbie

W ramach referowanego projektu badawczego przyjęto założenie (hipoteza 3), iż w badanej próbie osób transpłciowych istnieje powiązanie między zadowoleniem z obrazu ciała

a uwzględnianymi w projekcie zmiennymi psychologicznymi (tj. spostrzegane wsparcie społeczne oraz poczucie winy i wstyd).

Za pomocą korelacji r Pearsona sprawdzono, czy ogólne spostrzegane wsparcie społeczne oraz wsparcie analizowane odrębnie – ze strony rodziny, przyjaciół i osoby znaczącej, a także poczucie winy i wstyd są związane z zadowoleniem z obrazu ciała u osób badanych (Tab. 7).

Tabela 7

Związek między poziomem spostrzeganego wsparcia społecznego, poczuciem winy i wstydem a zadowoleniem z obrazu ciała w całej próbie (N=185)

Zmienna		Spostrzegane wsparcie spo- łeczne (suma)	Rodzina	Przyjaciele	Osoba znacząca	Poczucie winy	Wstyd
Obraz ciała (suma)	r Pearsona	0,38**	0,32**	0,33**	0,19*	0,12	-0,27*
	istotność	<0,001	<0,001	<0,001	0,009	0,102	<0,001
Atrakcyjność seksualna (kobiety)	r Pearsona	0,38**	0,34**	0,31**	0,19*	0,19*	-0,13
	istotność	<0,001	<0,001	<0,001	0,010	0,008	0,068
Kontrola wagi (kobiety)	r Pearsona	0,38**	0,31**	0,30*	0,22*	0,03	-0,31**
	istotność	<0,001	<0,001	<0,001	0,003	0,677	<0,001
Kondycja fizyczna (kobiety)	r Pearsona	0,25*	0,15*	0,28*	0,13	0,06	-0,31**
	istotność	<0,001	0,036	<0,001	0,079	0,445	<0,001
Atrakcyjność fizyczna (mężczyźni)	r Pearsona	0,35**	0,33**	0,28*	0,16*	0,15*	-0,18*
	istotność	<0,001	<0,001	<0,001	0,035	0,041	0,017
Siła ciała (mężczyźni)	r Pearsona	0,28*	0,27*	0,24*	0,10	0,08	-0,21*
	istotność	<0,001	<0,001	0,001	0,183	0,256	0,005
Kondycja fizyczna (mężczyźni)	r Pearsona	0,35**	0,24*	0,34**	0,21*	0,04	-0,35**
	istotność	<0,001	0,001	<0,001	0,004	0,546	<0,001

Adnotacja: * – słaby związek, ** – umiarkowany związek

Spostrzegane wsparcie społeczne – ogólne, od rodziny, od przyjaciół, a także od osoby znaczącej – było pozytywnie związane z zadowoleniem z obrazu ciała. Wyniki te sugerują, że im wyższe wsparcie społeczne badani otrzymywali, tym byli bardziej zadowoleni z obrazu ciała. Jedynie dla związków z osobą znaczącą nie wszystkie podskale zadowolenia z obrazu ciała korelowały na poziomie istotnym statystycznie. Z kolei poczucie winy okazało się pozytywnie i słabo związane z atrakcyjnością fizyczną oraz seksualną osób badanych. Wstyd natomiast był negatywnie związany z zadowoleniem z obrazu ciała i jego wymiarów, takich jak: kontrola wagi, siła fizyczna, kondycja fizyczna i atrakcyjność fizyczna. Wszystkie omawiane związki charakteryzowała słaba bądź umiarkowana siła. W oparciu o powyższe analizy statystyczne częściowo przyjęto hipotezę 3.

2.4. Związek między symptomami zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia a uwzględnionymi w projekcie zmiennymi seksuologicznymi (tj. typ transpłciowości i etap tranzykcji)

W ramach założeń metodologicznych przyjęto również (hipoteza 4), iż w badanej próbie osób transpłciowych istnieje powiązanie między symptomami zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia a uwzględnionymi w projekcie zmiennymi seksuologicznymi (tj. typ transpłciowości i etap tranzykcji).

Tabela 8

Porównanie średnich nasilenia symptomów zaburzeń odżywiania między transpłciowymi kobietami i mężczyznami

Zmienna	Mężczyźni transpłciowi (<i>n</i> = 108)		Kobiety transpłciowe (<i>n</i> = 77)		<i>t</i>	<i>P</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Symptomy zaburzeń odżywiania (suma)	67,11	24,15	69,83	22,04	-0,78	0,435
Presja społeczna	6,19	3,69	6,01	3,16	0,35	0,727
Świadomość żywieniowa	10,74	4,66	12,87	5,93	-2,63 ^a	0,010
Zachowania przeczyszczające	2,41	0,73	2,25	0,62	1,48 ^a	0,141
Zaabsorbowanie jedzeniem	10,73	5,42	10,69	5,30	0,05	0,957

Adnotacja: *n* – liczba obserwacji; *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *t* – wartość statystyki testowej; *p* – istotność statystyczna

^a Wynik test Levene'a okazał się istotny statystycznie – zaprezentowano wynik z poprawką Welch

Analiza porównań wyników średnich (Tab. 8) wykazała istotne statystycznie różnicowanie w zakresie nasilenia symptomów zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia wyłącznie odnośnie do świadomości żywieniowej; kobiety transpłciowe uzyskały wyższe wyniki od mężczyzn transpłciowych.

Celem określenia powiązań między nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania a etapem tranzykcji osób badanych przeprowadzono analizę korelacyjną (Tab. 9).

Tabela 9

Związek między etapem tranzykcji a nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania w całej próbie (N=185)

Zmienna	Etap tranzykcji	
Symptomy zaburzeń odżywiania (suma)	<i>rho / r</i>	-0,12
	Istotność	0,099
Presja społeczna	<i>rho / r</i>	-0,25*
	Istotność	<0,001
Świadomość żywieniowa	<i>rho / r</i>	0,11
	Istotność	0,136
Zachowania przeczyszczające	<i>rho / r</i>	-0,09
	Istotność	0,222
Zaabsorbowanie jedzeniem	<i>rho / r</i>	-0,13
	Istotność	0,086

Adnotacja: * – słaby związek

Etap tranzykcji okazał się negatywnie i słabo powiązany z jednym wymiarem symptomów zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia – tj. z presją społeczną.

Następnie w toku analiz służących weryfikacji hipotezy 4 wykorzystano jednoczynnikową analizę wariancji (ANOVA), by sprawdzić, czy wyniki badanych w zakresie symptomów zaburzeń odżywiania są zróżnicowane ze względu na etap tranzykcji (1 – diagnoza niezgodności bez terapii hormonalnej i zmian chirurgicznych; 2 – diagnoza niezgodności płciowej z terapią hormonalną, ale bez zmian chirurgicznych; 3 – diagnoza niezgodności płciowej z terapią hormonalną i interwencjami chirurgicznymi) (Tab. 10).

Tabela 10

Porównanie średnich nasilenia symptomów zaburzeń odżywiania między osobami badanymi ze względu na etap tranzykcji

Zmienna	Diagnoza niezgodności płciowej, ale brak terapii hormonalnej i zmian chirurgicznych (n = 54)		Diagnoza niezgodności płciowej i występuje terapia hormonalna, ale brak zmian chirurgicznych (n = 79)		Diagnoza niezgodności płciowej, występuje terapia hormonalna i odbyły się interwencje chirurgiczne (n = 52)		F	P
	M	SD	M	SD	M	SD		
Symptomy zaburzeń odżywiania (suma)	75,46	24,94	64,75	23,54	66,06	19,53	3,83	0,023
Presja społeczna	7,09	3,83	6,11	3,29	5,12	3,10	4,47	0,013
Świadomość żywieniowa	11,81	5,37	10,38	4,98	13,33	5,36	5,09	0,007
Zachowania przeczyszczające	2,40	0,72	2,37	0,75	2,24	0,56	0,76	0,468
Zaabsorbowanie jedzeniem	12,09	5,72	10,28	5,61	9,94	4,29	2,64	0,074

Adnotacja: n – liczba obserwacji; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; F – wartość statystyki testowej; p – istotność statystyczna; η^2 – wskaźnik siły efektu

Analiza wykazała istotne statystycznie zróżnicowanie między porównywanymi grupami w zakresie nasilenia symptomów zaburzeń odżywiania zarówno w wyniku ogólnym, jak i dwóch wymiarach EAT-26 – presja społeczna oraz świadomość żywieniowa. Powyżej przedstawione analizy uprawniają do częściowego przyjęcia hipotezy 4.

W celu ustalenia, pomiędzy którymi konkretnie grupami występują istotne statystycznie różnice, przeprowadzono testy *post-hoc* z poprawką Bonferroniego (Tab. 11).

Analiza nasilenia symptomów zaburzeń odżywiania (wynik ogólny) wykazała istotną statystycznie różnicę pomiędzy osobami na etapie diagnozy bez terapii hormonalnej i interwencji chirurgicznych (etap I) a osobami stosującymi terapię hormonalną bez zabiegów chirurgicznych (etap II), przy czym wyższe nasilenie tego rodzaju objawów odnotowano w grupie I. Nie stwierdzono natomiast istotnych różnic pomiędzy etapem I a III, ani pomiędzy II a III.

Tabela 11

Porównania parami z poprawką Bonferroniego między osobami badanymi na poszczególnych etapach tranzykcji dla nasilenia symptomów zaburzeń odżywiania

Zmienna	Porównywane grupy	Różnica średnich	SE	p
Symptomy zaburzeń odżywiania (wynik ogólny)	1 – 2	10,71	4,05	0,026
	1 – 3	9,41	4,45	0,108
	2 – 3	-1,31	4,09	1,000
Presja społeczna	1 – 2	0,98	0,60	0,316
	1 – 3	1,98	0,66	0,010
	2 – 3	1,00	0,61	0,307
Świadomość żywieniowa	1 – 2	1,44	0,92	0,359
	1 – 3	-1,51	1,01	0,409
	3 – 2	2,95	0,93	0,005

Adnotacja: 1 – Diagnoza niezgodności płciowej, ale brak terapii hormonalnej i zmian chirurgicznych; 2 – Diagnoza niezgodności płciowej i występuje terapia hormonalna, ale brak zmian chirurgicznych; 3 – Diagnoza niezgodności płciowej, występuje terapia hormonalna i odbyły się interwencje chirurgiczne

Podobnie w zakresie presji społecznej zaobserwowano istotną statystycznie różnicę pomiędzy I a III etapem tranzykcji. Osoby, które przeszły zarówno terapię hormonalną, jak i interwencje chirurgiczne (etap III), charakteryzowały się niższym poziomem odczuwanej presji społecznej w porównaniu z osobami na etapie diagnozy bez leczenia (I). Pozostałe porównania nie osiągnęły istotności statystycznej.

W odniesieniu do świadomości żywieniowej istotna statystycznie różnica wystąpiła natomiast pomiędzy etapem III a II, wskazując na wyższy poziom świadomości żywieniowej u osób po interwencjach chirurgicznych w porównaniu z osobami stosującymi wyłącznie terapię

hormonalną. Różnice pomiędzy etapem I a pozostałymi etapami – II i III – nie były istotne statystycznie.

Ogólnie wyniki sugerują, że wybrane aspekty funkcjonowania transpłciowych osób badanych związane z symptomami zaburzeń odżywiania w ogóle, presją społeczną oraz świadomością żywieniową są zróżnicowane w zależności od etapu tranzycji, przy czym najbardziej wyraźne różnice zaobserwowano pomiędzy wczesnymi a bardziej zaawansowanymi etapami tego procesu.

2.5. Związek między symptomami zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia a uwzględnionymi w projekcie zmiennymi psychologicznymi (tj. spostrzegane wsparcie społeczne oraz poczucie winy i wstyd) w całej próbie

U podstaw badań własnych legło także założenie (hipoteza 5), iż w badanej próbie osób transpłciowych istnieje powiązanie między symptomami zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia a uwzględnionymi w projekcie zmiennymi psychologicznymi (tj. spostrzegane wsparcie społeczne oraz poczucie winy i wstyd).

W celu oceny związku pomiędzy spostrzeganym wsparciem społecznym (wynikiem ogólnym oraz wsparciem ze strony rodziny, przyjaciół i osoby znaczącej), a także poczuciem winy i wstydem a nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia, zastosowano korelację r Pearsona (Tab. 12).

Tabela 12

Związek pomiędzy poziomem spostrzeganego wsparcia społecznego, poczuciem winy i wstydem a nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania w całej próbie (N=185)

Zmienna		Spostrzegane wsparcie społeczne (suma)	Rodzina	Przyjaciele	Osoba znacząca	Poczucie winy	Wstyd
Symptomy zaburzeń odżywiania (suma)	r Pearsona	-0,39**	-0,36**	-0,24*	-0,25*	-0,07	0,27*
	Istotność	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,376	<0,001
Presja społeczna	r Pearsona	-0,11	-0,04	-0,16*	-0,06	-0,14	0,13
	Istotność	0,136	0,602	0,034	0,427	0,056	0,086
Świadomość żywieniowa	r Pearsona	-0,16*	-0,30*	0,01	-0,03	-0,11	-0,05
	Istotność	0,032	<0,001	0,892	0,689	0,132	0,461
Zachowania przeczystające	r Pearsona	-0,09	-0,14	-0,04	0,01	0,08	0,29*
	Istotność	0,244	0,078	0,587	0,946	0,270	<0,001
Zaabsorbowanie jedzeniem	r Pearsona	-0,35**	-0,34**	-0,19*	-0,24*	0,03	0,31**
	Istotność	<0,001	<0,001	0,012	0,001	0,710	<0,001

Adnotacja: * – słaby związek, ** – umiarkowany związek

Nasilenie symptomów zaburzeń odżywiania w badanej próbie wykazywało ujemne związki z ogólnym poziomem spostrzeganego wsparcia społecznego oraz wsparciem analizowanym odrębnie – od rodziny, przyjaciół i osoby znaczącej. Presja społeczna była natomiast słabo i negatywnie powiązana wyłącznie ze wsparciem ze strony przyjaciół. Z kolei świadomość żywieniowa pozostawała w ujemnej korelacji z ogólnym wsparciem społecznym oraz wsparciem rodzinnym. Zaabsorbowanie jedzeniem było negatywnie związane zarówno z ogólnym wsparciem społecznym, jak i wsparciem od rodziny, przyjaciół oraz osoby znaczącej, co wskazuje, że wyższy poziom spostrzeganego wsparcia wiązał się z mniejszym nasileniem zaabsorbowania jedzeniem.

Ponadto odnotowano, że wstyd był dodatnio związany z nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania, zachowaniami przeczyszczającymi oraz zaabsorbowaniem jedzeniem. Wszystkie te związki charakteryzowały się słabą lub umiarkowaną siłą. Warto również podkreślić, że poczucie winy nie było istotnie powiązane z nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia, zarówno w odniesieniu do wyniku ogólnego, jak i żadnej z wyróżnionych podskal. Wyniki analiz statystycznych przeprowadzonych celem weryfikacji hipotezy 5 upoważniają do jej częściowego przyjęcia.

2.6. Związek między poczuciem winy i wstydem a uwzględnionymi w projekcie zmiennymi seksuologicznymi (tj. typ transpłciowości i etap tranzycji)

Omawiany tu projekt badawczy zawierał także założenie (hipoteza 6), że w badanej próbie osób transpłciowych istnieje powiązanie między poczuciem winy i wstydem a uwzględnionymi w projekcie zmiennymi seksuologicznymi (tj. typ transpłciowości i etap tranzycji). Sprawdzono zatem, czy kobiety transpłciowe różnią się od mężczyzn transpłciowych w zakresie doświadczanego poczucia winy i wstydu. W tym celu wykorzystano nieparametryczny test *t*-Studenta dla prób niezależnych (Tab. 13).

Tabela 13

Porównanie średnich dla poczucia winy oraz wstydu między transpłciowymi kobietami i mężczyznami

Zmienna	Mężczyźni transpłciowi (<i>n</i> = 108)		Kobiety transpłciowe (<i>n</i> = 77)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Poczucie winy	64,04	10,61	62,04	7,64	1,41	0,160
Wstyd	49,13	11,70	47,09	10,94	1,20	0,232

Adnotacja: *n* – liczba obserwacji; *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *t* – wartość statystyki testowej; *p* – istotność statystyczna

Uzyskane wyniki nie pozwoliły na wnioskowanie o istnieniu istotnych statystycznie różnic między badanymi transpłciowymi kobietami i mężczyznami w zakresie doświadczanego przez nich wstydu i poczucia winy.

Następnie zweryfikowano, czy etap tranzykcji osób badanych jest związany z doświadczanym przez nie poczuciem winy i wstydem. W tym celu przeprowadzono nieparametryczną analizę korelacji *rho* Spearmana, ze względu na porządkowy charakter skali (Tab. 14). Z przeprowadzonej analizy korelacyjnej wynika, że etap tranzykcji nie jest związany z nasileniem poczucia winy ani wstydu w badanej próbie.

Tabela 14

Związek pomiędzy etapem tranzykcji a poczuciem winy i wstydem w całej próbie (N=185)

Zmienna	Etap tranzykcji	
Poczucie winy	<i>rho / r</i>	0,03
	Istotność	0,678
Wstyd	<i>rho / r</i>	-0,05
	Istotność	0,502

Następnie wykorzystano jednoczynnikową analizę wariancji (ANOVA) by sprawdzić, czy badani byli zróżnicowani w zakresie poczucia winy i wstydu ze względu na etap tranzykcji (1 – diagnoza niezgodności bez terapii hormonalnej i zmian chirurgicznych; 2 – diagnoza niezgodności płciowej z terapią hormonalną, ale bez zmian chirurgicznych; 3 – diagnoza niezgodności płciowej z terapią hormonalną i interwencjami chirurgicznymi (Tab. 15).

Tabela 15

Porównanie średnich poczucia winy i wstydu między badanymi wyróżnionymi ze względu na etap tranzykcji

Zmienna	Diagnoza niezgodności płciowej, ale brak terapii hormonalnej i zmian chirurgicznych (n = 54)		Diagnoza niezgodności płciowej i występuje terapia hormonalna, ale brak zmian chirurgicznych (n = 79)		Diagnoza niezgodności płciowej, występuje terapia hormonalna i odbyły się interwencje chirurgiczne (n = 52)		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Poczucie winy	65,95	7,40	60,26	12,24	62,10	8,07	6,61	0,002
Wstyd	47,70	12,09	49,73	12,11	46,67	9,32	1,23	0,294

Adnotacja: n – liczba obserwacji; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; F – wartość statystyki testowej; p – istotność statystyczna; η^2 – wskaźnik siły efektu

W oparciu o analizę zebranych danych nie wykazano różnic istotnych statystycznie pomiędzy osobami badanymi w zakresie wstydu. Analiza dowiodła natomiast istotne statystycznie zróżnicowanie między porównywanymi grupami w zakresie poczucia winy. Aby określić, pomiędzy którymi konkretnie grupami wystąpiły te różnice, przeprowadzono testy *post-hoc* z zastosowaniem poprawki Bonferroniego (Tab. 16). Hipoteza 6 została potwierdzona li tylko w odniesieniu do różnic w zakresie poczucia winy pomiędzy grupami wyróżnionymi ze względu na etap tranzykcji.

Tabela 16

Porównania parami z poprawką Bonferroniego pomiędzy poszczególnymi etapami tranzykcji dla wstydu i poczucia winy

Zmienna	Porównywane grupy	Różnica średnich	SE	p
Poczucie winy	1 – 2	-5,69	1,63	0,002
	1 – 3	-1,83	1,79	0,922
	3 – 2	-3,85	1,65	0,062

Adnotacja: 1 – Diagnoza niezgodności płciowej, ale brak terapii hormonalnej i zmian chirurgicznych; 2 – Diagnoza niezgodności płciowej i występuje terapia hormonalna, ale brak zmian chirurgicznych; 3 – Diagnoza niezgodności płciowej, występuje terapia hormonalna i odbyły się interwencje chirurgiczne

Badani na I etapie tranzykcji, tj. z diagnozą niezgodności płciowej, ale niepodlegający żadnych oddziaływań medycznych powiązanych z tranzycją, przejawiali wyższe nasilenie poczucia winy niż badani na II etapie tranzykcji. Grupy badanych na II i III etapie tranzykcji nie różniły się istotnie statystycznie pod względem poczucia winy.

2.7. Związek między spostrzeganym wsparciem społecznym a uwzględnionymi w projekcie zmiennymi seksuologicznymi (tj. typ transpłciowości i etap tranzykcji)

W kolejnym kroku analiz weryfikacji poddano hipotezę 7, w ramach której założono, iż w badanej próbie osób transpłciowych istnieje powiązanie między spostrzeganym wsparciem społecznym a uwzględnionymi w projekcie zmiennymi seksuologicznymi (tj. typ transpłciowości i etap tranzykcji).

Sprawdzono, czy kobiety transpłciowe różnią się od mężczyzn transpłciowych w zakresie spostrzeganego wsparcia społecznego. W tym celu wykorzystano nieparametryczny test *t*-Studenta dla prób niezależnych (Tab. 17).

Tabela 17

Porównanie średnich dla spostrzeganego wsparcia społecznego między transpłciowymi kobietami i mężczyznami

Zmienna	Mężczyźni transpłciowi (<i>n</i> = 108)		Kobiety transpłciowe (<i>n</i> = 77)		<i>T</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Spostrzegane wsparcie społeczne (suma)	59,26	15,02	59,96	14,29	-0,32	0,750
Rodzina	14,78	7,14	15,27	7,62	-0,45	0,652
Przyjaciele	22,00	5,87	21,73	6,24	0,30	0,762
Osoba znacząca	22,48	6,62	22,96	6,78	-0,48	0,631

Adnotacja. *n* – liczba obserwacji; *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *t* – wartość statystyki testowej; *p* – istotność statystyczna

W oparciu o analizę statystyczną wykazano, że typ transpłciowości nie różnicuje badanych transpłciowych kobiet i mężczyzn zarówno pod względem spostrzeganego wsparcia ogólnego – mierzonego bez wyróżniania jego źródła, jak i wsparcia społecznego spostrzeganego odrębnie – ze strony rodziny, przyjaciół czy osoby znaczącej.

Następnie zweryfikowano to, czy etap tranzycji jest związany ze spostrzeganym wsparciem społecznym. W tym celu przeprowadzono nieparametryczną analizę korelacji *rho* Spearmana. Posłużono się korelacją nieparametryczną ze względu na porządkowy charakter zmiennej (Tab. 18).

Tabela 18

Związek pomiędzy etapem tranzycji a spostrzeganym wsparciem społecznym w całej próbie (N=185)

Zmienna	Etap tranzycji	
	<i>rho / r</i>	
Spostrzegane wsparcie społeczne (wynik ogólny)	0,18**	
	istotność	0,016
Rodzina	0,09	
	istotność	0,223
Przyjaciele	0,23*	
	istotność	0,002
Osoba znacząca	0,15*	
	istotność	0,037

Adnotacja: * – słaby związek, ** – umiarkowany związek

Etap tranzycji był pozytywnie i słabo związany z wynikiem ogólnym spostrzeganego wsparcia społecznego w ogóle, a także wsparcia społecznego spostrzeganego ze strony przyjaciół i osoby znaczącej.

W kolejnej części analizy zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji (ANOVA) w celu sprawdzenia, czy badani różnili się pod względem badanej zmiennej w zależności od etapu tranzycji (I – diagnoza niezgodności płciowej bez terapii hormonalnej i interwencji chirurgicznych; II – diagnoza niezgodności płciowej z terapią hormonalną, bez zmian chirurgicznych; III – diagnoza niezgodności płciowej z terapią hormonalną i interwencjami chirurgicznymi; Tab. 19).

Tabela 19

Porównanie średnich dla spostrzeganego wsparcia społecznego między badanymi wyróżnionymi ze względu na etap tranzycji

Zmienna zależna	Diagnoza niezgodności płciowej, ale brak terapii hormonalnej i zmian chirurgicznych (<i>n</i> = 54)		Diagnoza niezgodności płciowej i występuje terapia hormonalna, ale brak zmian chirurgicznych (<i>n</i> = 79)		Diagnoza niezgodności płciowej, występuje terapia hormonalna i odbyły się interwencje chirurgiczne (<i>n</i> = 52)		<i>F</i>	<i>P</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Spostrzegane wsparcie społeczne (suma)	56,26	16,64	58,95	14,02	63,88	12,59	3,80	0,024
Rodzina	14,70	7,62	14,22	7,41	16,44	6,79	1,51	0,223
Przyjaciele	19,98	6,50	22,38	5,45	23,12	5,94	4,21	0,016
Osoba znacząca	21,57	7,31	22,35	6,64	24,33	5,77	2,46	0,088

Adnotacja. *n* - liczba obserwacji; *M* - średnia; *SD* - odchylenie standardowe; *F* - wartość statystyki testowej; *p* - istotność statystyczna; η^2 - wskaźnik siły efektu

Analiza wykazała istotne statystycznie zróżnicowanie między porównywanymi grupami w zakresie spostrzeganego wsparcia społecznego (wynik ogólny) oraz wsparcia od przyjaciół. Celem ustalenia, pomiędzy którymi konkretnie grupami występują istotne statystycznie różnice, przeprowadzono testy *post-hoc* z zastosowaniem poprawki Bonferroniego (Tab. 20). Powyżej przedstawione analizy statystyczne pozwalają na częściowe przyjęcie hipotezy 7.

Tabela 20

Porównania parami z poprawką Bonferroniego pomiędzy poszczególnymi etapami tranzycji dla spostrzeganego wsparcia społecznego

Zmienna	Porównywane grupy	Różnica średnich	SE	p
Spostrzegane wsparcie społeczne (suma)	1 – 2	-2,69	2,55	0,881
	1 – 3	-7,62	2,81	0,022
	3 – 2	4,94	2,58	0,173
Przyjaciele	1 – 2	-2,39	1,04	0,068
	1 – 3	-3,13	1,15	0,021
	3 – 2	0,74	1,06	1,000

Adnotacja: 1 – Diagnoza niezgodności płciowej, ale brak terapii hormonalnej i zmian chirurgicznych; 2 – Diagnoza niezgodności płciowej i występuje terapia hormonalna, ale brak zmian chirurgicznych; 3 – Diagnoza niezgodności płciowej, występuje terapia hormonalna i odbyły się interwencje chirurgiczne

Na podstawie uzyskanych danych wnioskować można, iż na III etapie tranzycji osoby badane uzyskiwały wyższy wynik ogólny dla spostrzeganego wsparcia społecznego, a także wyższy wynik w zakresie spostrzeganego wsparcia społecznego ze strony przyjaciół od badanych na I etapie tranzycji, niepodjmujących żadnych działań medycznych wchodzących w zakres tranzycji, poza jej diagnozą.

2.8. Moderacyjny efekt zmiennych psychologicznych (tj. spostrzegane wsparcie społeczne oraz wstyd i poczucie winy) dla związku między zadowoleniem z obrazu ciała a symptomami zaburzeń odżywiania w całej próbie

W kolejnej hipotezie (hipoteza 8) założono, że zmienne psychologiczne (tj. spostrzegane wsparcie społeczne oraz wstyd i poczucie winy) będą moderowały związek między zadowoleniem z obrazu ciała a symptomami zaburzeń odżywiania w próbie osób transpłciowych.

W celu pogłębienia analiz korelacji omówionych powyżej, wykonano analizę regresji metodą wprowadzenia (tzw. regresja krokowa). Z jej pomocą sprawdzono, czy nasilenie symptomów zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia jest wyjaśniane w badanej próbie poprzez poczucie winy, wstyd, spostrzegane wsparcie społeczne i obraz ciała. Współczynnik VIF nie przekraczał wartości 3, co wskazuje na brak występowania współliniowości między zmiennymi. Szczegółowe wyniki analizy wraz ze standaryzowanymi i niestandaryzowanymi współczynnikami regresji przedstawiono w tabeli 21.

Tabela 21

Model regresji przewidujący nasilenie symptomów zaburzeń odżywiania na podstawie poczucia winy, wstydu, spostrzeganego wsparcia społecznego i zadowolenia z obrazu ciała

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>T</i>	<i>P</i>
(Stała)	116,92	11,85		9,86	<0,001
Poczucie winy	-0,27	0,20	-0,11	-1,32	0,188
Wstyd	0,45	0,17	0,22	2,56	0,011
Spostrzegane wsparcie społeczne (suma)	-0,35	0,11	-0,22	-3,19	0,002
Obraz ciała (suma)	-0,32	0,07	-0,32	-4,40	<0,001

Adnotacja. Zmienna zależna: Nasilenie zaburzeń odżywiania (wynik ogólny); *B* – współczynnik niestandardyzowany regresji; *SE* – błąd standardowy; *Beta* – współczynnik standaryzowany regresji; *t* – wynik testu *t* Studenta; *F* – wynik analizy wariancji; *R*²adj. – skorygowane *R*-kwadrat

Analiza wykazała, że testowany model istotnie przewiduje nasilenie symptomów zaburzeń odżywiania [$F(4;180) = 19,52$; $p < 0,001$; $R^2_{adj.} = 0,303$] i wyjaśnia 30,3 procent wariancji tej zmiennej.

Istotnymi predyktorami zmiennej głównej okazały się wstyd, spostrzegane wsparcie społeczne i zadowolenie z obrazu ciała. Wartości standaryzowanych współczynników regresji *Beta* wskazują na to, że nasilenie symptomów zaburzeń odżywiania jest tym większe, im większe jest odczuwanie wstydu u badanych, a także im mniejszy jest poziom spostrzeganego wsparcia społecznego i im niższe jest zadowolenie z obrazu ciała. Najsilniejszym predyktorem zmiennej głównej okazało się zadowolenie z obrazu ciała.

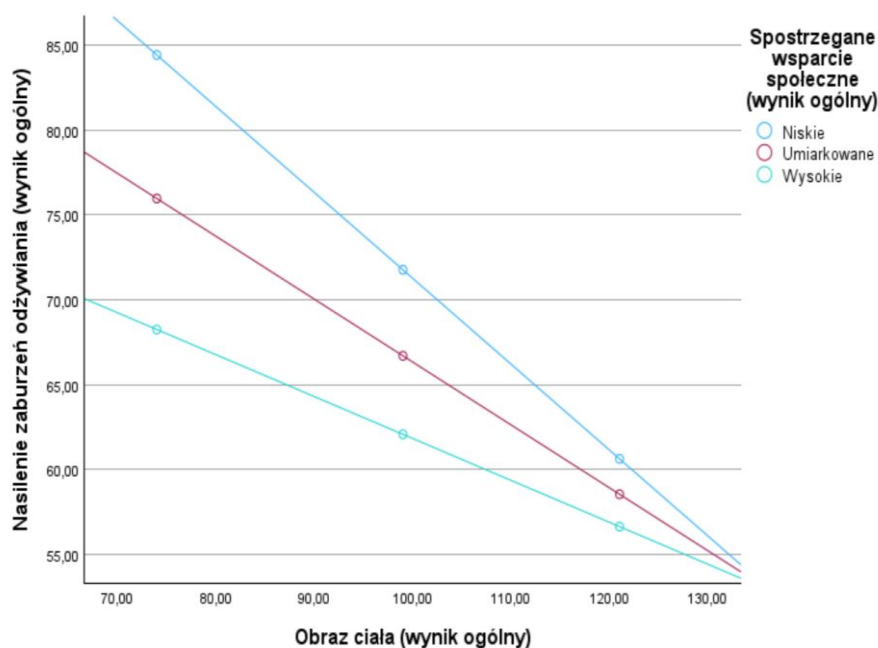
W celu zweryfikowania tego, czy wstyd, poczucie winy i spostrzegane wsparcie społeczne moderują związek pomiędzy zadowoleniem z obrazu ciała a nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia wykonano serię analiz. Wykonano je za pomocą makra PROCESS 4.3, modelu 1 (Hayes, 2013). Zmiennymi niezależnymi było zadowolenie z obrazu ciała (w każdej z analiz) oraz kolejno spostrzegane wsparcie społeczne, wstyd i poczucie winy. Zmienną zależną w każdej z trzech analiz moderacji było nasilenie symptomów zaburzeń odżywiania. Wyniki zawierające efekty główne i efekty interakcji znajdują się w tabeli 22. Dla wyników, w których interakcja była istotna, wykonano wykresy (Ryc. 8 i 9).

Tabela 22

Wyniki analizy moderacji dotyczącej związku zadowolenia z obrazu ciała, wsparcia społecznego, wstydu i poczucia winy z nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania

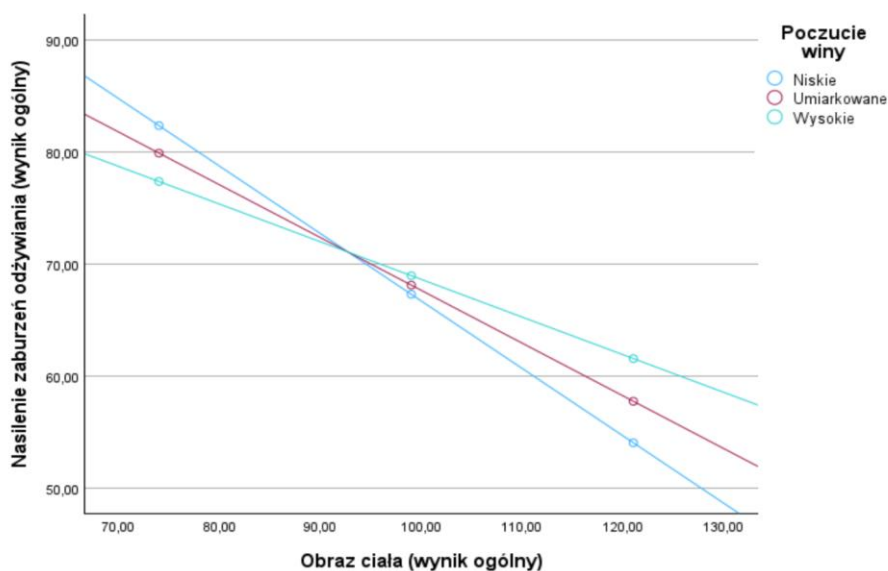
		<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>T</i>	<i>P</i>
Symptomy zaburzeń odżywiania (suma)	Obraz ciała (suma)	-0,95	0,26	3,66	<0,001
	Spostrzegane wsparcie społeczne (suma)	-1,30	0,42	3,11	0,002
	Spostrzegane wsparcie społeczne (suma) x obraz ciała	0,01	0,00	2,25	0,026
Symptomy zaburzeń odżywiania (suma)	Obraz ciała (suma)	-0,84	0,26	3,23	0,002
	Wstyd	-0,53	0,54	0,97	0,334
	Wstyd x obraz ciała	0,01	0,01	1,59	0,114
Symptomy zaburzeń odżywiania (suma)	Obraz ciała (suma)	-1,52	0,36	4,27	<0,001
	Poczucie winy	-1,52	0,53	2,86	0,005
	Poczucie winy x obraz ciała	0,02	0,01	2,96	0,004

Analiza wykazała istotną statystycznie interakcję w analizach, w których moderatorami było poczucie winy i spostrzegane wsparcie społeczne. Moderacja dla spostrzeganego wsparcia społecznego polegała na tym, że dla badanych o niskim poziomie spostrzeganego wsparcia społecznego związek między zadowoleniem z obrazu ciała a nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania był silniejszy ($b = -0,50$; $p < 0,001$) niż wówczas, gdy spostrzegane wsparcie społeczne było wysokie ($b = -0,24$; $p = 0,009$). Spostrzegane wsparcie społeczne buforowało negatywny związek między zadowoleniem z obrazu ciała a nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia w badanej próbie (Ryc. 8).



Rycina 8. Efekt interakcji ukazujący związek zadowolenia z obrazu ciała i postrzeganego wsparcia społecznego z nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania

Natomiast interakcja dla poczucia winy polegała na tym, że u badanych o niskim poziomie poczucia winy związek pomiędzy zadowoleniem z obrazu ciała a nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania był silniejszy ($b = -0,60$; $p < 0,001$) niż u badanych o wysokim poczuciu winy ($b = -0,33$; $p = 0,001$; rycina 9).



Rycina 9. Efekt interakcji ukazujący związek zadowolenia z obrazu ciała i poczucia winy z nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania

Na podstawie wyników wyżej prezentowanych analiz częściowo przyjęto hipotezę 8.

2.9. Moderacyjny efekt zmiennych seksuologicznych (tj. typ transpłciowości i etap tranzycji) dla związku między zadowoleniem z obrazu ciała a symptomami zaburzeń odżywiania

W omawianym projekcie badawczym założono również, iż w badanej próbie zmienne seksuologiczne (tj. typ transpłciowości i etap tranzycji) modyfikują związek między zadowoleniem z obrazu ciała a występowaniem symptomów zaburzeń odżywiania (hipoteza 9). Celem weryfikacji powyższej hipotezy przeprowadzono analizy korelacyjne (r Pearsona) osobno dla transpłciowych kobiet i dla transpłciowych mężczyzn (Tab. 23).

Tabela 23

Związek pomiędzy nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania a zadowoleniem z obrazu ciała osobno dla transpłciowych kobiet i mężczyzn

Zmienna		Symptomy zaburzeń odżywiania (suma)	Presja społeczna	Świadomość żywieniowa	Zachowania przeczystyszczające	Zaabsorbowanie jedzeniem
Kobiety transpłciowe	Obraz ciała (suma)	r -0,46**	-0,19	-0,43**	0,00	-0,39**
		p	<0,001	<0,001	0,979	<0,001
	Atrakcyjność seksualna	r -0,39**	-0,25*	-0,48**	0,04	-0,25*
		p	<0,001	<0,001	0,708	0,030
	Kontrola wagi	r -0,48**	-0,13	-0,39**	-0,01	-0,44**
		p	<0,001	<0,001	0,917	<0,001
Mężczyźni transpłciowi	Kondycja fizyczna	r -0,37**	-0,13	-0,17	-0,08	-0,43**
		p	<0,001	0,132	0,489	<0,001
	Obraz ciała (suma)	r -0,48**	-0,10	-0,16	-0,28*	-0,40**
		p	<0,001	0,106	0,005	<0,001
	Atrakcyjność fizyczna	r -0,40**	0,01	-0,23	-0,23*	-0,32**
		p	<0,001	0,922	0,025	<0,001
	Siła ciała	r -0,38**	-0,11	-0,13	-0,22*	-0,33**
		p	<0,001	0,166	0,031	<0,001
	Kondycja fizyczna	r -0,47**	-0,12	-0,08	-0,33**	-0,42**
		p	<0,001	0,198	0,001	<0,001

Adnotacja: * – słaby związek, ** – umiarkowany związek

W grupie kobiet transpłciowych ogólne zadowolenie z obrazu ciała było umiarkowanie i istotnie negatywnie związane z nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania w dwóch wymiarach – świadomość żywieniowa oraz zaabsorbowanie jedzeniem. Podobne, istotne statystycznie ujemne związki wykazano dla większości wymiarów zadowolenia z obrazu ciała (takich jak: atrakcyjność seksualna, kontrola wagi oraz kondycja fizyczna) z ogólnym nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania i ich wymiarów – świadomości żywieniowej i zaabsorbowania jedzeniem. Warto także zauważyć, iż presja społeczna oraz zachowania

przeczyszczające wykazywały nieliczne i słabsze związki z zadowoleniem z obrazu ciała, a w wielu przypadkach związki te nie osiągały istotności statystycznej.

Z kolei w grupie mężczyzn transpłciowych ogólny wynik zadowolenia z obrazu ciała również był istotnie i umiarkowanie negatywnie powiązany z nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania w ogóle oraz z zaabsorbowaniem jedzeniem. Dodatkowo wśród badanych mężczyzn częściej obserwowano istotne statystycznie ujemne związki pomiędzy wymiarami zadowolenia z obrazu ciała (atrakcyjność fizyczna, siła ciała, kondycja fizyczna) a zachowaniami przeczyszczającymi. Z kolei presja społeczna i świadomość żywieniowa w większości przypadków nie były istotnie związane z ogólnym zadowoleniem z obrazu ciała.

Podsumowując, w porównywanych grupach wyższe zadowolenie z obrazu ciała wiązało się z niższym nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania, zwłaszcza w zakresie wyniku ogólnego oraz zaabsorbowania jedzeniem. Jednocześnie widoczne są różnice międzypłciowe, polegające na silniejszych i częściej odnotowanych związkach zadowolenia z obrazu ciała z zachowaniami przeczyszczającymi u mężczyzn transpłciowych.

W ostatniej analizie sprawdzono, czy etap tranzycji oraz typ transpłciowości są moderatorami w związku zadowolenia z obrazu ciała z nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania. W tym celu wykonano dwie dwuczynnikowe analizy wariancji w schemacie międzyobiektowym. Pierwsza z nich była w schemacie 2 (płeć: kobiety vs. mężczyźni) x 2 (zadowolenie z obrazu ciała: niskie vs. wysokie), gdzie zadowolenie z obrazu ciała było podzielone na niskie i wysokie za pomocą mediany. Druga z analiz przebiegała w schemacie 3 (etap tranzycji: etap diagnozy vs. etap hormonów vs. etap interwencji chirurgicznej) x 2 (zadowolenie z obrazu ciała: niskie vs. wysokie). Wyniki przeprowadzonej analizy przedstawiono w tabeli 24.

Tabela 24

Wyniki dwuczynnikowej analizy ANOVA w schemacie międzyobiekowym dotyczącej związku płci i zadowolenia z obrazu ciała oraz etapu tranzycji i zadowolenia z obrazu ciała z nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania

		<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Symptomy zaburzeń odżywiania (suma)	Obraz ciała	14337,96	1	30,89	<0,001	0,15
	Płeć	20,22	1	0,04	0,835	0,00
	Obraz ciała x płeć	111,39	1	0,24	0,625	0,00
Symptomy zaburzeń odżywiania (suma)	Obraz ciała	12040,02	1	25,95	<0,001	0,13
	Etap tranzycji	17,20	2	0,02	0,982	0,00
	Obraz ciała x etap tranzycji	825,03	2	0,89	0,413	0,01

Analiza nie wykazała żadnych istotnych efektów interakcji, poza efektem głównym zadowolenia z obrazu ciała. Polegał on na tym, że badani o niskim zadowoleniu z obrazu ciała mieli bardziej nasilone symptomy zaburzeń odżywiania w porównaniu do badanych o wysokim zadowoleniu z obrazu ciała. Hipoteza 9 została odrzucona w wyniku analizy wyników badań własnych.

3. Wnioski

Przeprowadzone analizy statystyczne pozwoliły na zweryfikowanie hipotez niniejszego projektu badawczego. Syntetyczne podsumowanie owej weryfikacji przedstawiono w tabeli 25. Takie uporządkowanie rezultatów pozwoli na przejrzyste podsumowanie części empirycznej pracy oraz stanowić będzie punkt wyjścia do dalszej dyskusji teoretycznej i praktycznych implikacji przeprowadzonych badań.

Tabela 25*Weryfikacja hipotez badawczych*

hipoteza	weryfikacja hipotez
H1: W badanej grupie osób transpłciowych istnieje związek między zadowoleniem z obrazu ciała a symptomami zaburzeń odżywiania.	częściowo przyjęto
H2: W badanej grupie osób transpłciowych istnieje powiązanie między zadowoleniem z obrazu ciała a wyróżnionymi w projekcie zmiennymi seksuologicznymi (tj. typ transpłciowości i etap tranzykcji)	przyjęto
H3: W badanej grupie osób transpłciowych istnieje powiązanie między zadowoleniem z obrazu ciała a wyróżnionymi w projekcie zmiennymi psychologicznymi (tj. spostrzegane wsparcie społeczne oraz poczucie winy i wstyd).	częściowo przyjęto
H4: W badanej grupie osób transpłciowych istnieje powiązanie między symptomami zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia a wyróżnionymi w projekcie zmiennymi seksuologicznymi (tj. typ transpłciowości i etap tranzykcji).	częściowo przyjęto
H5: W badanej grupie osób transpłciowych istnieje powiązanie między symptomami zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia a wyróżnionymi w projekcie zmiennymi psychologicznymi (tj. spostrzegane wsparcie społeczne oraz poczucie winy i wstyd).	częściowo przyjęto
H6: W badanej grupie osób transpłciowych istnieje powiązanie między poczuciem winy i wstydem a wyróżnionymi w projekcie zmiennymi seksuologicznymi (tj. typ transpłciowości i etap tranzykcji).	częściowo przyjęto
H7: W badanej grupie osób transpłciowych istnieje powiązanie między spostrzeganym wsparciem społecznym a wyróżnionymi w projekcie zmiennymi seksuologicznymi (tj. typ transpłciowości i etap tranzykcji).	częściowo przyjęto
H8: W badanej grupie osób transpłciowych zmienne psychologiczne (tj. spostrzegane wsparcie społeczne oraz wstyd i poczucie winy) modyfikują związek między zadowoleniem z obrazu ciała a symptomami zaburzeń odżywiania.	częściowo przyjęto
H9: W badanej grupie osób transpłciowych zmienne seksuologiczne (tj. typ transpłciowości i etap tranzykcji) modyfikują związek między zadowoleniem z obrazu ciała a występowaniem symptomów zaburzeń odżywiania.	odrzucono

Hipoteza 1: Wyniki badań potwierdziły istnienie istotnego, umiarkowanego i ujemnego związku między nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania a poziomem zadowolenia z obrazu ciała w grupie osób transpłciowych. Niższe zadowolenie z ciała wiązało się z wyższym nasileniem ogólnych symptomów nieuporządkowanego jedzenia oraz z ich poszczególnymi

wymiarami. Negatywne zależności (o sile od słabej do umiarkowanej) odnotowano w odniesieniu do świadomości żywieniowej, zaabsorbowania jedzeniem oraz zachowań przeczyszczających. Presja społeczna pozostawała słabo i ujemnie związana z wybranymi aspektami obrazu ciała jedynie w grupie kobiet. Uzyskane rezultaty pozwalają na częściowe potwierdzenie hipotezy o związku między obrazem ciała a nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania.

Hipoteza 2: Wyniki badań potwierdziły istnienie związku między zadowoleniem z obrazu ciała a analizowanymi zmiennymi seksuologicznymi. Stwierdzono istotne statystycznie różnice w zakresie ogólnego poziomu zadowolenia z obrazu ciała pomiędzy kobietami i mężczyznami transpłciowymi – mężczyźni uzyskiwali wyższe wyniki niż kobiety. Wykazano ponadto umiarkowany, dodatni związek między etapem tranzycji a ogólnym poziomem zadowolenia z obrazu ciała oraz wszystkimi jego wymiarami, zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn. Analizy wariancji potwierdziły istotność tych różnic między grupami na różnych etapach procesu tranzycji. Uzyskane rezultaty pozwalają na pełne przyjęcie hipotezy dotyczącej powiązań obrazu ciała z typem transpłciowości i etapem tranzycji.

Hipoteza 3: Wyniki badań częściowo potwierdziły hipotezę o związku między zadowoleniem z obrazu ciała a analizowanymi zmiennymi psychologicznymi. Stwierdzono, że wyższy poziom spostrzeganego wsparcia społecznego – zarówno ogólnego, jak i pochodzącego od rodziny, przyjaciół oraz osoby znaczącej – wiązał się z wyższym poziomem zadowolenia z obrazu ciała. Zależności te miały charakter dodatni i osiągały siłę od słabej do umiarkowanej, przy czym w przypadku wsparcia od osoby znaczącej nie wszystkie wymiary obrazu ciała osiągały poziom istotności statystycznej. W zakresie emocji samoświadomościowych wykazano, że wstyd pozostawał w ujemnym związku z ogólnym poziomem zadowolenia z obrazu ciała oraz wybranymi jego wymiarami (kontrola wagi, siła i kondycja fizyczna, atrakcyjność fizyczna). Poczucie winy było natomiast słabo i dodatnio powiązane z oceną atrakcyjności fizycznej i seksualnej.

Hipoteza 4: Wyniki analiz częściowo potwierdziły hipotezę o związku między nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania a zmiennymi seksuologicznymi. W zakresie typu transpłciowości istotne statystycznie różnice stwierdzono wyłącznie w wymiarze świadomości żywieniowej – kobiety uzyskały wyższe wyniki niż mężczyźni. Uwzględnienie etapu tranzycji wykazało istotne zróżnicowanie nasilenia symptomów zaburzeń odżywiania zarówno w wyniku ogólnym, jak i w wymiarach presji społecznej oraz świadomości żywieniowej. Oznacza to, że wybrane aspekty nieuporządkowanego jedzenia różnicują się w zależności od

zaawansowania procesu tranzykcji. Uzyskane rezultaty uzasadniają częściowe przyjęcie hipotezy dotyczącej powiązań między symptomami zaburzeń odżywiania a analizowanymi zmiennymi seksuologicznymi.

Hipoteza 5: Wyniki badań częściowo potwierdziły hipotezę o związku między nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania a analizowanymi zmiennymi psychologicznymi. Stwierdzono, że wyższy poziom spostrzeganego wsparcia społecznego – zarówno ogólnego, jak i pochodzącego od rodziny, przyjaciół oraz osoby znaczącej – wiązał się z niższym nasileniem ogólnych symptomów zaburzeń odżywiania. Ujemne zależności odnotowano również w odniesieniu do wybranych wymiarów nieuporządkowanego jedzenia, w szczególności zaabsorbowania jedzeniem oraz świadomości żywieniowej. Jednocześnie wykazano, że wstyd pozostawał w dodatnim związku z nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania, zachowaniami przeczyszczającymi oraz zaabsorbowaniem jedzeniem, przy sile zależności od słabej do umiarkowanej. Poczucie winy nie wykazywało istotnych statystycznie powiązań z analizowanymi wskaźnikami.

Hipoteza 6: Wyniki badań nie wykazały istotnych różnic między kobietami i mężczyznami transpłciowymi w zakresie doświadczanego poczucia winy i wstydu. Etap tranzykcji nie pozostawał w istotnym związku korelacyjnym z nasileniem tych emocji. Analizy międzygrupowe ujawniły natomiast istotne zróżnicowanie w zakresie poczucia winy – osoby na I etapie tranzykcji doświadczały wyższego jego nasilenia niż osoby na II etapie, przy braku różnic między etapem II i III. W zakresie wstydu nie stwierdzono istotnych różnic. Hipoteza została zatem potwierdzona jedynie częściowo, wyłącznie w odniesieniu do poczucia winy i etapu tranzykcji.

Hipoteza 7: Wyniki badań nie wykazały istotnych różnic między kobietami i mężczyznami transpłciowymi w zakresie spostrzeganego wsparcia społecznego, zarówno ogólnego, jak i pochodzącego od rodziny, przyjaciół czy osoby znaczącej. Stwierdzono natomiast słaby, dodatni związek między etapem tranzykcji a poziomem spostrzeganego wsparcia społecznego (ogólnego oraz ze strony przyjaciół i osoby znaczącej). Analizy międzygrupowe wykazały, że osoby na III etapie tranzykcji doświadczały wyższego poziomu ogólnego wsparcia społecznego oraz wsparcia od przyjaciół niż osoby na I etapie. Hipoteza została zatem częściowo potwierdzona – wyłącznie w odniesieniu do etapu tranzykcji.

Hipoteza 8: Model obejmujący zadowolenie z obrazu ciała, wstyd, poczucie winy oraz spostrzegane wsparcie społeczne istotnie wyjaśniał nasilenie symptomów zaburzeń odżywiania, tłumacząc 30,3% wariancji zmiennej zależnej. Istotnymi predyktorami okazały się

wstyd (związek dodatni), spostrzegane wsparcie społeczne (związek ujemny) oraz zadowolenie z obrazu ciała (związek ujemny), przy czym najsilniejszym predyktorem było zadowolenie z obrazu ciała. Analizy moderacji wykazały, że spostrzegane wsparcie społeczne oraz poczucie winy moderowały związek między zadowoleniem z obrazu ciała a nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania. Wysoki poziom wsparcia społecznego osłabiał negatywny związek między niezadowoleniem z ciała a nasileniem symptomów, wskazując na jego funkcję buforującą. Podobny efekt moderacyjny odnotowano w odniesieniu do poczucia winy. Wstyd nie pełnił funkcji moderatora. Hipoteza została zatem częściowo potwierdzona.

Hipoteza 9: Analizy wariancji wykazały, że ani typ transpłciowości, ani etap tranzycji nie moderowały związku między zadowoleniem z obrazu ciała a nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania. Jedynym istotnym efektem był efekt główny zadowolenia z obrazu ciała: osoby z niższym zadowoleniem doświadczały silniejszych symptomów zaburzeń odżywiania. Hipoteza zakładająca moderację typu transpłciowości i etapu tranzycji w tym związku została odrzucona.

DYSKUSJA

W ramach realizowanego projektu badawczego przyjęto hipotezę zakładającą istnienie zależności pomiędzy poziomem zadowolenia z obrazu ciała a nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania w grupie osób transpłciowych (hipoteza 1). Przeprowadzone analizy wykazały istotne statystycznie, ujemne oraz umiarkowane korelacje pomiędzy ogólnym nasileniem zaburzeń odżywiania a globalnym wskaźnikiem obrazu ciała, jak również wszystkimi jego wymiarami składowymi. Otrzymane wyniki wskazują, iż niższy poziom zadowolenia z obrazu własnego ciała wiąże się z wyższym nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania w badanej próbie. Uzyskane w badaniach własnych wyniki wskazujące na istotne statystycznie, umiarkowane oraz ujemne korelacje pomiędzy ogólnym nasileniem zaburzeń odżywiania a globalnym wskaźnikiem obrazu ciała oraz wszystkimi jego wymiarami składowymi pozostają w zgodzie z dotychczasowym stanem wiedzy empirycznej i teoretycznej dotyczącej psychologicznych uwarunkowań zaburzeń odżywiania. Oznacza to, iż niższy poziom zadowolenia z obrazu własnego ciała wiąże się z wyższym nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania, co potwierdza kluczową rolę obrazu ciała jako jednego z centralnych czynników ryzyka rozwoju oraz podtrzymywania patologicznych wzorców jedzenia. Podobne zależności wykazano w licznych badaniach empirycznych, w których negatywny obraz ciała pozostawał istotnie związany z nasileniem zachowań charakterystycznych dla zaburzeń odżywiania, takich jak restrykcje żywieniowe, objadanie się czy zachowania kompensacyjne (Thompson i in., 2001). Również wyniki współczesnych badań przekrojowych potwierdzają, że spostrzeganie własnego ciała oraz niezadowolenie z wyglądu stanowią istotne predyktory zaburzeń odżywiania oraz obniżonej jakości życia (Giannakopoulos i in., 2023). Zbieżność tych rezultatów z wynikami badań własnych może wskazywać na uniwersalność obserwowanego związku, niezależnie od specyfiki badanej próby. Dyskutując powyższy wynik badań własnych warto także zauważyć, iż zgodnie z modelami pośredniczącymi, relacja pomiędzy obrazem ciała a zaburzeniami odżywiania nie musi mieć charakteru bezpośredniego. Badania E. Penas-Lledo i współpracowników (2014) wskazują, że niezadowolenie z obrazu ciała może oddziaływać na zachowania żywieniowe pośrednio, poprzez obniżoną samoocenę oraz nasilenie objawów depresyjnych. W tym kontekście uzyskane w badaniach własnych umiarkowane korelacje mogą odzwierciedlać złożoną sieć zależności psychologicznych, w których obraz ciała stanowi istotny, lecz nie jedyny czynnik powiązany z symptomami zaburzeń odżywiania. Otrzymane wyniki można również interpretować w świetle społeczno-kulturowych modeli obrazu ciała. Zgodnie z teorią porównań społecznych oraz modelem wpływów społecznych, internalizacja kulturowych ideałów szczupłości sprzyja negatywnej

ocenie własnego ciała, co z kolei zwiększa podatność na zaburzenia odżywiania (Thompson i in., 2001). W tym ujęciu obraz ciała pełni funkcję mediatora pomiędzy presją społeczno-kulturową a zachowaniami żywieniowymi, co znajduje potwierdzenie zarówno w badaniach empirycznych, jak i w uzyskanych wynikach. Z kolei integracyjne modele zaburzeń odżywiania podkreślają wielowymiarowy charakter obrazu ciała, obejmujący komponenty poznawcze, emocjonalne i behawioralne, które wzajemnie się wzmacniają i przyczyniają do utrwalania patologicznych wzorców jedzenia (Izydorczyk, 2020). Ujemne korelacje pomiędzy wszystkimi wymiarami obrazu ciała a symptomami zaburzeń odżywiania w badaniach własnych wspierają założenie, że im bardziej negatywna i zniekształcona reprezentacja własnego ciała, tym większe ryzyko występowania nieprawidłowego funkcjonowania w sferze odżywiania. Ponadto warto również podkreślić, iż wyniki te pozostają spójne z teoriami wyjaśniającymi mechanizmy regulacji emocji w zaburzeniach odżywiania, takimi jak model podwójnych ścieżek czy teoria uprzedmiotowienia ciała. Zgodnie z nimi negatywny obraz ciała prowadzi do nasilenia negatywnego afektu, który może być regulowany poprzez zachowania żywieniowe o charakterze dysfunkcyjnym (Stice i in., 2014). W tym kontekście obserwowany związek pomiędzy obrazem ciała a symptomami zaburzeń odżywiania można interpretować jako przejaw mechanizmów radzenia sobie z dyskomfortem emocjonalnym. Ponadto uzyskane wyniki znajdują uzasadnienie w koncepcjach podkreślających rolę społeczno-kulturowych uwarunkowań obrazu ciała, takich jak presja medialna i normy estetyczne, które sprzyjają rozwojowi niezadowolenia z wyglądu oraz patologicznych zachowań żywieniowych (Grasewicz, 2016). Zbieżność wyników uzyskanych w ramach omawianego projektu badań własnych z tymi ustaleniami potwierdza zasadność traktowania obrazu ciała jako jednego z kluczowych obszarów interwencji profilaktycznych i terapeutycznych w kontekście nieprawidłowej relacji z jedzeniem (skrajnie – zaburzeń odżywiania) także w grupie osób transpłciowych.

Dodatkowa analiza korelacji pomiędzy różnymi grupami symptomów zaburzeń odżywiania a wymiarami obrazu ciała ujawniła złożone zależności. Presja społeczna okazała się istotnie, ujemnie, lecz słabo powiązana wyłącznie w grupie kobiet z postrzeganą atrakcyjnością seksualną oraz oceną własnej kondycji fizycznej. Oznacza to, że wraz ze wzrostem subiektywnie doświadczanej presji społecznej obniżała się ocena własnej atrakcyjności seksualnej oraz kondycji fizycznej w tej podgrupie. Świadomość żywieniowa pozostawała natomiast w istotnych, ujemnych relacjach z niemal wszystkimi komponentami obrazu ciała, przy czym jedyny nieistotny statystycznie związek dotyczył kondycji fizycznej w

grupie kobiet. Uzyskane wyniki sugerują, iż wyższy poziom świadomości żywieniowej wiązał się z mniej korzystną oceną obrazu własnego ciała. Siła tych związków mieściła się w przedziale od słabej do umiarkowanej. Zachowania przeczyszczające wykazywały słabe, ujemne korelacje z kontrolą masy ciała, oceną atrakcyjności fizycznej oraz kondycją fizyczną. Wskazuje to, że większe nasilenie tego typu zachowań było powiązane z mniej adaptacyjną regulacją kontroli wagi, niższą oceną własnej atrakcyjności fizycznej oraz mniejszym zadowoleniem z kondycji fizycznej. Analogicznie do wyniku ogólnego symptomów zaburzeń odżywiania, zaabsorbowanie jedzeniem pozostawało w istotnych, ujemnych relacjach zarówno z ogólnym wynikiem obrazu ciała, jak i ze wszystkimi jego wymiarami. Oznacza to, iż wyższy poziom poznawczo-emocjonalnego zaangażowania w kwestie związane z jedzeniem wiązał się z bardziej negatywną oceną własnego ciała. Siła zaobserwowanych związków mieściła się w zakresie od słabej do umiarkowanej. Uzyskane wyniki ponownie wskazują na złożony i wielowymiarowy charakter korelacji pomiędzy grupami symptomów zaburzeń odżywiania a obrazem ciała. Zgodnie z założeniami przywoływanymi już modeli społeczno-kulturowych (Stice i in., 1994; Rodgers, Melioli, 2016), presja społeczna okazała się istotnie związana z wybranymi wymiarami obrazu ciała, jednak istotny statystycznie związek tych zmiennych ujawnił się wyłącznie w grupie kobiet i dotyczył postrzeganej atrakcyjności seksualnej oraz oceny kondycji fizycznej. Wynik ten potwierdza wcześniejsze doniesienia (Rodgers, Melioli, 2016) wskazujące, że kobiety są szczególnie podatne na internalizację norm kulturowych dotyczących wyglądu, a presja społeczna częściej niż u mężczyzn przekłada się u nich na krytyczną ocenę własnego ciała. Jednocześnie słaba siła zaobserwowanych korelacji sugeruje, że presja społeczna może pozostawać w związku z określonymi aspektami obrazu ciała, nie zaś z jego oceną w wymiarze globalnym. Analiza relacji pomiędzy świadomością żywieniową a wymiarami obrazu ciała ujawniła istotne, ujemne związki z niemal wszystkimi komponentami obrazu ciała, co może wydawać się paradoksalne z perspektywy potocznego rozumienia zdrowych zachowań żywieniowych. Wyniki te znajdują jednak potwierdzenie w badaniach wskazujących, że zwiększona koncentracja na jedzeniu, normach dietetycznych oraz kontroli spożycia może sprzyjać nasileniu krytycznego monitorowania ciała i porównań społecznych, prowadząc do obniżonego zadowolenia z własnego wyglądu (Meadows, Higgs, 2019). W tym kontekście świadomość żywieniowa może pełnić funkcję czynnika ryzyka, jeśli wiąże się z nadmierną kontrolą i poznawczą sztywnością, a nie z elastyczną regulacją zachowań zdrowotnych. Z kolei zachowania przeczyszczające wykazywały słabe, lecz istotne ujemne korelacje z oceną atrakcyjności fizycznej, kontrolą masy ciała oraz kondycją fizyczną. Wyniki te są spójne z klasycznymi ujęciami zaburzeń odżywiania, które podkreślają, że zachowania

kompensacyjne nie prowadzą do poprawy obrazu ciała, lecz są raczej jego konsekwencją oraz czynnikiem podtrzymującym negatywną samoocenę fizyczną (Fairburn, Beglin, 1994). Z perspektywy poznawczo-behawioralnej zachowania te mogą pełnić funkcję regulacji emocjonalnej, jednocześnie wzmacniając negatywne schematy dotyczące ciała i kontroli jego masy. Najbardziej spójny i globalny wzorzec korelacji zaobserwowano w badanej próbie w odniesieniu do zaabsorbowania jedzeniem, które pozostawało w istotnych, ujemnych związkach zarówno z ogólnym wynikiem obrazu ciała, jak i ze wszystkimi jego wymiarami. Rezultat ten jest zgodny z poznawczo-behawioralnym modelem zaburzeń odżywiania, zgodnie z którym nadmierne poznawczo-emocjonalne zaangażowanie w kwestie jedzenia i masy ciała stanowi centralny mechanizm podtrzymujący negatywną ocenę własnego ciała (Fairburn, 2008). Dodatkowo wcześniejsze badania wskazują (Bardone-Cone, Cass, 2006), że niezadowolenie z obrazu ciała pośredniczy w relacji pomiędzy negatywnym afektem a nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania, wzmacniając obsesyjność myślenia o jedzeniu. Uzyskane wyniki potwierdzają również zasadność traktowania obrazu ciała jako konstruktu wielowymiarowego. Zgodnie z modelem zaproponowanym przez T. Casha (2004), poszczególne wymiary obrazu ciała mogą różnić się wrażliwością na określone komponenty zaburzeń odżywiania, co znalazło odzwierciedlenie w zróżnicowanych wzorcach korelacji obserwowanych w niniejszym badaniu. Takie podejście pozwala na bardziej precyzyjne rozumienie mechanizmów leżących u podstaw zaburzeń odżywiania oraz wyeliminowanie nadmiernych uproszczeń wynikających z analiz w oparciu o wyłącznie wyniki globalne.

Kolejna hipoteza dotyczyła związku pomiędzy poziomem zadowolenia z obrazu ciała a wybranymi zmiennymi seksuologicznymi w grupie osób transpłciowych, tj. typem transpłciowości oraz etapem procesu tranzycji. Przeprowadzone analizy wykazały istotne statystycznie zróżnicowanie pomiędzy porównywanymi grupami w zakresie ogólnego wskaźnika obrazu ciała. Mężczyźni transpłciowi osiągnęli średnio wynik wyższy w zakresie zadowolenia z obrazu ciała w porównaniu z transpłciowymi kobietami. Można zatem wnioskować o korzystniejszej charakterystyce obrazu ciała w grupie mężczyzn, co pozostaje w zgodzie z wcześniejszymi ustaleniami wynikającymi z projektów badawczych uwzględniających zarówno sposób określania swojej płci (cis/trans) (Grogan, 2016), jak i z przeprowadzanych w grupie osób transpłciowych (Fisher i in., 2013; van de Grift i in., 2016a). Ponadto w monografii wieloautorskiej *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (Cash, Smolak, 2012) zagadnienia związane z rozwojem obrazu ciała omawiane są w odrębnych rozdziałach poświęconych dziewczętom i chłopcom, co wskazuje na istnienie

różnic międzypłciowych w zakresie obrazu ciała (Wertheim, Paxton, 2012; Ricciardelli, McCabe, 2012).

Analiza związku pomiędzy etapem tranzycji a oceną obrazu ciała wykazała istotne statystycznie, dodatnie o umiarkowanej sile korelacje zarówno z wynikiem ogólnym obrazu ciała, jak i ze wszystkimi jego wymiarami. Wyniki te wskazują, że wraz z postępem procesu tranzycji wzrasta poziom zadowolenia z obrazu własnego ciała. Dodatkowo stwierdzono istotne różnice pomiędzy osobami znajdującymi się na różnych etapach tranzycji. Badani, którzy posiadali rozpoznanie niezgodności płciowej, lecz nie podejmowali terapii hormonalnej ani interwencji chirurgicznych, uzyskiwali istotnie niższe wyniki we wszystkich analizowanych wymiarach obrazu ciała w porównaniu z osobami będącymi na bardziej zaawansowanych etapach tranzycji. Wyniki te pozwalają wnioskować, iż rozpoczęcie co najmniej terapii hormonalnej wiązało się z wyższym poziomem zadowolenia z obrazu ciała w porównaniu z osobami pozostającymi wyłącznie na etapie opiniowania niezgodności płciowej. Dyskutując owe wyniki warto odnotować, iż H. B. Kozee wraz ze współpracownikami (2012) wykazali, że rozbieżność między zewnętrzną reprezentacją płci a wewnętrzną tożsamością jednostki jest istotnie powiązana z obniżonym zadowoleniem z własnego ciała, co pozwala na wysunięcie supozycji, iż działania tranzycyjne zmierzające do zwiększenia zgodności między wizerunkiem a tożsamością płciową będą powiązane z poprawą w zakresie oceny obrazu ciała. Uzyskane wyniki badań własnych wpisują się w doniesienia wskazujące, że działania podejmowane w ramach procesu tranzycji płciowej wiążą się z poprawą w obszarze oceny obrazu ciała. Podobne zależności opisywała B. A. Jones wraz z zespołem (2016) donosząc, iż interwencje afirmujące płeć sprzyjają redukcji niezadowolenia z obrazu ciała oraz poprawie jego ogólnej oceny. W oparciu o wyniki badań referowanych w niniejszej pracy można stwierdzić, że osoby, które podjęły terapię hormonalną, wykazują wyższy poziom zadowolenia z obrazu ciała w porównaniu z osobami, które – poza procesem diagnostycznym – nie podjęły żadnych działań tranzycyjnych. Ponadto osoby, które podjęły terapię hormonalną oraz przeszły co najmniej jeden zabieg chirurgiczny związany z tranzycją płciową (np. rekonstrukcję klatki piersiowej), również charakteryzują się wyższą oceną obrazu ciała. Jednocześnie nie wykazano istotnych statystycznie różnic w poziomie zadowolenia z obrazu ciała pomiędzy osobami podlegającymi terapii hormonalnej a osobami, które – poza terapią hormonalną – dokonały dodatkowej interwencji chirurgicznej. W badaniach innych autorów (por. Owen-Smith i in., 2018; Simbar i in., 2018) wykazywano, że osoby, które poza terapią hormonalną afirmującą płeć poddały się również interwencjom chirurgicznym, charakteryzowały się bardziej pozytywnymi

wskaźnikami związanymi z obrazem ciała w porównaniu z osobami, które ograniczyły się wyłącznie do terapii hormonalnej, jednak związek nie został jednoznacznie potwierdzony w badaniach własnych. Wyniki badań C. Amman i wsp. (2025) pozostają w pełni zgodne z efektami badań własnych, w ramach których różnice w zakresie oceny obrazu ciała odnotowano jedynie pomiędzy grupą bez terapii hormonalnej i bez interwencji chirurgicznej (u części badanych podawano blokery dojrzewania) a grupą, w której badani podjęli terapię hormonalną, a także grupą korzystającą z terapii hormonalnej i po przebytej interwencji chirurgicznej. W tym kontekście uzyskane w badaniach własnych wyniki można zasadniczo interpretować jako zgodne z dominującym nurtem dotychczasowych ustaleń empirycznych, przy czym brak istotnych różnic pomiędzy dwiema wskazanymi grupami nakazuje ostrożność w formułowaniu wniosków dotyczących liniowej zależności pomiędzy rozległością tranzycji medycznej a poziomem satysfakcji z obrazu ciała. Omawiane różnice mogą być wyjaśniane za pomocą czynników pośredniczących w relacji pomiędzy oceną obrazu ciała a zabiegami tranzycji medycznej, jak np. zgodność pomiędzy oczekiwanymi rezultatami tranzycji a jej rzeczywistymi efektami, poziom wsparcia społecznego, a także doświadczenia związane ze społecznym potwierdzaniem płci przez otoczenie (ang. *social gender affirmation*), takimi jak akceptacja społeczna czy redukcja doświadczeń transfobicznych. Badania wskazują (Mitchell i in., 2021; Amman i in., 2025; Di Luigi, 2025), że wzrost subiektywnie doświadczanej zgodności cielesnej z płcią odczuwaną oraz poprawa funkcjonowania w relacjach społecznych sprzyjają polepszeniu szeroko rozumianego dobrostanu osób transpłciowych, w tym dokonywaniu bardziej pozytywnej oceny własnego ciała po oddziaływaniach tranzycyjnych.

Odnosząc wyniki badań własnych do wniosków projektu badawczego realizowanego wśród kobiet transpłciowych w Polsce (Cysarz i in., 2008), w którym zastosowano podział etapów tranzycji w znacznej mierze zbieżny z przyjętym w niniejszym badaniu, można stwierdzić, że ustalenia pochodzące z obu źródeł są w znacznej mierze spójne. Potwierdzono, że *grupa po zabiegach chirurgicznych była bardziej zadowolona z własnego ciała niż grupa w pierwszej fazie terapii oraz brak różnic pomiędzy grupą w drugiej i trzeciej fazie terapii* (Cysarz i in., 2008, s. 120). Wykazano także, że średnia liczba części ciała, wobec których jest odczuwane pragnienie korekty, maleje wraz ze zwiększającym się zakresem oddziaływań tranzycyjnych. Spójne z głównymi wykazywanymi tendencjami wyniki uzyskał J. Wechtacz (2015), który analizując zmiany zachodzące w ocenie poszczególnych części ciała w przebiegu oddziaływań tranzycyjnych wśród transpłciowych Polek i Polaków, wykazał zwiększenie liczby części ciała ocenianych pozytywnie oraz zmniejszenie liczby części ciała ocenianych

negatywnie.

W ramach realizowanego projektu badawczego sformułowano trzecią hipotezę, zgodnie z którą w populacji osób transpłciowych występują istotne zależności pomiędzy poziomem zadowolenia z obrazu ciała a wybranymi zmiennymi psychologicznymi, obejmującymi spostrzegane wsparcie społeczne oraz tendencje do przeżywania winy i wstydu. Uzyskane wyniki potwierdziły istnienie dodatnich korelacji pomiędzy zadowoleniem z obrazu ciała a percepcją wsparcia społecznego we wszystkich analizowanych wymiarach, tj. wsparcia ogólnego, wsparcia ze strony rodziny, przyjaciół oraz osoby znaczącej. Oznacza to, że wyższy poziom doświadczanego wsparcia społecznego wiązał się z większą satysfakcją z obrazu ciała. Jedynie związki relacji z osobą znaczącą z obrazem ciała nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej; nie wykazano ich w przypadku wymiaru kondycja fizyczna (podskala wyodrębniona dla kobiet), tj. aspektu obrazu ciała będącego wyrazem jego oceny w zakresie wytrzymałości, siły i zwinności. Nie stwierdzono także korelacji pomiędzy wsparciem spostrzeganym ze strony osoby znaczącej a siłą ciała, tj. wymiarem obrazu ciała odnoszącym się do tego, jak mężczyźni spostrzegają siłę swoich mięśni i funkcjonalność swojego ciała (szczególnie górnych partii). Brak wyżej wymienionych powiązań można tłumaczyć – w przypadku kobiet – konstruowaniem oceny kondycji fizycznej w większym stopniu w oparciu o własne doświadczenia somatyczne (np. zmęczenie, trudność/łatwość w wykonywaniu codziennych czynności) niż o informacje uzyskiwane w relacjach (por. Alleva, Tylka, 2021). W odniesieniu do mężczyzn przypuszczać można, że siła ciała jest częściej oceniana poprzez porównania społeczne z innymi mężczyznami niż przez pryzmat relacji partnerskiej. R. Startton i zespołem (2015) w modelu badawczym wyodrębnił taką zmienną jak wpływ męskich rówieśników (ang. *male peer influence*) i potwierdził, że jest on pozytywnie i dodatnio powiązany z brakiem satysfakcji z posiadanego umięśnienia, a także z tendencją do porównywania swojego ciała, internalizacją ideału muskularnej sylwetki oraz pożądaniem posiadania muskularnej sylwetki. Mimo omówionych braków związków pomiędzy poszczególnymi źródłami spostrzeganego wsparcia społecznego a wyodrębnionymi aspektami obrazu ciała należy stwierdzić, że w większości otrzymane wyniki są zgodne z założeniami zawartymi w postawionych hipotezach. Wspierają one także wnioski z dotychczasowych opracowań świadczących o znaczącej roli czynników środowiskowych i społecznych, w tym wsparcia społecznego, w kształtowaniu się obrazu ciała (por. Carlson Jones, 2012; Merianos, King, Vidourek, 2012). Relacje z rodzicami, rodzeństwem i rówieśnikami stanowią kontekst społeczno-kulturowy, w jakim rozwija się obraz ciała. Wsparcie informacyjne, wartościujące i

emocjonalne w postaci pozytywnych informacji zwrotnych na temat wizerunku, a także odpowiedniej komunikacji dotyczącej wyglądu, akceptacji i poczucia przynależności niewarunkowanych spełnianiem standardów atrakcyjności, wspierają kształtowanie się obrazu ciała przyczyniającego się do adaptacyjnych postaw wobec ciała (Carlson Jones, 2012; Merianos, King, Vidourek, 2012). Jak można wnioskować z treści pozycji testowych *Wielowymiarowej Skali Spostrzeganego Wsparcia Społecznego* (ang. *The Multidimensional Scale of Perceived Social Support*; MSPSS) i podstaw teoretycznych tego narzędzia, spostrzegane wsparcie społeczne odnosi się do subiektywnie ujmowanej przez jednostkę jakości relacji z rodziną, rówieśnikami i osobą znaczącą (Buszman, Przybyła-Basista, 2017). Dostępność wsparcia bywa nierzadko warunkowana posiadaniem relacji opartych na zaufaniu i poczuciu bezpieczeństwa, także w odniesieniu do wizerunku danej osoby i jej atrakcyjności. W projekcie badawczym prowadzonym w grupie osób studiujących wykazano, iż badani, którzy czuli, że o sprawach dla nich ważnych mogą porozmawiać z członkiem rodziny, a także ci, którzy deklarowali, iż czują się kochani przez członka rodziny lub przynajmniej jednego przyjaciela, wykazywali wyższy poziom satysfakcji z obrazu ciała (Merianos, King, Vidourek, 2012). Takie bezpieczne więzi mogą więc sprzyjać kształtowaniu się zdrowych postaw wobec ciała, ale także wspierać ewentualne radzenie sobie z kłopotami w tym obszarze funkcjonowania. Warto także odnotować, iż bardziej pozytywna ocena wsparcia społecznego wiąże się z lepszym funkcjonowaniem w zakresie obrazu ciała i radzeniem sobie z sytuacją trudną w grupach: kobiet leczonych na raka piersi (Spatuzzi i in., 2016), raka prostaty wśród mężczyzn (Scandurra i in., 2022), osób z nowotworem skóry (Pereira i in., 2017), lub też osób, które doświadczyły poważnych poparzeń (Ajoudani, Jasemi, Lotfi, 2018). Przytoczone doniesienia z badań wskazują na zasadność uwzględniania wsparcia społecznego w badaniach skupiających się wokół zagadnień związanych z obrazem ciała, ale także rozróżniania zarówno źródła wsparcia społecznego, jak i wymiarów obrazu ciała w badaniach nad psychospołecznymi uwarunkowaniami funkcjonowania jednostki. Ponadto we wspomnianym w niniejszym opracowaniu modelu teoretycznym odporności związanej z obrazem ciała (Choate, 2005), pierwszym z czynników ochronnych jest wsparcie ze strony rodziny pochodzenia (ang. *family of origin support*), co potwierdzają wyniki badań własnych (wsparcie ze strony rodziny okazało się powiązane ze wszystkimi wymiarami zadowolenia z obrazu ciała oraz ogólnego poziomu satysfakcji z obrazu ciała).

Analiza związków pomiędzy emocjami samoświadomościowymi objętymi pomiarem a zadowoleniem z obrazu ciała wykazała natomiast, że poczucie winy pozostawało w słabej,

dodatniej relacji z oceną własnej atrakcyjności fizycznej oraz seksualnej. Wstyd okazał się z kolei istotnym predyktorem negatywnej oceny obrazu ciała, wykazując ujemne związki z jego ogólnym poziomem oraz z wybranymi wymiarami, takimi jak postrzegana kontrola masy ciała, siła fizyczna, kondycja fizyczna oraz atrakcyjność fizyczna. Siła efektu zaobserwowanych związków była słaba bądź umiarkowana, co wskazuje na ich przeciętne, lecz konsekwentne znaczenie psychologiczne w badanej próbie. W grupie kobiet wzrost tendencji do przeżywania poczucia winy korelował z wyższą oceną tych elementów obrazu ciała, które powiązane są z seksualnością i których nie można modyfikować poprzez ćwiczenia, a jedynie za pomocą zabiegów medycyny estetycznej i chirurgii plastycznej. Wśród mężczyzn natomiast wraz ze wzrostem poczucia winy rosła ocena tych elementów obrazu ciała, które są znaczące w określaniu mężczyzny jako przystojnego, np. elementów twarzy, stóp, bioder, a także narządów płciowych (ale nie pod względem ich funkcjonalności) (Lipowska, Lipowski, 2013). Związki pomiędzy tymi wymiarami zadowolenia z obrazu ciała a skłonnością do doświadczania wstydu kształtują się odmiennie w grupach płciowych. W przypadku kobiet skłonność ta nie jest powiązana z atrakcyjnością seksualną, u mężczyzn zaś przeciwnie, choć korelacja ta jest ujemna i słaba. W niniejszym projekcie badawczym poczucie winy i wstyd są rozumiane jako oddzielne emocje samoświadomościowe, powiązane ze wzbudzaniem odmiennych tendencji do określonych działań. Poczucie winy jest bowiem rezultatem dokonanej oceny własnego postępowania, np. podjętego lub zaniechanego działania, a nie – tak jak ma to miejsce w przypadku wstydu – oceny całości Ja (ocena globalna) (Lewis, 2005b). Wstyd powiązany jest z unikaniem, chęcią ukrycia się lub zniknięcia i ma charakter nieadaptacyjny, poczucie winy zaś wzbudza tendencje do działań naprawczych/zaradczych (Danieluk, 2013; Strus, Żylicz, 2018). Zgodnie z modelem procesualnym znacząca jest także ocena zdarzenia powiązanego z emocjami samoświadomościowymi w zakresie jego kontrolowalności, rozumianej jako zdolność jednostki do uniknięcia/wywołania zdarzenia w przyszłości. Zdarzenia oceniane jako niekontrolowalne i dotyczące całości Ja jednostki sprzyjają odczuwaniu wstydu (Tracy, Robins, 2004). Rozróżnienie to zdaje się być szczególnie istotne w odniesieniu do specyfiki badanych, gdyż wśród osób transpłciowych ocena atrakcyjności może być powiązana z dostępnymi i nierzadko planowanymi oddziaływaniami tranzycyjnymi, które stanowią swoistą formę działań zaradczych wynikających z niespełniania własnych standardów atrakcyjności (niezgodność pomiędzy tożsamością płciową a cechami fenotypowymi). Osoby badane w niniejszym projekcie to jednostki, które uzyskały diagnozę transseksualności/przeżyły opiniowanie dotyczące niezgodności płciowej; uzyskanie takiej diagnozy/opinii jest konieczne, aby rozpocząć terapię hormonalną afirmującą płeć lub poddać się zabiegom chirurgicznym

afirmującym płeć (Grabski i in., 2020). Jak wynika z praktyki psychologicznej autora, dostęp do tranzycji medycznej oraz kwestie formalne związane z tranzycją prawną są głównymi motywami podejmowania procesu diagnozowania/opiniowania. Uwarunkowania specyficzne dla osób z badanej próby mogą wyjaśniać pozytywną korelację omawianych wymiarów obrazu ciała z poczuciem winy, ale nie z wstydem. Badani przejawiający wyższą tendencję do doświadczania poczucia winy mogą bowiem spostrzegać sytuację rozbieżności różnych wymiarów płci jako dającą się zmieniać i efektywnie podejmować kolejne etapy procesu tranzycji, co z kolei mogłoby się wiązać z wyższą oceną własnej atrakcyjności fizycznej i seksualnej. Odnotowana w badaniach własnych różnica w zakresie atrakcyjności fizycznej i atrakcyjności seksualnej pomiędzy osobami będącymi na I etapie tranzycji a osobami z kolejnych etapów tego procesu także sprzyja powyżej zaproponowanej próbie eksplanacji przebiegu diskutowanego związku. Wykazano także, że proces tranzycji może być powiązany z dynamiką internalizacji wzorców atrakcyjności dla określonej płci i poczucia presji dotyczącej spełniania standardów atrakcyjności, a także zwiększonym zaabsorbowaniem ciałem i atrakcyjnością (Brewer i in., 2022; Pham i in., 2023).

Powyżej przywołano korelację między wstydem a atrakcyjnością fizyczną wśród mężczyzn, należy jednak zaznaczyć, iż tendencja do przeżywania wstydu okazała się być negatywnie powiązana zarówno z ogólnym zadowoleniem z obrazu ciała, jak i wieloma jego wymiarami. Wyniki badań własnych potwierdzają tendencje opisywane w dotychczasowych opracowaniach naukowych, w których wykazywano związek pomiędzy zwiększoną tendencją do odczuwania wstydu a niższą samooceną dotyczącą fizyczności czy wyższym niezadowoleniem z ciała (Sanftner i in., 1995; Crocker i in., 2024). Warto także nadmienić, iż nie dowiedziono analogicznych powiązań dla skłonności do przeżywania poczucia winy (Panero i in., 2022; Crocker i in., 2024). W badaniach prowadzonych w ramach teorii uprzedmiotowienia ciała badano m.in. związek pomiędzy stosunkiem wobec swojego ciała a wstydem konceptualizowanym jako stan powiązany z ciałem. Korelację tę potwierdzono także wśród osób z grupy LGBT+ (Saunders i in. 2024). Wstyd dotyczący ciała był powiązany z mniejszym zadowoleniem z obrazu ciała zarówno w grupie kobiet (McKinley, Hyde, 1996) jak i mężczyzn (McKinley, 1998).

Wielość konstruktów teoretycznych powiązanych z obrazem ciała, wstydem i poczuciem winy utrudnia porównywanie oraz integrowanie wyników i wniosków z różnych projektów naukowych. Odnotowano bowiem przykładowo, że zarówno skłonność do odczuwania winy, jak i wstyd pozytywnie korelują ze wstydem odczuwanym w odniesieniu do

ciała, jednakże nie są powiązane z poczuciem winy przeżywanym w związku z ciałem. Jednocześnie dowiedziono, że poczucie winy związane z ciałem wykazywało podobne wzorce atrybucyjne jak w przypadku wstydu związanego z ciałem, co jest niezgodne z modelem procesualnym poczucia winy i wstyd (Crocker i in., 2014). Wspomniane niejednoznaczności wiodą ku potrzebie dalszych badań uwzględniających złożoność metodologiczną i teoretyczną badanych obszarów.

W czwartej hipotezie badawczej założono istnienie związków pomiędzy nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia a wybranymi zmiennymi o charakterze seksuologicznym, tj. typem transpłciowości oraz etapem procesu tranzycji w badanej grupie osób transpłciowych.

Analiza porównawcza średnich wyników wskazała na istotne statystycznie różnice pomiędzy kobietami transpłciowymi a mężczyznami transpłciowymi wyłącznie w zakresie jednego wymiaru funkcjonowania żywieniowego – świadomości żywieniowej. Kobiety uzyskały istotnie wyższe wyniki w tym obszarze w porównaniu z mężczyznami, podczas gdy w pozostałych grupach symptomów zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia nie odnotowano różnic osiagających poziom istotności statystycznej. Wykazana różnica między kobietami a mężczyznami odnosi się do symptomów zbieżnych z obrazem klinicznym ortoreksji (Rogoza i in., 2016), tj. nieprawidłowości w zakresie jedzenia objawiającej się nadmiernym zaabsorbowaniem zdrowotnością przyjmowanych pokarmów, częstokroć prowadzącym do stosowania diet eliminacyjnych i niedoborów żywieniowych. Stan ten związany jest z określonymi negatywnymi konsekwencjami psychospołecznymi, np. izolacją społeczną wynikającą z unikania spotkań towarzyskich, wspólnych posiłków czy sytuacji, w których kontrola nad jedzeniem jest ograniczona. Mechanizmy psychologiczne charakterystyczne dla postaw i zachowań ortorektycznych wiążą się z nasilonym perfekcjonizmem, potrzebą kontroli oraz sztywnością poznawczą, wskutek których odstępstwa od przyjętych zasad wywołują poczucie winy i napięcie (Brytek-Matera, 2012). Wspomniana różnica wpisuje się w zaobserwowane ogólniejsze różnice międzypłciowe w zakresie funkcjonowania osób badanych w odniesieniu do zdrowia. Kobiety są bowiem bardziej zaangażowane w korzystanie z Internetu celem wyszukiwania informacji związanych ze zdrowiem. Ponadto charakteryzują się one wyższym poziomem świadomości zdrowotnej i żywieniowej oraz silniejszą tendencją do bycia dobrze poinformowaną pacjentką, a także większym zaangażowaniem w zachowania profilaktyczne (Bidmon, Terlutter, 2015; Hiller i in., 2017). W opracowaniach dotyczących *healthizmu* wykorzystujących teorię postfeministyczną

zwraca się uwagę na *genderowe* uwarunkowania tego zjawiska, czego przykładem może być choćby kulturowo narzucana kobietom odpowiedzialność za zdrowie swoje i osób bliskich (Riley i in., 2018). Ze względu na brak danych trudno jest jednoznacznie potwierdzić, że w grupie osób identyfikujących swoją płć w sposób transpłciowy także występują różnice wykazane w badaniach nieróżnicujących badanych ze względu na sposób określania swojej płci.

Dyskutując wyniki badań własnych warto także zauważyć, iż tożsamość płciowa badanych nie różnicowała ich w zakresie ogólnego nasilenia symptomów zaburzeń odżywiania – dla wyniku ogólnego w pomiarze tej zmiennej nie wykazano istotnej różnicy między kobietami a mężczyznami. Taki rezultat pozostaje w sprzeczności z obserwowaną tendencją do wykazywania większego nasilenia problemów w zakresie nieuporządkowanego jedzenia i symptomów zaburzeń odżywiania w grupie kobiet. Rozpoznanie zaburzeń odżywiania dotyczy od 10 do 20 razy częściej kobiet niż mężczyzn (Gałęcki, Szulc, 2023). Dzieci i młodzież płci żeńskiej częściej niż rówieśnicy płci męskiej doświadczają symptomów zaburzeń odżywiania (López-Gil i in., 2023). Również w grupie osób zawodniczo uprawiających sport to właśnie sportowczynie częściej odnotowywały takie problemy (Ghazzawi i in., 2024). Ową rozbieżność międzypłciową potwierdzono także wśród osób identyfikujących się z płcią odmienną niż nadana przy urodzeniu (Schvey i in., 2020; Nowaskie i in., 2021), jednakże ustalenia dotyczące tej grupy nie są spójne. Przykładowo S.M. Rasmussen (2023) doszedł do odmiennych wniosków: w oparciu o wyniki metaanalizy wyników badań dowiódł, że transpłciowi mężczyźni częściej przejawiają symptomy zaburzeń odżywiania niż transpłciowe kobiety. W odniesieniu do osób transpłciowych płć powiązana jest także ze specyfiką procesu tranzycji, bowiem transpłciowi mężczyźni w ramach afirmującej płć terapii hormonalnej otrzymują odmienne środki medyczne niż transpłciowe kobiety, a co za tym idzie, mogą doświadczać także innych skutków ubocznych hormonoterapii. Jak wykazano (Brewer i in., 2022), terapia hormonalna, w odczuciu osób z niej korzystających, jest silnie powiązana ze zmianami apetytu i nawyków żywieniowych. Stosowanie terapii hormonalnej afirmującej płć jest również powiązane ze zmianami w zakresie masy ciała, jak i kompozycji składu ciała (beztłuszczowej i tłuszczowej masy ciała) (Klaver i in., 2017). Zależności pomiędzy odczuwaniem głodu i sytości oraz apetytem a płcią oznaczoną przy narodzeniu, tożsamością płciową, a także typem stosowanej terapii hormonalnej afirmującej płć (feminizująca vs. maskulinizująca) są znaczące i złożone (Taormina i in., 2025), co może skutkować niejednoznacznością uzyskiwanych wyników badań.

Analiza związków pomiędzy etapem tranzykcji a nasileniem badanych symptomów ujawniła jedynie słabą, ujemną korelację etapu tranzykcji z odczuwaną presją społeczną, co sugeruje, iż wraz z postępem procesu tranzykcji obniża się subiektywnie doświadczany poziom presji związanej z normami i oczekiwaniami społecznymi dotyczącymi jedzenia i wyglądu. Pozostałe wymiary nie wykazały istotnych korelacji z etapem tranzykcji. Jednakże wyniki analiz międzygrupowych potwierdziły istnienie istotnych statystycznie różnic pomiędzy osobami znajdującymi się na różnych etapach tranzykcji w zakresie ogólnego nasilenia symptomów zaburzeń odżywiania mierzonego wynikiem całkowitym kwestionariusza EAT-26, a także w wymiarach presji społecznej oraz świadomości żywieniowej. Szczegółowe porównania wykazały, że osoby na etapie diagnozy, niepodlegające jeszcze terapii hormonalnej ani interwencji chirurgicznych (etap I), charakteryzowały się istotnie wyższym nasileniem ogólnych symptomów zaburzeń odżywiania w porównaniu z osobami stosującymi terapię hormonalną bez zabiegów chirurgicznych (etap II). Nie stwierdzono natomiast istotnych różnic pomiędzy osobami z etapu I i III ani pomiędzy osobami z etapu II i III. Wykazane różnice międzygrupowe zdają się odzwierciedlać dynamikę zmian postaw i zachowań związanych z odżywianiem się, zdrowiem i wizerunkiem. Ogólne nasilenie symptomów zaburzeń odżywiania nie różnicuje specyfiki określonych postaw i zachowań, co może tłumaczyć różnice pomiędzy etapem I i II oraz brak różnicy pomiędzy etapem I a III. Poszczególne zachowania wpisujące się w obraz kliniczny zaburzeń odżywiania są różnorodne i mogą wynikać z odmiennych postaw wobec zdrowia, obrazu ciała i odżywiania się. Opisy symptomów zawarte w narzędziach przesiewowych, takich jak EAT-26, odnoszą się przede wszystkim do zachowań i postaw, nie różnicując jednak ich subiektywnego znaczenia dla jednostki. Problem ten dyskutowany bywa nie tylko odnośnie do narzędzi badawczych, lecz także wobec systemów klasyfikacyjnych i diagnostyki zaburzeń odżywiania (Goyal i in., 2012; Fairburn, 2013; Rogoza i in., 2016). Zgodnie z uzyskanymi wynikami można przypuszczać, że ogólne nasilenie symptomów zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia obniża się w wyniku otrzymania terapii hormonalnej afirmującej płeć. Natomiast wraz z dalszym postępowaniem procesu tranzykcji, tj. doświadczaniem pełnego spektrum zmian cielesnych powiązanych z terapią hormonalną i procedurami chirurgicznymi afirmującymi płeć, dochodzi do ponownego nasilenia się omawianych symptomów, jednakże z odmiennych przyczyn niż w I etapie tranzykcji. Na początkowych etapach tranzykcji (przed otrzymaniem terapii hormonalnej afirmującej płeć i w krótkim czasie od jej otrzymania) częstym powodem podejmowania restrykcji żywieniowych związanych z ograniczaniem podaży kalorii jest zatrzymanie menstruacji, a także ingerencja w kształt sylwetki (np. zmniejszenie wymiarów piersi i bioder).

Innym powodem nieprawidłowych zachowań jedzeniowych bywają nieadaptacyjne sposoby radzenia sobie z dystresem powiązanim z doświadczaną przez jednostkę dysforią płciową. Odmienne przyczyny pojawiania się symptomów zaburzeń odżywiania dotyczą końcowych etapów tranzykcji (okres około- i pooperacyjny) – analizowanych wypowiedzi osób transpłciowych wynika, że występowanie symptomów omawianych zaburzeń wiąże się z konieczności osiągnięcia limitów wagowych w kwalifikacji do zabiegów afirmujących płeć, a także z chęcią realizacji zinternalizowanych ideałów szczupłej i/lub muskularnej sylwetki (Brewer i in., 2022; Pham i in., 2023).

Powyżej wykazywany wzorzec przebiegu różnic w nasileniu symptomów zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia pomiędzy osobami znajdującymi się w różnych etapach procesu tranzykcji znajduje potwierdzenie w części dotychczasowych doniesień. Przykładowo dowiedziono, iż osoby, które podlegają terapii hormonalnej, przejawiają mniej symptomów zaburzeń odżywiania w porównaniu do osób, które nie otrzymały żadnej interwencji medycznej związanej z tranzycją płciową, niemniej związek ten był mediowany przez inne zmienne (Jones i in., 2018). Jednocześnie wykazywano brak różnic w zakresie symptomów zaburzeń odżywiania pomiędzy grupą, która nie podejmowała żadnych tranzycyjnych interwencji medycznych a grupą, która otrzymała terapię hormonalną (Nowaskie i in., 2021; Kramer i in., 2023). Wnioski pochodzące z przeglądów systematycznych i metaanaliz obejmujących analizę związków pomiędzy otrzymaną opieką medyczną afirmującą płeć i jej zakresem a nasileniem występowania symptomów zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia wskazują na trudności w określeniu jej charakteru. Przyczyną owych trudności może być m.in. ograniczona liczba danych, kłopoty w porównywaniu rezultatów projektów badawczych ze względu na wykorzystanie różnorodnych narzędzi badawczych, a także przyjmowanie odmiennych kategorii badawczych i sposobów porządkowanie zmiennych (Rasmussen i in., 2023; Campbell i in., 2024; Doley i in., 2025). Jeśli nawet wyniki poszczególnych projektów badawczych uprawniają do czynienia porównań, to częstokroć ich wyniki pozostają niespójne; wskazuje się na przykład, że opieka medyczna afirmująca płeć może redukować nasilenie występowania symptomów zaburzeń odżywiania, ale także nie przyczyniać się do takiej redukcji (Campbell i in., 2024). Ogólna zaobserwowana tendencja wskazuje jednak na to, że opieka medyczna afirmująca płeć wydaje się zmniejszać nasilenie objawów zaburzeń odżywiania u osób transpłciowych (Rasmussen, 2023), w co wpisują się wyniki badań własnych. Niejednoznaczność uzyskiwanych rezultatów, a także specyfika różnic międzygrupowych w zakresie omawianej zmiennej może być także powiązany

z występującym w projektach badawczych brakiem kontroli czynnika płci. Wykazano bowiem, że podjęcie terapii hormonalnej afirmującej płeć wiąże się z odmiennymi rezultatami w grupie kobiet i mężczyzn. Wśród kobiet podejmujących hormonoterapię ryzyko rozpoznania zaburzeń odżywiania nierzadko wzrasta, natomiast w przypadku transpłciowych mężczyzn maleje (Loria i in., 2024). Nieskuteczność hormonalnej terapii afirmującej płeć w zakresie redukcji symptomów zaburzeń odżywiania, w odniesieniu do transpłciowych kobiet, zaobserwowano także w badaniach longitudinalnych (drugi pomiar po 24 tygodniach stosowania preparatów hormonalnych) (Turan i in., 2018). Odnotowano również wzmożone kompulsyjne objadanie się w grupie kobiet, która otrzymała terapię hormonalną, w porównaniu z grupą nieotrzymującą żadnych interwencji medycznych związanych z tranzycją (czego nie wykazano w grupie transpłciowych mężczyzn) (Kramer i in., 2023). J. R. Doley wraz z zespołem (2025) w metaanalizie i przeglądzie systematycznym wyników badań podkreślił niebagatelne znaczenie uwzględniania czynnika płci w rozpatrywaniu zależności między stosowaniem opieki medycznej afirmującej płeć a obrazem ciała i zaburzeniami odżywiania. Badacze ci sugerują dużą ostrożność w rozszerzaniu wyników badań prowadzonych wśród transpłciowych mężczyzn na całą populację osób transpłciowych.

Omawiając wyniki badań własnych warto zaakcentować, iż w zakresie wymiaru odzwierciedlającego subiektywnie doświadczane oddziaływanie norm, oczekiwań i ocen społecznych dotyczących wyglądu ciała oraz zachowań żywieniowych stwierdzono istotne statystycznie różnice pomiędzy osobami znajdującymi się na etapie diagnozy bez wdrożonych interwencji medycznych wchodzących w zakres tranzycji (etap I) a osobami, które podlegają terapii hormonalnej, jak i interwencjom chirurgicznym (etap III). Osoby na najbardziej zaawansowanym etapie tranzycji doświadczały istotnie niższego poziomu presji społecznej w porównaniu z osobami pozostającymi na etapie diagnozy bez leczenia.

Analiza treści poszczególnych pozycji kwestionariusza EAT-26 wchodzących w skład podskali *Presja społeczna* pozwala zauważyć, iż odnosi się ona do poczucia, że otoczenie chciałoby i/lub oczekuje od osoby badanej, że będzie ona jadła więcej, a także, że uważa jej sylwetkę za zbyt szczupłą. Należy podkreślić, iż uzyskana różnica między osobami na I a na III etapie tranzycji dotyczy deklarowanego, subiektywnego poczucia presji społecznej, a nie obiektywnej ekspozycji na komunikaty ze strony otoczenia. Zastosowane narzędzie nie pozwala rozstrzygnąć, czy niższy wynik w grupie osób na zaawansowanym etapie tranzycji odzwierciedla rzeczywisty spadek presji interpersonalnej, czy zmianę w jej percepcji i interpretacji. Dodatkowym ograniczeniem jest dyskutowana stabilność struktury czynnikowej

EAT-26, w tym podskali presji społecznej. Nie można wykluczyć, że obserwowane różnice częściowo wynikają ze specyfiki konstrukcji narzędzia lub odmiennego funkcjonowania pozycji tego kwestionariusza w porównywanych grupach (Rogoza i in., 2016). W związku z tym wynik ten należy traktować jako eksploracyjny i wymagający dalszej weryfikacji z użyciem narzędzi o potwierdzonej trafności w badanej populacji.

Pozostałe porównania pomiędzy osobami na różnych etapach tranzycji nie osiągnęły istotności statystycznej. W odniesieniu do świadomości żywieniowej odnotowano istotne statystycznie zróżnicowanie pomiędzy etapem III a etapem II: osoby, które przebyły interwencje chirurgiczne afirmujące płęć cechowały się wyższym poziomem tej zmiennej niż badani stosujący jedynie terapię hormonalną; pozostałe różnice nie osiągnęły istotności statystycznej. Uzyskane wyniki wskazują więc na większe nasilenie zachowań ortorektycznych wśród osób, które podlegają terapii hormonalnej i u których zastosowano jakiś zabieg chirurgiczny afirmujący płęć niż u osób korzystających jedynie z terapii hormonalnej. Obserwacje zbieżne z wynikami badań własnych uzyskano w badaniach jakościowych (Brewer i in., 2022). Udowodniono w nich, że okres okołoperacyjny i pooperacyjny (czas rozumiany jako końcowe stadium tranzycji) był powiązany ze zmianą priorytetów – ze skupienia na dobrostanie psychicznym (jak miało to miejsce we wcześniejszym stadium) na zaangażowanie w zdrowie fizyczne. Trzeba jednak zaznaczyć, iż wnioski – ze względu na wspomniane powyżej ograniczenia dotyczące podskal zastosowanego w badaniach własnych narzędzia – należy traktować z dużą ostrożnością. W oparciu o dostępne źródła można przypuszczać, że podleganie opiece medycznej afirmującej płęć może być związane ze zwiększonym skupieniem na byciu zdrowym i dbałością o zdrowie. Przykładowo korzystanie z terapii hormonalnej afirmującej płęć bywało powiązane z większym prawdopodobieństwem wykonywania testów przesiewowych w kierunku chłamydii i rzeżączki (Pletta i in., 2024), a także ze zmniejszonym prawdopodobieństwem zakażenia się niektórymi chorobami przenoszonymi drogą płciową (Reisner i in., 2024). Jednocześnie wątpliwe pozostaje to, czy podejmowane przez osoby transpłciowe działania prozdrowotne, związane z odżywianiem się czy ćwiczeniami fizycznymi, faktycznie przyczyniają się do utrzymania i/lub poprawy zdrowia, czy też są tylko spostrzegane jako prozdrowotne przez osoby je stosujące (Pham i in., 2023).

Podsumowując należy podkreślić, iż wybrane aspekty funkcjonowania związane z występowaniem symptomów zaburzeń odżywiania, w szczególności presją społeczną oraz świadomością żywieniową, wykazują zróżnicowanie w zależności od etapu procesu tranzycji. Ponadto, etap tranzycji i oddziaływania medyczne są powiązane z nasileniem i dynamiką

występowania symptomów zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia. Najbardziej wyraźne różnice obserwowane są pomiędzy wczesnymi a bardziej zaawansowanymi etapami tranzykcji, co może wskazywać na ochronną rolę stosowanych interwencji medycznych związanych z tranzycją płciową i afirmacji płci doświadczanej w odniesieniu do zachowań jedzeniowych osób transpłciowych.

W piątej hipotezie założono związki pomiędzy nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia a wybranymi zmiennymi psychologicznymi – spostrzegane wsparcie społeczne oraz wstyd i poczucie winy, w populacji osób transpłciowych. Uzyskane wyniki wskazały na konsekwentne, ujemne powiązania pomiędzy ogólnym nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania a poziomem spostrzeganego wsparcia społecznego, zarówno w ujęciu globalnym, jak i w odniesieniu do wsparcia otrzymywanego od rodziny, przyjaciół oraz osoby znaczącej. Oznacza to, że wyższy poziom spostrzeganego wsparcia wiązał się z niższym nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania. Wymiar odzwierciedlający presję norm i oczekiwań społecznych dotyczących jedzenia i wyglądu ciała wykazywał słabą, ujemną relację wyłącznie ze wsparciem ze strony przyjaciół. Z kolei świadomość żywieniowa pozostawała negatywnie skorelowana z ogólnym poziomem wsparcia społecznego oraz ze wsparciem rodzinnym. Zaabsorbowanie jedzeniem wykazywało natomiast ujemne związki zarówno z globalnym wsparciem społecznym, jak i ze wsparciem pochodzącym ze wszystkich analizowanych źródeł, co sugeruje, iż wyższy poziom wsparcia wiąże się z mniejszą koncentracją poznawczo-emocjonalną na jedzeniu. Uzyskane wyniki pozostają spójne z dotychczasowymi. Dla przykładu: dowiedziono, że wsparcie społeczne stanowi czynnik ochronny dla zaburzeń odżywiania i obrazu ciała w grupie osób transpłciowych (Heiden-Rootes i in., 2023). Wśród tych osób spostrzegane wsparcie społeczne, rozumiane jako doświadczanie silnych relacji rodzinnych i szkolnych oraz przekonanie o posiadaniu troskliwych przyjaciół, wiązało się z rzadszym występowaniem zachowań charakterystycznych dla zaburzeń odżywiania (np. epizody objadania się, prowokowania wymiotów) (Watson, Veale, Saewyc, 2017; Rasmussen i in., 2023). Nierzadko zaleca się także, aby wsparcie rodzinne było czynnikiem uwzględnianym w planowaniu leczenia zaburzeń odżywiania również w grupie osób transpłciowych, w szczególności niepełnoletnich (Capmbell i in., 2024). Wskazywano ponadto, że negatywne doświadczenia związane z relacjami społecznymi są powiązane z symptomami zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia w badanej grupie. W badaniach prowadzonych w ramach teoretycznych stresu mniejszościowego udowodniono, że doświadczanie stygmatyzacji wiąże się z częstszym

podejmowaniem zachowań, takich jak (Compte i in., 2020; Santoniccolo, Rollè, 2024): stosowanie restrykcji żywieniowych, objadanie się lub prowokowanie wymiotów. Wykazany związek między spostrzeganym wsparciem społecznym ze wszystkich uwzględnianych w badaniu źródeł a zaabsorbowaniem jedzeniem może być tłumaczony w odniesieniu do funkcji regulacyjnej tego ostatniego zjawiska. Poznawcze zaabsorbowanie jedzeniem pozwala na przekierowanie uwagi z nieprzyjemnych treści mentalnych na kwestie związane z odżywianiem się, a jedzenie jako czynność może stanowić sposób, w jaki jednostka radzi sobie z nieprzyjemnymi stanami emocjonalnymi.. Pozostawanie w bliskich, bezpiecznych i znaczących relacjach interpersonalnych może stanowić alternatywny i bardziej adaptacyjny sposób samoregulacji poznawczo-emocjonalno-behawioralnej, co mogłoby stanowić wyjaśnienie dla uzyskanych wyników. Wykazano ponadto, że spostrzegane wsparcie społeczne wiąże się istotnie z lepszym zdrowiem psychicznym i fizycznym, niższym nasileniem zachowań ryzykownych, a także wyższą efektywnością zawodową i edukacyjną (Yeo i in., 2025). Może to wskazywać na znaczenie spostrzeganego wsparcia społecznego dla podejmowania bardziej adaptacyjnych sposobów radzenia sobie. W podsumowaniu przeglądu systematycznego, uwzględniającego 78 artykułów publikowanych pomiędzy 2007 a 2023 rokiem, jego autorzy wyodrębnili trzy ważne czynniki ochronne wobec samookaleczania się w grupie osób transpłciowych – są nimi (Bird i in., 2024): wsparcie społeczne oraz powiązane z nim poczucie przynależności i bezpieczeństwo w szkole.

Dyskutując wyniki badań własnych warto także przypomnieć, iż przeprowadzone szczegółowe analizy korelacyjne wskazały na to, że wyższemu poziomowi doświadczanej presji społecznej (związanej z przekonaniem o spożywaniu niewystarczającej ilości pokarmu oraz posiadaniu zbyt szczupłej sylwetki) towarzyszy niższa ocena dostępnego wsparcia ze strony przyjaciół. Jednocześnie poziom świadomości żywieniowej pozostawał negatywnie powiązany zarówno ze spostrzeganym wsparciem rodzinnym, jak i z ogólnym wskaźnikiem spostrzeganego wsparcia społecznego. Rezultat ten może odzwierciedlać dynamikę zmian znaczenia wpływu relacji rodzinnych, partnerskich i rówieśniczych w zależności od wieku, sytuacji życiowej, etapu tranzycji i innych czynników mogących kształtować tę zmienność. Należy także zaznaczyć, iż w badaniach własnych nie uwzględniono (jako odrębnej zmiennej) wsparcia społecznego ze strony grupy mniejszościowej czy też poziomu poczucia doń przynależności. Czynniki te są znaczące dla osiągania psychicznego dobrostanu i rezyliencji, a także pełnią funkcję buforującą wobec zewnętrznej stygmatyzacji, uprzedzeń i dyskryminacji (Meyer, 2003; Sherman i in., 2020), więc ich uwzględnienie mogłoby pozwolić na lepsze

rozumienie znaczenia wyników badań własnych.

Analiza korelacji pomiędzy emocjami samoświadomościowymi a doświadczaniem symptomów zaburzeń odżywiania wykazała, że wstyd był dodatnio powiązany z ich ogólnym nasileniem, a także częstotliwością zachowań przeczyszczających oraz poziomem zaabsorbowania jedzeniem. Siła tych związków była słabą i umiarkowana, co wskazuje na ich istotne, choć umiarkowane znaczenie dla funkcjonowania jednostki. Warto podkreślić, że poczucie winy nie wykazywało istotnych statystycznie powiązań ani z wynikiem ogólnym symptomów zaburzeń odżywiania, ani z żadnym z analizowanych wymiarów nieuporządkowanego jedzenia, co sugeruje odmienną rolę tych dwóch emocji samoświadomościowych w kontekście funkcjonowania żywieniowego osób badanych. Rezultaty te wpisują się w prawidłowości opisywane przez badaczy przedmiotu. Dla przykładu: jednoznacznie potwierdzono istnienie związku między doświadczaniem wstydu a obecnością oraz nasileniem objawów zaburzeń odżywiania (Nechita, Bud, David, 2021). Odnotowano szczególnie silne związki wstydu związanego z ciałem (ang. *body shame*) i wstydu odnoszącego się do jedzenia (ang. *shame around eating*). Mierzony w niniejszym projekcie badawczym wstyd rozumiany jest jako skłonność do doświadczania tej emocji (ang. *shame proneness*); powiązania tak rozumianego wstydu z symptomami zaburzeń odżywiania są niejednoznaczne. Wykazano, że osoby z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania odznaczają się jego wyższym poziomem niż osoby bez takiego rozpoznania, a skłonność do doświadczania wstydu może być ważnym czynnikiem determinującym pojawienie się i utrzymywanie zaburzeń odżywiania, ze względu na silną korelację nie tylko z wieloma grupami objawów tych zaburzeń, ale także z psychologicznymi aspektami tej choroby (Cavalera i in., 2016). Istnieją jednak odmienne stanowiska; w oparciu o badanie przeprowadzone w grupie kobiet wykazano, że ani poczucie winy jako skłonność, ani wstyd jako skłonność nie są powiązane z symptomami zaburzeń odżywiania (Burney, Irwin, 2000). Wyniki dotyczące relacji między poczuciem winy a symptomatologią omawianych zaburzeń są rzadziej opisywane w literaturze i mniej jednoznaczne, a wykazywane zależności odnotowano jedynie dla poczucia winy związanego z obrazem ciała i jedzeniem (Burney, Irwin, 2000). W kontekście omawianych wyników warto nadmienić, że tendencja do odczuwania wstydu pozwalała przewidywać występowanie zarówno poczucia winy, jak i wstydu związanego z ciałem. Z kolei tendencja do przeżywania winy nie zezwalała na przewidywanie ani nasilenia i poczucia winy, ani wstydu związanego z ciałem. Autorzy przywołanego tu projektu badawczego analizując uzyskaną korelację między wstydem a poczuciem winy dotyczącymi ciała konkludowali, że badane kobiety nie

różnicowały precyzyjnie tych dwóch stanów emocjonalnych przeżywanych w kontekście swojego ciała (Crocker i in., 2014).

W ramach projektu badawczego sformułowano szóstą hipotezę, zgodnie z którą w grupie osób transpłciowych występują istotne związki pomiędzy emocjami samoświadomościowymi, tj. poczuciem winy i wstydu, a wybranymi zmiennymi o charakterze seksuologicznym, obejmującymi typ transpłciowości oraz etap procesu tranzycji. Analizy porównawcze nie wykazały istotnych statystycznie różnic pomiędzy kobietami transpłciowymi a mężczyznami transpłciowymi w zakresie nasilenia tendencji do doświadczania wstydu ani poczucia winy, co wskazuje na względną jednorodność badanej próby w odniesieniu do tych emocji, niezależnie od typu transpłciowości. Związki etapu tranzycji z poziomem wstydu i poczuciem winy okazały się nieistotne. Wyniki badań własnych różnią od tych uzyskanych w metaanalizie obejmującej ponad 236 tysięcy badanych (Else-Quest i in., 2012). W analizie tej potwierdzono bowiem istnienie statystycznie istotnych różnic międzypłciowych w zakresie poczucia winy i wstydu zarówno mierzonych jako cecha, skłonność, jak i stan. W odniesieniu do wstydu większe różnice płciowe odnotowano w przypadku, gdy: po pierwsze – w pomiarze używano skal mierzących cechy (w porównaniu ze skalami mierzącymi stany), po drugie – gdy narzędzia wykorzystywane do pomiarów opierały się na scenariuszach i odnosiły się do sytuacji, niż gdy bazowały na listach przymiotników i samoopisie (Else-Quest i in., 2012). Dotychczasowe publikacje konsekwentnie wskazują na występowanie wyższego poziomu wstydu i poczucia winy u kobiet (w porównaniu z mężczyznami), przy czym różnice te są umiarkowane i częściowo mediowane przez procesy socjalizacyjne stereotypy płci (Tangney, Dearing, 2002; Else-Quest i in., 2012). Omawiając zagadnienie różnic międzypłciowych w zakresie emocji samoświadomościowych warto odnieść się m.in. do ich genezy w procesie socjalizacji. Stwierdzono bowiem, iż zarówno sposób, treść, jak i długość rozmów pomiędzy matkami i ich dziećmi dotyczących poczucia winy i wstydu różniły się w zależności od płci dziecka. Na zaistnienie oraz nasilenie wykazywanych różnic międzypłciowych w zakresie poczucia winy i wstydu wpływ ma także pochodzenie etniczne (Else-Quest i in., 2012). Przytoczone tu przykładowe doniesienia wskazują na niebagatelne znaczenie czynników społeczno-kulturowych w determinowaniu dyskutowanych różnic. W tym kontekście stwierdzony brak różnic w zakresie analizowanych emocji samoświadomościowych wśród osób transpłciowych można wyjaśniać specyficznymi uwarunkowaniami wychowawczymi i socjalizacyjnymi związanymi z płcią, takimi jak dynamika identyfikacji z różnymi jej aspektami w trakcie procesu tranzycji (Brewer i in., 2022). Osoby, które silnie identyfikują się

ze swoją płcią, nierzadko także silniej dostosowują się do stereotypowych oczekiwań (Ellemers, 2018) – odzwierciedlenie tego mechanizmu znaleźć można w wynikach badań porównawczych między osobami transpłciowymi binarnymi i niebinarnymi. Osoby niebinarne wykazywały mniejszą potrzebę *passingu* (bycia spostrzeganym zgodnie z ich tożsamością płciową), a także niższy poziom wstydu oraz wyższy poziom dumy związanych ze swoją tożsamością w porównaniu z osobami binarnymi (Guimaoutdinov, Tram, 2022). Można zatem założyć, iż w grupie osób transpłciowych stopień identyfikacji z płcią mógłby lepiej różnicować badanych pod względem nasilenia wstydu i poczucia winy niż tożsamość płciowa mierzona binarnie.

Analizy międzygrupowe ujawniły istotne statystycznie zróżnicowanie w zakresie poczucia winy pomiędzy osobami znajdującymi się na różnych etapach tranzycji. Osoby posiadające diagnozę jednakże niepodejmujące żadnych interwencji medycznych związanych z tranzycją, charakteryzowały się istotnie wyższym nasileniem skłonności do przeżywania poczucia winy w porównaniu z osobami znajdującymi się na drugim etapie tranzycji, tj. poza posiadaniem diagnozy stosującymi terapię hormonalną. Nie stwierdzono natomiast istotnych statystycznie różnic pomiędzy osobami na II i III etapie tranzycji. W odniesieniu do wstydu nie wykazano istotnego zróżnicowania pomiędzy porównywanymi grupami na żadnym z etapów procesu tranzycji. Wykazana różnica pomiędzy osobami na I etapie a osobami na II etapie tranzycji, a także brak różnic między osobami na II i III etapie tranzycji może sugerować, że rozpoczęcie interwencji medycznych stanowi istotny punkt zwrotny w zakresie regulacji emocjonalnej i redukcji konfliktu wewnętrznego związanego z rozbieżnościami między różnymi wymiarami płci, a także pełnionymi rolami rodzinnymi, społecznymi a autoidentyfikacjami. Różnica ta może być powiązana z funkcjonowaniem osób transpłciowych w relacjach społecznych. Wykazano, że te z nich, które nie rozpoczęły tranzycji medycznej, deklarowały najwyższą częstość zwracania się do nich w sposób niezgodny z ich tożsamością płciową, zaś osoby, które ujawniły, że przebyły wszystkie pożądane przez siebie interwencje w zakresie afirmacji płci, zadeklarowały częstość doświadczenia błędnego przypisywania płci na najniższym poziomie ze wszystkich wyróżnionych grup w przytaczanym badaniu (Jacobsen i in., 2023). Można zatem przypuszczać, że wyższy poziom poczucia winy u osób znajdujących się na pierwszym etapie tranzycji wiąże się z niepodejmowaniem działań zaradczych – postrzeganych jako potencjalnie dostępne – wobec doświadczanej dysforii płciowej oraz niskiego poczucia zgodności płciowej (ang. *gender congruence*). Podjęcie terapii hormonalnej afirmującej płeć jest powiązane ze wzrostem poczucia zgodności płciowej (Thoma i in., 2023;

Cahill i in., 2025). Jednocześnie wyższe poczucie zgodności płciowej wiąże się ze zmniejszonym nasileniem występowania problemów w zakresie zdrowia psychicznego (Thoma i in., 2023). Mimo że w projekcie badań własnych poczucie winy i wstyd zmierzone zostały jako względnie stała skłonność do ich przeżywania, to część analiz struktur wewnętrznych skal zastosowanego w badaniu kwestionariusza TOSCA sugeruje, że skala poczucia winy może nie mierzyć samego doświadczenia winy, lecz raczej motywację do działań zaradczych/naprawienia przewinienia. Skala wstydu może zaś trafniej oceniać tendencję do przeżywania negatywnych emocji samoświadomościowych (Giner-Sorolla i in., 2011). W jakościowych badaniach P. Gilberta (1992, 1997; za: Adamczyk, 2017) wskazano, że wstyd nie wynika z niespełniania własnych oczekiwań czy standardów, lecz ze spostrzegania siebie jako osoby posiadającej określoną cechę lub przejawiającej postawę ocenianą przez siebie negatywnie. Akcent położony jest na „byciu” lub „robieniu” czegoś, co uznawane jest za złe bądź niewłaściwe, a nie na braku osiągnięć czy niewykazywaniu cech uznawanych za pożądane. Tak rozumiany wstyd byłby zatem silniej związany z samoobwinianiem niż z samym niespełnianiem oczekiwań. Może to wyjaśniać jego większą stabilność oraz względną niezależność od istotnych zmian życiowych czy okoliczności (co sugerują wyniki badań własnych), a także wskazywać na jego zakorzenienie w deficytach osobowościowych powiązanych z neurotyzmem lub depresyjnością (Adamczyk, 2017).

Podsumowując warto podkreślić, iż uzyskane wyniki wskazują, że o ile typ transpłciowości nie różnicuje w badanej grupie nasilenia tendencji do doświadczania wstydu i poczucia winy, o tyle w przypadku poczucia winy można zaobserwować jego podwyższone nasilenie na wczesnym etapie tranzycji, co może odzwierciedlać większe obciążenie emocjonalne towarzyszące początkowym fazom procesu afirmacji płci.

W ramach analizy empirycznej poddano weryfikacji hipotezę 7, zgodnie z którą zakładano istnienie związku pomiędzy spostrzeganym wsparciem społecznym a zmiennymi seksuologicznymi uwzględnionymi w badaniu, tj. typem transpłciowości oraz etapem tranzycji. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami ani w odniesieniu do ogólnego poziomu spostrzeganego wsparcia społecznego, ani w zakresie wsparcia pochodzącego od rodziny, przyjaciół bądź osoby znaczącej. Otrzymane wyniki wskazują, że typ transpłciowości nie stanowi czynnika różnicującego badanych w tym obszarze. Uzyskane rezultaty nie są zgodne z oczekiwaniami formułowanymi na podstawie dotychczasowych modeli teoretycznych oraz ogólnych ustaleń prezentowanych w literaturze przedmiotu. W części teoretycznej niniejszej pracy wskazano, że kobiety i mężczyźni różnią

się pod względem wzorców funkcjonowania w interakcjach społecznych, w tym w zakresie udzielania i korzystania ze wsparcia społecznego. Badacze dowodzą znaczenie ról płciowych oraz internalizacji stereotypów płciowych (Flaherty, Richman, 1989; Eagly, Wood, 2012), zwracając uwagę m.in. na związek między normami męskości a skłonnością do poszukiwania pomocy (Addis, Mahalik, 2003), a także na częściej obserwowaną wśród mężczyzn orientację sprawczą, a u kobiet wspólnotową (Hsu i in., 2021). Ponadto okazuje się, że kobiety częściej ujmują dostępne wsparcie w sposób całościowy, podczas gdy mężczyźni mają tendencję do bardziej zróżnicowanej oceny poszczególnych jego form, oddzielnie analizując wsparcie emocjonalne i instrumentalne (Matud i in., 2003). Odnotowano również, że mężczyźni dysponują przeciętnie szerszymi sieciami społecznymi, natomiast kobiety częściej deklarują większą liczbę relacji o charakterze bliskim i intymnym (Fuhrer i in., 1999). Przedstawione wyżej dane stanowiły podstawę do przypuszczenia, że tożsamość płciowa może różnicować badanych w zakresie spostrzeganego wsparcia społecznego. Tego rodzaju zależność potwierdzono w metaanalizie obejmującej ponad 30 tysięcy osób z Chin, w której uwzględniono 58 niezależnych badań opublikowanych w latach 2002–2014 (Zhang i in., 2015). Wynika z niej, że kobiety uzyskiwały wyższe wyniki w zakresie spostrzeganego wsparcia ogólnego, wsparcia rodzinnego, wsparcia spoza rodziny, wsparcia przyjaciół oraz wsparcia ze strony tzw. znaczących innych w porównaniu z mężczyznami (Zhang i in., 2015). Podobne różnice międzypłciowe odnotowano także w odniesieniu do wsparcia udzielanego i otrzymywanego za pośrednictwem mediów społecznościowych (Tifferet, 2020).

Na podstawie przeprowadzonych analiz badań własnych nie stwierdzono istotnych różnic międzypłciowych w zakresie spostrzeganego wsparcia społecznego wśród osób transpłciowych. Wynik ten pozostaje zgodny z częścią dotychczasowych doniesień empirycznych, w których wykazano brak różnic zarówno w ogólnym poziomie wsparcia społecznego, jak i w jego poszczególnych wymiarach w populacji osób transpłciowych (Vázquez López i in., 2020). Jednocześnie literatura przedmiotu dostarcza rezultatów odmiennych, zwłaszcza wynikających z badań, w których uwzględniano sposób określania tożsamości płciowej. W niektórych analizach poziom spostrzeganego wsparcia rodzinnego był wyższy u transpłciowych mężczyzn niż u transpłciowych kobiet (Rezapour Faridian, 2018). Podobną zależność potwierdzono także w odniesieniu do wsparcia ze strony rodziny (Claes i in., 2015). Spójny z tą tendencją jest również wynik badań nad jakością życia osób transpłciowych, w których transpłciowi mężczyźni raportowali wyższą jakość życia w wymiarze społecznym w porównaniu z transpłciowymi kobietami (Parola i in., 2010).

Uzyskane w niniejszym projekcie rezultaty można interpretować jako odzwierciedlenie braku istotnych różnic pomiędzy transpłciowymi kobietami i mężczyznami w zakresie percepcji dostępnego wsparcia społecznego i/lub faktycznie zbliżonego poziomu dostępnych zasobów wsparcia w badanej próbie. Alternatywnym wyjaśnieniem może być oddziaływanie specyficznych czynników, istotnych dla kształtowania przekonań dotyczących wsparcia społecznego w tej grupie, takich jak stopień zaawansowania procesu tranzycji, poziom afirmacji tożsamości płciowej czy zgodność wizerunku z dominującymi społecznymi wzorcami wyglądu przypisywanymi danej płci.

Odmienny obraz uzyskano w analizach uwzględniających etap tranzycji. Wykazano istnienie słabych, lecz istotnych statystycznie dodatnich związków pomiędzy etapem tranzycji a ogólnym poziomem spostrzeganego wsparcia społecznego, jak również wsparciem pochodzącym od przyjaciół i osoby znaczącej. Ponadto stwierdzono istotne statystycznie zróżnicowanie pomiędzy porównywanymi grupami w zakresie ogólnego wyniku spostrzeganego wsparcia społecznego oraz wsparcia otrzymywanego od przyjaciół. Analiza porównań szczegółowych wskazała, że osoby znajdujące się na III etapie tranzycji (diagnoza, terapia hormonalna, minimum jeden zabieg chirurgiczny) uzyskiwały istotnie wyższe wyniki zarówno w zakresie ogólnego wsparcia społecznego, jak i wsparcia ze strony przyjaciół, w porównaniu z osobami na I etapie tranzycji, które ograniczały podejmowane oddziaływania medyczne wyłącznie do uzyskania diagnozy. Wyniki te sugerują, że bardziej zaawansowany etap tranzycji wiąże się z wyższym poziomem subiektywnie postrzeganego wsparcia społecznego. Potwierdzenia wykazywanych w badaniach własnych rezultatów można poszukiwać w doniesieniach z długoterminowych badań podłużnych, w których wzięło udział 71 osób transpłciowych obu płci (niemal wszyscy badani korzystali z hormonalno-chirurgicznej korekty płci) (Ruppin, Pfäfflin, 2015). W badaniu tym wykazano, że po minimum 10 latach od uzyskania diagnozy transseksualności i sądowej zmiany oznaczenia płci znacząco poprawiło się funkcjonowanie psychologiczne i interpersonalne osób badanych – istotnie zmniejszyła się deklarowana liczba trudności w kontaktach interpersonalnych. Owe pozytywne zmiany zostały wykazane przy użyciu zarówno metod ilościowych, jak i jakościowych. Badani w swoich narracjach podkreślali znaczenie wsparcia społecznego ze strony rodziny, przyjaciół i psychoterapeutów dla dobrostanu psychicznego i radzenia sobie z wyzwaniami związanymi z procesem tranzycji (Ruppin, Pfäfflin, 2015). Prezentowane wyniki badań własnych są także zbieżne z uzyskanymi w badaniach podłużnych w schemacie *pre-post* (pod względem przebiecia histerektomii i mastektomii), w których wykazano istotny wzrost spostrzeganego

wsparcia społecznego ogółem, jak i ze strony rodziny, przyjaciół oraz osoby znaczącej po operacyjnej korekcie płci u transpłciowych mężczyzn (Gümüşsoy i in., 2022).

Zaobserwowana zależność pomiędzy zaawansowaniem procesu korekty płci a oceną dostępności wsparcia społecznego może być tłumaczona rzeczywistym występowaniem bardziej przyjaznych i wspierających postaw wobec osób transpłciowych, które przeżyły proces tranzycji i/lub które przejawiają większą zgodność pomiędzy tożsamością płciową a fenotypowym wymiarem płci niż wobec osób niepodejmujących działań wpisujących się w tranzycję medyczną. Dotychczas odnotowano, że nonkonformistyczne płciowo osoby transpłciowe doświadczają większej dyskryminacji niż osoby transpłciowe, których ekspresja płciowa jest zgodna ze społecznymi standardami płciowymi (Miller, Grollman, 2015). W badaniu osób niebinarnych wykazano, że osoby, które przeżyły wszystkie pożądane przez siebie interwencje w zakresie afirmacji płci, najrzadziej (ze wszystkich grup wyróżnionych w badaniu) doświadczają błędnego przypisywania płci przez otoczenie (Jacobsen i in., 2023). Istotne znaczenie miało również przekonanie osób transpłciowych dotyczące stopnia zgodności między tym, jak ich ekspresja płciowa jest postrzegana przez otoczenie społeczne, a tym, jak chciałyby, aby była oceniana w wymiarach męskości i kobiecości (ang. *visual conformity with affirmed gender*, VCAG). Wśród osób, które żywiły przekonanie, że otoczenie spostrzega je zgodnie z ich oczekiwaniami, obserwowano wyższe poczucie akceptacji i dumy związanych z płcią. Warto nadmienić, iż wskaźnik ten był powiązany z korzystaniem z zabiegów chirurgicznych korekty płci, ale tylko u mężczyzn (To i in., 2020).

Proces tranzycji ma istotne znaczenie dla funkcjonowania intrapsychicznego osób transpłciowych, które opisują go jako wyzwanie oraz „długą i trudną drogę” (Ruppin i Pfäfflin, 2015). Wsparcie otrzymywane w jego trakcie może w znaczący sposób kształtować przekonania badanych dotyczące dostępności wsparcia społecznego oraz jego źródeł. Doświadczenia wsparcia ze strony rodziny, przyjaciół czy partnera w okresie tranzycji mogą utrzymywać poczucie jego dostępności także po zakończeniu tego procesu. Może to stanowić wyjaśnienie, dlaczego istotne różnice w poziomie spostrzeganego wsparcia społecznego obserwuje się przede wszystkim pomiędzy osobami znajdującymi się na III i I etapie tranzycji.

Można także spostrzec, że wyróżniony III etap tranzycji obejmujący diagnozę, terapię hormonalną i chirurgiczne metody afirmacji płci w przypadku wielu badanych może stanowić etap tożsamy z etapem posttranzycyjnym wyróżnianym w innych opracowaniach czy też zakończeniem procesu tranzycji (por. Budge i in., 2013; Evans i in., 2021). Zaabsorbowanie doświadczaną dysforią płciową, a także przebiegiem procesu tranzycji, jak i konieczność

radzenia sobie z wyzwaniami powiązanych z tym procesem może maleć lub nawet ustępować, zaś osoba, która przeżyła pożądane przez siebie interwencje w zakresie afirmacji płci może angażować się w inne ważne dla siebie działania, np. te związane z budowaniem relacji interpersonalnych, co mogłoby znajdować odzwierciedlenie w uzyskanych rezultatach referowanego projektu badawczego. Wspierać powyższe przypuszczenie mogą wnioski wysuwane w przeglądzie literatury naukowej przeprowadzonym w ramach *What We Know Project* (Center for the Study of Inequality (2018)). W przeglądzie tym stwierdzono istnienie konsensusu w dotychczasowym piśmiennictwie co do powiązania tranzycji płciowej ze znaczącą poprawą dobrostanu psychospołecznego osób transpłciowych, w tym jakości życia i satysfakcji z relacji interpersonalnych.

Poza spostrzeganym ogólnym wsparciem społecznym (nieróżnicowanym ze względu na źródło), także wsparcie ze strony przyjaciół było oceniane jako bardziej dostępne przez osoby na III niż I etapie tranzycji. Warto jednak odnotować, iż odmienne rezultaty uzyskano w badaniach tureckich (Özata Yıldızhan, 2018). Wykazano w nich, że osoby, które przeżyły operację korekty płci (w porównaniu z osobami z analogiczną diagnozą, ale bez takiej interwencji) charakteryzowały się poprawą w zakresie oceny dostępnego wsparcia ze strony rodziny, a poprawy takiej nie odnotowano dla wsparcia ze strony przyjaciół i osoby znaczącej (Özata Yıldızhan, 2018). W innym, przywoływanym już projekcie badawczym także prowadzonym w Turcji (Gümüşsoy i in., 2022) odnotowano z kolei poprawę w zakresie oceny dostępnego wsparcia społecznego ogółem, jak i pochodzącego ze wszystkich wymienianych źródeł (rodzina, przyjaciele, osoba znacząca; badanie to dotyczyło li tylko mężczyzn). Opisywane rozbieżności mogłyby wskazywać na znaczenie czynników społeczno-kulturowych w kształtowaniu się wsparcia społecznego wśród osób transpłciowych w odniesieniu do ich procesu tranzycji. Zdaje się, że spostrzegane wsparcie społeczne determinowane jest wieloczynnikowo, m in. poprzez takie determinanty, jak wiek, wartość wskaźnika BMI, wykształcenie, postawy wobec seksualności rodziny pochodzenia, posiadanie partnera/partnerki czy status socjoekonomiczny (Vázquez López i in., 2020; Gümüşsoy i in., 2022).

Kolejna hipoteza badawcza (hipoteza 8) zakładała, że relacja pomiędzy zadowoleniem z obrazu ciała a nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania w grupie osób transpłciowych jest modyfikowana przez wybrane zmienne psychologiczne, tj. spostrzegane wsparcie społeczne oraz wybrane emocje samoświadomościowe wstyd i poczucie winy. Analizy regresji wykazały, że istotnymi predyktorami zmiennej objaśnianej były wstyd, spostrzegane wsparcie

społeczne oraz zadowolenie z obrazu ciała. Wartości standaryzowanych współczynników regresji wskazują, iż większe nasilenie symptomów zaburzeń odżywiania było związane z wyższym poziomem wstydu, niższym poziomem spostrzeganego wsparcia społecznego oraz mniejszym zadowoleniem z obrazu ciała, przy czym najsilniejszym predyktorem okazało się właśnie zadowolenie z obrazu ciała.

Uzyskane wyniki ponadto potwierdziły występowanie istotnych statystycznie efektów interakcyjnych w modelach uwzględniających spostrzegane wsparcie społeczne oraz poczucie winy jako moderatory analizowanej relacji. W przypadku spostrzeganego wsparcia społecznego zaobserwowano efekt buforujący, polegający na osłabieniu negatywnego związku pomiędzy zadowoleniem z obrazu ciała a nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania przy wysokim poziomie wsparcia. U osób charakteryzujących się niskim poziomem spostrzeganego wsparcia społecznego związek ten był wyraźnie silniejszy niż u osób z wysokim poziomem wsparcia. Analogicznie, istotny efekt moderacyjny stwierdzono dla poczucia winy. W grupie osób o niskim nasileniu tendencji do odczuwania poczucia winy związek pomiędzy zadowoleniem z obrazu ciała a nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania był silniejszy niż w grupie osób o wysokim nasileniu poczucia winy. Wyniki te wskazują, że zarówno spostrzegane wsparcie społeczne, jak i poczucie winy modyfikują relację między obrazem ciała a symptomatologią zaburzeń odżywiania w badanej próbie.

Wyniki badań własnych częściowo potwierdziły przyjęte założenia teoretyczne i wskazują, że relacja pomiędzy zadowoleniem z obrazu ciała a nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania w grupie osób transpłciowych ma charakter złożony i jest modyfikowana przez czynniki emocjonalne oraz społeczne. Najsilniejszym predyktorem symptomów zaburzeń odżywiania okazało się zadowolenie z obrazu ciała, co pozostaje zgodne z klasycznymi modelami poznawczo-behawioralnymi zaburzeń odżywiania (Fairburn, Cooper, Shafran, 2003) oraz z transdiagnostycznym ujęciem psychopatologii odżywiania, w którym nadmierne znaczenie przypisywane kształtowi i masie ciała stanowi kluczowy mechanizm podtrzymujący objawy (Fairburn, 2008).

W kontekście osób transpłciowych uzyskane rezultaty można dodatkowo interpretować w świetle koncepcji dysforii płciowej oraz badań wskazujących, że niezadowolenie z ciała bywa powiązane nie tylko z internalizacją kulturowych standardów atrakcyjności, lecz także z brakiem zgodności między cechami somatycznymi a tożsamością płciową (Jones i in., 2016; Testa, Rider, 2017). Niskie zadowolenie z obrazu ciała może zatem pełnić podwójną funkcję – zarówno jako klasyczny czynnik ryzyka zaburzeń odżywiania, jak i jako wskaźnik napięcia

wynikającego z niezgodności płciowej. Co więcej, poziom niezadowolenia z obrazu ciała zmierzony przed uzyskaniem opieki medycznej afirmującej płęć pozwalał przewidywać poziom tegoż niezadowolenia po przystąpieniu do tranzycji medycznej (większość badanych przebyła zabiegi chirurgiczne afirmujące płęć) (van de Grift, 2017).

Istotnym predyktorem symptomów zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia okazał się również wstyd. Wynik ten jest spójny z ujęciami teoretycznymi akcentującymi rolę emocji samoświadomościowych w etiologii zaburzeń odżywiania, zwłaszcza z koncepcją wstydu jako emocji skoncentrowanej na globalnie negatywnej ocenie siebie (Tangney, Dearing, 2002). Badania wskazują, że wstyd – szczególnie wstyd związany z ciałem – wiąże się z unikaniem, kontrolą jedzenia oraz zachowaniami kompensacyjnymi (Goss, Gilbert, 2002; Duarte, Pinto-Gouveia, Ferreira, 2015). W populacji osób transpłciowych wstyd może być dodatkowo wzmacniany przez doświadczenia stygmatyzacji i uprzedzeń, co znajduje odzwierciedlenie w modelu stresu mniejszościowego (Meyer, 2003). Zgodnie z tym ujęciem chroniczne narażenie na stresory społeczne (np. odrzucenie, dyskryminację) sprzyja internalizacji negatywnych przekonań o sobie, co może zwiększać podatność na objawy psychopatologiczne, w tym zaburzenia odżywiania.

Wyniki badań własnych potwierdziły także buforującą rolę spostrzeganego wsparcia społecznego. Zgodnie z klasycznym modelem buforowym wsparcia (Cohen, Wills, 1985), jego wysoki poziom osłabia negatywny wpływ stresorów na funkcjonowanie psychiczne. U badanych osób wysoki poziom wsparcia społecznego zmniejszał siłę związku pomiędzy niezadowoleniem z obrazu ciała a nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania. Można przypuszczać, że wsparcie – zwłaszcza afirmujące tożsamość płciową – sprzyja bardziej adaptacyjnym strategiom regulacji emocji oraz redukuje internalizację negatywnych ocen ciała. Wynik ten jest zbieżny z badaniami wskazującymi, że wsparcie społeczne stanowi jeden z kluczowych czynników protekcyjnych w zdrowiu psychicznym osób transpłciowych (Budge, Adelson, Howard, 2013).

Interesujący okazał się również efekt moderacyjny poczucia winy. Wbrew założeniu, że wyższy poziom negatywnych emocji będzie wzmacniał związek między niezadowoleniem z ciała a symptomami zaburzeń odżywiania, w niniejszym badaniu silniejszą korelację zaobserwowano w grupie osób o niskim poziomie poczucia winy. Można to interpretować w świetle rozróżnienia pomiędzy wstydem a poczuciem winy (Tangney, Dearing, 2002). Podczas gdy wstyd dotyczy negatywnej oceny całego Ja, poczucie winy odnosi się raczej do konkretnych zachowań i może wiązać się z tendencją do podejmowania działań naprawczych.

Niewykluczone zatem, że umiarkowane poczucie winy sprzyja większej refleksyjności i kontroli zachowań, co z kolei częściowo osłabia związek między niezadowoleniem z ciała a nasileniem objawów zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia. Wykazano, że przekonania o własnej skuteczności są znaczące dla procesów związanych z ewokowaniem określonych emocji samoświadomościowych (Choi, 2024). Interpretacja ta wymaga jednak ostrożności i dalszych badań, gdyż rola poczucia winy w zaburzeniach odżywiania nie jest jednoznaczna i może zależeć od jego adaptacyjnego *versus* dezadaptacyjnego charakteru.

Podsumowując, uzyskane wyniki wskazują, że symptomatologia zaburzeń odżywiania w grupie osób transpłciowych jest powiązana zarówno z czynnikami intrapsychicznymi (obraz ciała, wstyd, poczucie winy), jak i interpersonalnymi (wsparcie społeczne). Integracja modeli poznawczo-behawioralnych zaburzeń odżywiania z modelem stresu mniejszościowego (Meyer, 2003) wydaje się szczególnie użyteczna w wyjaśnianiu mechanizmów leżących u podłoża obserwowanych związków. Wyniki te podkreślają znaczenie działań klinicznych i profilaktycznych ukierunkowanych zarówno na poprawę relacji z ciałem, jak i na wzmacnianie sieci wsparcia społecznego oraz pracę nad regulacją emocji samoświadomościowych.

W ramach niniejszego projektu badawczego przyjęto założenie, że zmienne seksuologiczne, tj. typ transpłciowości oraz etap tranzycji, pełnią funkcję moderatorów związku pomiędzy poziomem zadowolenia z obrazu ciała a nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania w populacji osób transpłciowych (hipoteza 9). Analizy przeprowadzone w grupie transpłciowych kobiet wykazały, że ogólny poziom zadowolenia z obrazu ciała pozostawał w istotnej statystycznie, umiarkowanej ujemnej korelacji z nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia, w tym zwłaszcza z takimi ich wymiarami, jak świadomość żywieniowa oraz zaabsorbowanie jedzeniem. Analogiczne związki zaobserwowano dla większości wyróżnionych wymiarów zadowolenia z obrazu ciała, obejmujących atrakcyjność seksualną, kontrolę wagi oraz kondycję fizyczną, które były istotnie i negatywnie powiązane zarówno z wynikiem ogólnym symptomów zaburzeń odżywiania, jak i wybranymi ich podskalami. Jednocześnie presja społeczna oraz zachowania przecyzyszczające wykazały nieliczne, słabe i w przeważającej części nieistotne statystycznie związki z zadowoleniem z obrazu ciała.

W grupie mężczyzn transpłciowych ogólny wskaźnik zadowolenia z obrazu ciała również korelował istotnie i umiarkowanie ujemnie z nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania, w szczególności z zaabsorbowaniem jedzeniem. Co ważne, w tej grupie częściej i wyraźniej ujawniały się istotne statystycznie ujemne związki pomiędzy poszczególnymi

wymiarami obrazu ciała (atrakcyjność fizyczna, siła ciała, kondycja fizyczna) a zachowaniami przeczyszczającymi. Natomiast takie aspekty symptomatologii zaburzeń odżywiania jak presja społeczna oraz świadomość żywieniowa w większości analiz nie wykazywały istotnych związków z oceną obrazu ciała.

Podsumowując, w obu analizowanych grupach wyższy poziom zadowolenia z obrazu ciała wiązał się z niższym nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania, szczególnie w zakresie wyniku ogólnego oraz zaabsorbowania jedzeniem. Jednocześnie ujawniły się różnice międzypłciowe, polegające na silniejszych i częstszych związkach pomiędzy zadowoleniem z obrazu ciała a zachowaniami przeczyszczającymi w grupie transpłciowych mężczyzn. Należy jednak zaznaczyć, że przeprowadzone analizy nie potwierdziły występowania istotnych statystycznie efektów interakcji z udziałem zmiennych seksuologicznych. Jedynym istotnym rezultatem był efekt główny zadowolenia z obrazu ciała, wskazujący, że osoby charakteryzujące się niskim poziomem zadowolenia z obrazu ciała prezentowały istotnie wyższe nasilenie symptomów zaburzeń odżywiania w porównaniu z osobami o wysokim poziomie zadowolenia z obrazu ciała.

Wyniki uzyskane w ramach weryfikacji hipotezy 9 wskazują, że zadowolenie z obrazu ciała stanowi istotny czynnik powiązany z nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania w próbie osób transpłciowych, niezależnie od typu transpłciowości oraz etapu tranzycji. Brak istotnych efektów interakcyjnych z udziałem zmiennych seksuologicznych sugeruje, że zarówno typ transpłciowości (kobiety vs. mężczyźni transpłciowi), jak i etap tranzycji nie modyfikowały istotnie siły analizowanego związku. Oznacza to, że relacja między obrazem ciała a symptomatologią zaburzeń odżywiania może mieć u osób badanych charakter względnie uniwersalny.

Stwierdzony w obu grupach umiarkowany, ujemny związek pomiędzy zadowoleniem z obrazu ciała a nasileniem objawów zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia jest spójny z transdiagnostycznym modelem zaburzeń odżywiania (Fairburn, Cooper, Shafran, 2003; Fairburn, 2008), zgodnie z którym nadmierne znaczenie przypisywane kształtowi i masie ciała oraz niezadowolenie z wyglądu stanowią centralny mechanizm podtrzymujący objawy. W kontekście osób transpłciowych niezadowolenie z ciała może mieć jednak bardziej złożony charakter, obejmujący zarówno aspekty związane z internalizacją kulturowych standardów atrakcyjności, jak i z doświadczeniem niezgodności płciowej. Badania przeglądowe wskazują, że niezadowolenie z ciała jest w tej populacji istotnie powiązane z objawami zaburzeń odżywiania (Jones i in., 2016), a proces tranzycji medycznej może częściowo modyfikować

relację z własnym ciałem (Testa, Rider, 2017).

W grupie kobiet transpłciowych szczególnie wyraźne były związki pomiędzy zadowoleniem z obrazu ciała a zaabsorbowaniem jedzeniem oraz świadomością żywieniową. Można to interpretować w świetle teorii uprzedmiotowienia (Fredrickson, Roberts, 1997), zgodnie z którą internalizacja społecznych standardów wyglądu sprzyja koncentracji na ciele i jego kontroli. W przypadku kobiet transpłciowych presja związana z „czytelnością” płciową i społeczną oceną atrakcyjności może wzmacniać tendencję do monitorowania ciała i zachowań żywieniowych. Jednocześnie relatywnie słabe związki z presją społeczną mogą sugerować, że kluczowe znaczenie mają raczej zinternalizowane przekonania i indywidualna ocena ciała niż bezpośrednio deklarowana presja zewnętrzna. W zbadanej grupie mężczyzn transpłciowych wyraźniejsze i liczniejsze związki pomiędzy wymiarami obrazu ciała (atrakcyjność fizyczna, siła, kondycja) a zachowaniami przeczyszczającymi mogą odzwierciedlać specyficzne napięcie pomiędzy dążeniem do sylwetki postrzeganej jako „męska” a doświadczaną niezgodnością cielesną. Badania wskazują, że w tej grupie większe znaczenie mogą mieć takie aspekty ciała jak muskulatura, siła czy redukcja cech stereotypowo kobiecych (Jones i in., 2016). Zachowania przeczyszczające mogą w tym kontekście pełnić funkcję strategii regulacyjnej, ukierunkowanej na redukcję napięcia związanego z obrazem ciała oraz próbę przybliżenia się do pożądanego ideału.

Brak efektu moderacyjnego etapu tranzycji dla związku między zadowoleniem z obrazu ciała a występowaniem symptomów zaburzeń odżywiania jest wynikiem wymagającym pogłębionej interpretacji. Z jednej strony literatura wskazuje, że interwencje medyczne (hormonalne, chirurgiczne) mogą poprawiać satysfakcję z ciała i ogólne funkcjonowanie psychiczne (Budge, Adelson, Howard, 2013). Z drugiej strony, zgodnie z modelem stresu mniejszościowego (Meyer, 2003), czynniki strukturalne i społeczne – takie jak stygmatyzacja, dyskryminacja czy internalizacja negatywnych przekonań – mogą utrzymywać podwyższone ryzyko psychopatologii niezależnie od etapu medycznej tranzycji. Uzyskane wyniki sugerują, że sam etap tranzycji nie zmienia zasadniczo siły związku pomiędzy obrazem ciała a objawami zaburzeń odżywiania, co może oznaczać, iż kluczowe znaczenie mają bardziej ogólne procesy poznawczo-emocjonalne. Jak wykazano w przeglądzie systematycznym dotyczącym m.in. korelacji między satysfakcją z obrazu ciała a interwencjami medycznymi afirmującymi płeć (Das i in., 2025), interwencje te poprawiają dobrostan związany z obrazem ciała, jednakże czynniki, takie jak rodzaj interwencji, indywidualne oczekiwania dotyczące efektów tych interwencji, a także obecność problemów ze zdrowiem psychicznym w okresie

przedtranzycyjnym moderują ten związek. Wskazano także na niewystarczającą liczbę badań z długoterminową obserwacją, a także doniesień dotyczących znaczenia procesu starzenia się, norm kulturowych oraz postaw społecznych dotyczących transpłciowości dla omawianego związku (Das i in., 2025).

Podsumowując, wyniki potwierdzają centralną rolę zadowolenia z obrazu ciała jako czynnika powiązanego z nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania u badanych osób transpłciowych. Choć ujawniły się pewne różnice międzypłciowe w zakresie specyficznych wymiarów objawów zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia, zmienne seksuologiczne nie pełniły funkcji moderatorów analizowanej relacji. Wskazuje to na potrzebę projektowania oddziaływań klinicznych koncentrujących się na pracy z obrazem ciała – niezależnie od typu transpłciowości czy etapu tranzycji – przy jednoczesnym uwzględnieniu specyficznych doświadczeń związanych z tożsamością płciową i kontekstem społecznym.

IMPLIKACJE PRAKTYCZNE I OGRANICZENIA PROJEKTU BADAŃ WŁASNYCH

W kontekście oddziaływań terapeutycznych wyniki badań wspierają podejścia integracyjne, które łączą pracę nad stosunkiem do jedzenia i ich behawioralnymi wymiarami z interwencjami ukierunkowanymi na restrukturyzację poznawczą, regulację emocji oraz poprawę relacji z własnym ciałem. Zgodnie z modelami teoretycznymi, skuteczna terapia powinna obejmować nie tylko redukcję symptomów behawioralnych, lecz także modyfikację zniekształconych przekonań dotyczących wyglądu i wartości własnego ciała (Stice i in., 2014; Izydorczyk, 2020). Uzyskane wyniki badań własnych niosą istotne implikacje praktyczne zarówno dla profilaktyki, jak i interwencji psychologicznych ukierunkowanych na zaburzenia odżywiania w grupie osób transpłciowych. Przede wszystkim wskazują one na konieczność uwzględniania wielowymiarowego charakteru obrazu ciała w diagnozie i oddziaływaniach terapeutycznych. Zróżnicowane wzorce związków pomiędzy poszczególnymi komponentami zaburzeń odżywiania weryfikowanymi w badaniu własnym a wymiarami obrazu ciała sugerują, że skuteczne interwencje nie powinny ograniczać się do pracy nad globalnym zadowoleniem z wyglądu, lecz uwzględniać specyficzne obszary, takie jak spostrzegana atrakcyjność seksualna, kontrola masy ciała czy ocena kondycji fizycznej.

Wyniki dotyczące presji społecznej, ujawniające istotne zależności wyłącznie w grupie transpłciowych kobiet, wskazują na zasadność projektowania działań profilaktycznych uwzględniających płeć. Programy psychoedukacyjne oraz interwencje ukierunkowane na redukcję wpływu presji społeczno-kulturowej powinny szczególnie koncentrować się na

dekonstrukcji norm estetycznych oraz internalizowanych ideałów ciała wśród kobiet, zwłaszcza w kontekście atrakcyjności seksualnej i sprawności fizycznej oraz na wzmacnianiu zasobów służących budowaniu odporności na przekazy medialne. Istotne znaczenie praktyczne mają również wyniki wskazujące na ujemne relacje pomiędzy świadomością żywieniową a oceną obrazu ciała w badanej grupie osób transpłciowych. Sugerują one, że nadmierna koncentracja na jedzeniu, zasadach dietetycznych i kontroli spożycia może paradoksalnie sprzyjać pogorszeniu obrazu własnego ciała. W praktyce klinicznej i profilaktycznej oznacza to potrzebę ostrożnego formułowania zaleceń dotyczących zdrowego odżywiania. Interwencje powinny promować elastyczne podejście do jedzenia (np. intuicyjne jedzenie, uważność w jedzeniu), zamiast wzmacniać sztywne normy dietetyczne, które mogą zwiększać samokrytycyzm i niezadowolenie z ciała, szczególnie w sytuacji nieprzestrzegania tych reguł.

W kontekście zachowań przeczyszczających uzyskane wyniki wskazują, że nie prowadzą one do poprawy obrazu ciała ani poczucia kontroli nad jego masą, co ma istotne implikacje terapeutyczne. W pracy klinicznej z osobami transpłciowymi zasadne jest uwzględnianie interwencji ukierunkowanych na demaskowanie iluzorycznej funkcji regulacyjnej tych zachowań oraz rozwijanie alternatywnych, bardziej adaptacyjnych strategii radzenia sobie z negatywnymi emocjami i napięciem związanym z obrazem ciała. Szczególnie istotne implikacje wynikają z dowiedzionych silnych i spójnych związków pomiędzy zaabsorbowaniem jedzeniem a wszystkimi wymiarami obrazu ciała w badanej próbie. Wyniki te wskazują, że ograniczanie poznawczo-emocjonalnej dominacji tematów związanych z jedzeniem i masą ciała powinno stanowić jeden z kluczowych celów interwencji terapeutycznych. W praktyce oznacza to zasadność stosowania technik poznawczo-behawioralnych ukierunkowanych na redukcję ruminalacji, modyfikację dysfunkcyjnych przekonań dotyczących jedzenia oraz wzmacnianie bardziej zrównoważonego obrazu siebie. Uzyskane wyniki dają podstawę do rekomendowania indywidualizowania oddziaływań profilaktycznych i terapeutycznych oraz uwzględniania zarówno specyfiki zaburzeń odżywiania, jak i problemów w zakresie spostrzegania własnego ciała.

Szczegółowe omówienie użyteczności wyników badań własnych dla poszczególnych nurtów terapeutycznych przekracza ramy tego opracowania, lecz warto tu zaznaczyć, iż wyniki te wskazują na zasadność planowania oddziaływań terapeutycznych w zaburzeniach odżywiania w oparciu o poznawczo-behawioralne modele utrzymania objawów, w szczególności model transdiagnostyczny CBT-E, w którym centralną rolę odgrywa nadmierne znaczenie przypisywane jedzeniu, masie ciała i kształtowi sylwetki (Fairburn, 2008).

Zróznicowane wzorce zależności dowiedzione w projekcie badań własnych pomiędzy komponentami zaburzeń odżywiania a poszczególnymi wymiarami obrazu ciała uzasadniają konieczność indywidualnej konceptualizacji przypadku oraz doboru interwencji terapeutycznych w zależności od dominujących mechanizmów poznawczych i behawioralnych (Fairburn, Beglin, 1994).

Wyniki dotyczące presji społecznej, ujawniające istotne związki wyłącznie w grupie transpłciowych kobiet i ograniczone do postrzeganej atrakcyjności seksualnej oraz kondycji fizycznej, pozostają spójne z modelami społeczno-kulturowymi obrazu ciała, zgodnie z którymi kobiety w większym stopniu internalizują normy estetyczne i uzależniają samoocenę od wyglądu (Rodgers, Melioli, 2016). W ujęciu CBT oznacza to zasadność pracy nad identyfikacją i modyfikacją przekonań warunkowych oraz schematów poznawczych dotyczących atrakcyjności, akceptacji społecznej i własnej wartości. Zastosowanie mogą tu znaleźć techniki restrukturyzacji poznawczej oraz eksperymenty behawioralne testujące przewidywania dotyczące oceny ze strony innych osób (Fairburn, 2008). Z kolei ujemne relacje pomiędzy świadomością żywieniową a niemal wszystkimi wymiarami obrazu ciała sugerują, że w praktyce klinicznej szczególnej uwagi wymaga odróżnienie adaptacyjnej troski o zdrowie od poznawczej nadkontroli jedzenia. Badania wskazują, że nadmierna koncentracja na zasadach żywieniowych i monitorowaniu spożycia może sprzyjać sztywności poznawczej oraz nasileniu samokrytycyzmu wobec własnego ciała (Meadows, Higgs, 2019). W podejściu CBT zasadne jest ograniczanie zachowań sprawdzających, sztywnych reguł dietetycznych oraz kompulsywnego monitorowania jedzenia, przy jednoczesnym wdrażaniu regularnego jedzenia i pracy nad tolerancją dyskomfortu związanego z utratą kontroli (Fairburn, 2008). Warto także odnotować, iż wyniki dotyczące zachowań przeczyszczających potwierdzają ich rolę jako zachowań podtrzymujących zaburzenia odżywiania, które – mimo subiektywnego poczucia kontroli – nie prowadzą do poprawy obrazu ciała ani regulacji masy ciała. Z perspektywy poznawczo-behawioralnej zachowania te wzmacniają negatywne schematy dotyczące wyglądu oraz kontroli, a ich wygaszanie stanowi jeden z kluczowych celów terapii (Fairburn, Beglin, 1994; Fairburn, 2008). Interwencje powinny obejmować analizę funkcjonalną tych zachowań, identyfikację czynników wyzwalających o charakterze emocjonalnym oraz rozwijanie alternatywnych, konstruktywnych strategii regulacji emocji.

Najistotniejsze implikacje kliniczne wynikają z silnych i spójnych związków pomiędzy zaabsorbowaniem jedzeniem a wszystkimi wymiarami obrazu ciała w grupie osób transpłciowych. Wyniki te są zgodne z założeniami modelu CBT-E, zgodnie z którym

nadmierne poznawczo-emocjonalne zaangażowanie w kwestie jedzenia i masy ciała prowadzi do zawężenia pola uwagi i utrwalania negatywnej oceny siebie (Fairburn, 2008). Badania empiryczne wskazują również, że niezadowolenie z obrazu ciała pośredniczy w relacji pomiędzy negatywnym afektem a nasileniem objawów zaburzeń odżywiania, wzmacniając ruminacje i obsesyjność myślenia o jedzeniu (Bardone-Cone, Cass, 2006). Uwzględniając koncepcję obrazu ciała jako konstruktu wielowymiarowego, zaproponowaną przez Casha (2004), uzyskane wyniki wskazują, że poszczególne komponenty obrazu ciała mogą różnić się podatnością na oddziaływania terapeutyczne. Klinicznie uzasadnia to potrzebę równoległej pracy nad przekonaniem, emocjami i zachowaniami, zamiast koncentracji wyłącznie na redukcji objawów behawioralnych. Skuteczność takiego podejścia potwierdzają również badania nad interwencjami profilaktycznymi i terapeutycznymi opartymi na modelu poznawczo-behawioralnym (Stice i in., 2014).

Wskazując na wartość aplikacyjną wyników badań własnych warto także podkreślić, iż wykazane zróżnicowanie poziomu zadowolenia z obrazu ciała pomiędzy transpłciowymi mężczyznami a transpłciowymi kobietami sugeruje konieczność uwzględniania specyfiki doświadczeń cielesnych oraz społecznych związanych z kierunkiem tranzycji. Doniesienia empiryczne sugerują bowiem, że transpłciowe kobiety częściej doświadczają nasilonej presji estetycznej oraz dysforii związanej z cechami płciowymi wtórnymi, co może przekładać się na mniej korzystną ocenę obrazu ciała i większe ryzyko problemów psychicznych, w tym zaburzeń odżywiania (McGregor i in., 2023). Szczególnie istotne znaczenie dla formułowania zaleceń mają wyniki wskazujące na dodatni i umiarkowany związek pomiędzy etapem tranzycji a wszystkimi uwzględnionymi w badaniu wymiarami obrazu ciała. W praktyce klinicznej potwierdzają one zasadność traktowania afirmujących medycznych interwencji płciowych – w szczególności terapii hormonalnej – jako istotnego czynnika sprzyjającego poprawie relacji z własnym ciałem oraz ogólnego dobrostanu psychicznego osób transpłciowych. Zgodnie z dotychczasowymi badaniami, rozpoczęcie terapii hormonalnej wiąże się z redukcją dysforii płciowej, poprawą funkcjonowania emocjonalnego oraz bardziej pozytywną oceną własnego ciała (Testa i in., 2017). Jednocześnie brak istotnych różnic w poziomie zadowolenia z obrazu ciała pomiędzy osobami korzystającymi wyłącznie z terapii hormonalnej a osobami, które dodatkowo poddały się interwencjom chirurgicznym, ma istotne implikacje dla procesu kwalifikacji do leczenia oraz prowadzenia psychoedukacji. Wyniki te sugerują, że poprawa obrazu ciała może następować już na etapie tranzycji hormonalnej i nie musi mieć charakteru liniowego wraz ze wzrostem liczby interwencji medycznych. Jest to szczególnie istotne w

kontekście wcześniejszych badań (por. Owen-Smith i in., 2018; Simbar i in., 2018), w których wykazywano bardziej jednoznaczne korzyści związane z interwencjami chirurgicznymi, choć rezultaty te nie zawsze są spójne.

Z perspektywy aplikacyjnej uzyskane wyniki dowodzą potrzeby indywidualizacji procesu tranzycji oraz unikania normatywnych założeń dotyczących „optymalnej” ścieżki medycznej. Wskazują one również na konieczność zapewnienia szczególnego wsparcia psychologicznego osobom pozostającym na etapie diagnozy niezgodności płciowej, które – jak pokazują badania własne – charakteryzują się najniższym poziomem zadowolenia z obrazu ciała. W praktyce klinicznej oznacza to potrzebę wczesnych interwencji ukierunkowanych na formowanie pozytywnego obrazu ciała, redukcję dysforii oraz wzmacnianie adaptacyjnych strategii radzenia sobie, niezależnie od momentu rozpoczęcia medycznych etapów tranzycji.

Wyniki badań własnych dowodzą także znaczenia zasobów interpersonalnych oraz emocji samoświadomościowych w kształtowaniu obrazu ciała. Stwierdzone dodatnie związki pomiędzy poziomem zadowolenia z obrazu ciała a percepcją wsparcia społecznego – zarówno ogólnego, jak i pochodzącego od rodziny oraz przyjaciół – wskazują, że doświadczanie akceptacji i emocjonalnej dostępności otoczenia może pełnić funkcję czynnika ochronnego wobec negatywnej oceny własnego ciała. Wyniki te są zgodne z modelem stresu mniejszościowego, zgodnie z którym wsparcie społeczne amortyzuje negatywne skutki stresorów związanych z uprzedzeniami i stygmatyzacją, poprawiając funkcjonowanie psychiczne osób transpłciowych (Meyer, 2003; Testa i in., 2015). Rezultat ten uzasadnia potrzebę systematycznego wzmacniania sieci wsparcia społecznego – w szczególności relacji rodzinnych i rówieśniczych – jako integralnego elementu interwencji psychologicznych ukierunkowanych na poprawę relacji z własnym ciałem. Jednocześnie niejednoznaczne wyniki dotyczące wsparcia ze strony osoby znaczącej sugerują, że relacje intymne mogą mieć bardziej złożone i ambiwalentne znaczenie dla formowania obrazu ciała osób transpłciowych, potencjalnie związane z jakością relacji, poziomem afirmacji tożsamości płciowej oraz dynamiką władzy i zależności. Wskazuje to na zasadność uwzględniania kontekstu relacyjnego w pracy terapeutycznej oraz ostrożnego różnicowania źródeł wsparcia zamiast traktowania ich jako jednorodnego konstruktu.

Analiza emocji samoświadomościowych wykazała odmienne znaczenie winy i wstydu dla obrazu ciała osób badanych, co wydaje się mieć istotne implikacje aplikacyjne. Słabe dodatnie związki poczucia winy z oceną atrakcyjności fizycznej i seksualnej mogą sugerować, że emocja ta – w przeciwieństwie do wstydu – niekoniecznie wiąże się z globalnie negatywną

oceną siebie, lecz może pełnić funkcję bardziej adaptacyjną, związaną z regulacją zachowań i uwzględnianiem norm społecznych (Tangney, Dearing, 2002). Wstyd natomiast okazał się konsekwentnym predyktorem obniżonego zadowolenia z obrazu ciała, co jest spójne z wcześniejszymi badaniami (por. Budge i in., 2013; McGregor i in., 2023) wskazującymi, że wstyd cielesny i wstyd związany z tożsamością płciową są silnie powiązane z negatywną samooceną, dysforią oraz problemami zdrowia psychicznego w populacji osób transpłciowych. Wyniki te uzasadniają konieczność uwzględniania pracy nad wstydem jako kluczowego celu interwencji psychologicznych. W praktyce klinicznej oznacza to zasadność stosowania podejść terapeutycznych ukierunkowanych na redukcję wstydu, internalizowanej transfobii oraz samokrytycyzmu, a także na rozwijanie postaw samowspółczucia i akceptacji ciała. Uwzględnienie zarówno kontekstu relacyjnego, jak i emocji samoświadomościowych może przyczynić się do bardziej skutecznego wspierania dobrostanu psychicznego i pozytywnego obrazu ciała osób transpłciowych.

Uzyskane wyniki badań własnych odnośnie do powiązań między symptomami zaburzeń odżywiania i nieuporządkowanego jedzenia a zmiennymi seksuologicznymi (typ transpłciowości i etap tranzycji) niosą istotne implikacje dla profilaktyki i interwencji klinicznych w grupie osób transpłciowych. Stwierdzone różnice pomiędzy kobietami transpłciowymi a mężczyznami transpłciowymi ograniczające się wyłącznie do wyższego poziomu świadomości żywieniowej u kobiet sugerują, że płeć afirmowana może różnicować sposób internalizacji norm dotyczących jedzenia i kontroli ciała, bez jednoczesnego wzrostu nasilenia pozostałych symptomów zaburzeń odżywiania. Wynik ten jest zgodny z doniesieniami wskazującymi, że kobiety transpłciowe, podobnie jak kobiety cispłciowe, mogą w większym stopniu internalizować społeczno-kulturowe standardy dotyczące szczupłości i kontroli diety, co sprzyja nasilonej refleksyjności i monitorowaniu zachowań żywieniowych (McGregor i in., 2023; Testa i in., 2017). Wynik ten uzasadnia potrzebę różnicowania akcentów psychoedukacyjnych i terapeutycznych z uwzględnieniem afirmowanej płci, szczególnie w obszarze pracy nad elastycznym i nieperfekcjonistycznym podejściem do jedzenia. Jednocześnie wyniki wskazujące na istotnie wyższe nasilenie ogólnych symptomów zaburzeń odżywiania oraz presji społecznej u osób pozostających na etapie diagnozy, niepodjęających jeszcze interwencji medycznych, podkreślają szczególną ich podatność na rozwój problemów w obszarze zachowań żywieniowych. Okres przed rozpoczęciem terapii hormonalnej i zabiegów chirurgicznych może wiązać się z nasilonym stresem mniejszościowym, niepewnością co do własnego ciała oraz zwiększoną ekspozycją na społeczne normy dotyczące

wyglądu, co sprzyja rozwojowi nieadaptacyjnych strategii regulacji emocji poprzez jedzenie (Meyer, 2003; Nagata i in., 2020). W tym kontekście szczególnie istotna aplikacyjnie jest obserwowana słaba, lecz istotna ujemna korelacja pomiędzy etapem tranzycji a presją społeczną, sugerująca, że postęp tranzycji i związana z nim afirmacja płci mogą pełnić funkcję czynnika ochronnego, redukującego subiektywnie doświadczane oczekiwania i oceny społeczne dotyczące ciała oraz jedzenia. Brak jednoznacznych różnic pomiędzy osobami stosującymi terapię hormonalną a osobami, które dodatkowo przeszły interwencje chirurgiczne, wskazuje natomiast, że sama możliwość rozpoczęcia tranzycji medycznej – a niekoniecznie jej maksymalny zakres – może mieć kluczowe znaczenie dla obniżenia ryzyka rozwijania zaburzeń odżywiania. Z punktu widzenia praktyki klinicznej wyniki te wspierają postulaty wczesnej identyfikacji objawów nieuporządkowanego jedzenia oraz wdrażania wsparcia psychologicznego już na etapie diagnozy niezgodności płciowej, równoległe z procesem kwalifikacji do tranzycji medycznej. Integracja interwencji afirmujących płęć z oddziaływaniami ukierunkowanymi na redukcję presji społecznej i modyfikację dysfunkcyjnych przekonań dotyczących jedzenia i ciała może stanowić istotny element skutecznej profilaktyki i leczenia zaburzeń odżywiania w grupie osób transpłciowych.

Omawiając wartość aplikacyjną badań własnych warto także podkreślić kluczową rolę spostrzeganego wsparcia społecznego jako czynnika ochronnego wobec rozwoju i nasilenia symptomów zaburzeń odżywiania w grupie osób transpłciowych. Wskazuje to na zasadność projektowania oddziaływań terapeutycznych i profilaktycznych, które nie ograniczają się wyłącznie do pracy indywidualnej, lecz obejmują również wzmacnianie sieci wsparcia społecznego, w szczególności relacji przyjacielskich oraz rodzinnych. Jest to zgodne z modelem stresu mniejszościowego, zgodnie z którym dostępność wspierających relacji interpersonalnych może amortyzować negatywne konsekwencje stresorów specyficznych dla mniejszości płciowych, w tym internalizacji norm społecznych dotyczących wyglądu i jedzenia (Meyer, 2003; Testa i in., 2015). Szczególne znaczenie praktyczne mają wyniki wskazujące na ujemne związki pomiędzy wsparciem społecznym a zaabsorbowaniem jedzeniem, które w literaturze przedmiotu traktowane jest jako poznawczo-emocjonalny rdzeń wielu postaci nieuporządkowanego jedzenia. Wyniki te sugerują, że interwencje wzmacniające poczucie bycia akceptowanym i rozumianym mogą pośrednio redukować nadmierną koncentrację na jedzeniu jako strategii regulacji emocji lub radzenia sobie z napięciem psychicznym (Fairburn i in., 2003; McGregor i in., 2023). W praktyce klinicznej uzasadnia to włączanie elementów psychoedukacji dla bliskich oraz pracy nad bezpiecznym ujawnianiem tożsamości płciowej w

środowiskach społecznych.

Istotnym wnioskiem aplikacyjnym jest także wyraźne zróżnicowanie związku emocji samoświadomościowych, w szczególności wstydu i winy, z symptomami zaburzeń odżywiania. Uzyskane dane wskazują, że to wstyd – a nie poczucie winy – pozostaje emocją istotnie powiązaną z nasileniem wspomnianych symptomów, w tym zachowań przeczyszczających oraz zaabsorbowania jedzeniem. Z klinicznego punktu widzenia potwierdza to zasadność koncentrowania interwencji na redukcji wstydu związanego z ciałem, jedzeniem oraz tożsamością płciową, co znajduje odzwierciedlenie w podejściach opartych na terapii poznawczo-behawioralnej trzeciej fali, terapii skoncentrowanej na współczuciu oraz afirmatywnej terapii transpłciowej (Gilbert, 2010; Meyer i in., 2016). Brak istotnych związków pomiędzy poczuciem winy a symptomami zaburzeń odżywiania sugeruje natomiast, że emocja ta może pełnić odmienną, potencjalnie bardziej adaptacyjną funkcję regulacyjną. W praktyce klinicznej implikuje to konieczność precyzyjnego różnicowania wstydu i winy w procesie diagnostycznym i terapeutycznym (Tangney, Dearing, 2002). Podsumowując, wyniki badań własnych wskazują na potrzebę zintegrowanych, afirmatywnych oddziaływań terapeutycznych, które łączą pracę nad objawami nieuporządkowanego jedzenia z redukcją wstydu, wzmacnianiem wsparcia społecznego oraz uwzględnianiem specyficznych doświadczeń mniejszościowych osób transpłciowych. Takie podejście zwiększa szanse na trwałą poprawę funkcjonowania psychicznego i żywieniowego tej grupy osób.

Warto również zaznaczyć, iż brak istotnych różnic pomiędzy kobietami transpłciowymi a mężczyznami transpłciowymi w zakresie nasilenia wstydu i poczucia winy wskazuje, że emocje samoświadomościowe mogą stanowić wspólny obszar klinicznej podatności w tej populacji, niezależnie od kierunku tranzycji. Z perspektywy aplikacyjnej uzasadnia to stosowanie ujednoliconych protokołów diagnostycznych i terapeutycznych, które koncentrują się na mechanizmach emocjonalnych związanych z doświadczeniem niezgodności płciowej oraz stresu mniejszościowego, a nie wyłącznie na typie transpłciowości (Meyer, 2003; Testa i in., 2015). Jednocześnie istotne zróżnicowanie poziomu poczucia winy pomiędzy osobami znajdującymi się na etapie diagnozy bez wdrożonych interwencji medycznych a osobami stosującymi terapię hormonalną wskazuje na szczególną wrażliwość emocjonalną w początkowej fazie procesu tranzycji. Wynik ten ma znaczenie aplikacyjne, sugerując potrzebę wczesnych oddziaływań psychologicznych ukierunkowanych na redukcję dezadaptacyjnego poczucia winy, które może być związane z internalizacją transfobii, norm społecznych oraz ambiwalencją decyzyjną towarzyszącą etapowi przedmedycznemu (Bockting i in., 2013;

Hendricks, Testa, 2012). Włączenie interwencji afirmatywnych już na etapie diagnozy może zatem pełnić funkcję prewencyjną wobec utrwalania się negatywnych schematów samooceny i regulacji emocjonalnej. Brak istotnych różnic w zakresie wstydu pomiędzy osobami na różnych etapach tranzycji wskazuje natomiast, że emocja ta może mieć bardziej trwały i strukturalny charakter, słabiej podatny na zmiany wynikające z afirmacji medycznej. Z klinicznego punktu widzenia wskazuje to na konieczność bezpośredniego adresowania wstydu w procesie psychoterapii, niezależnie od etapu tranzycji, z wykorzystaniem podejść skoncentrowanych na współczuciu, regulacji emocji oraz dekonstrukcji internalizowanych przekonań deprecjonujących własne ciało i tożsamość (Gilbert, 2010; Meyer i in., 2016). Wyniki te wzmacniają argument za tym, aby afirmacja medyczna była uzupełniana systematyczną interwencją psychologiczną, ukierunkowaną na głębsze, emocjonalne aspekty funkcjonowania osób transpłciowych.

Wykazany w badaniach brak różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami transpłciowymi w zakresie spostrzeganego wsparcia społecznego dowodzi, że typ transpłciowości nie stanowi kluczowego czynnika różnicującego dostępność i jakość wsparcia, co uzasadnia projektowanie interwencji opartych na wspólnych mechanizmach psychospołecznych, a nie na podziale binarnym płci afirmowanej (Testa i in., 2015). Odmienny obraz uzyskany w analizach uwzględniających etap tranzycji podkreśla natomiast znaczenie procesu afirmacji płci dla funkcjonowania relacyjnego jednostki. Wyższy poziom spostrzeganego wsparcia społecznego, w szczególności ze strony przyjaciół i osób znaczących, obserwowany u osób na bardziej zaawansowanych etapach tranzycji, może odzwierciedlać zarówno większą zgodność pomiędzy tożsamością a ekspresją płciową, jak i redukcję stresu mniejszościowego oraz wzrost otwartości w relacjach interpersonalnych (Meyer, 2003; Bockting i in., 2013). Z klinicznego punktu widzenia wyniki te wskazują na szczególną potrzebę intensyfikacji oddziaływań wspierających osoby znajdujące się na wczesnym etapie tranzycji, zwłaszcza w zakresie budowania sieci wsparcia pozarodzinnego, które w tej fazie może pełnić funkcję kompensacyjną wobec dotychczas ograniczonej akceptacji społecznej. Interwencje afirmatywne, psychoedukacja skierowana do bliskich oraz działania wzmacniające zasoby relacyjne mogą stanowić istotny element profilaktyki zdrowia psychicznego w tej grupie, zanim naturalny wzrost wsparcia towarzyszący postępom tranzycji stanie się dostępny (Hendricks, Testa, 2012; Pachankis i in., 2020).

Warto także zaznaczyć, iż wyniki badań własnych mogą stanowić podstawę do projektowania działań profilaktycznych, zwłaszcza w populacjach podwyższonego ryzyka.

Programy profilaktyczne skoncentrowane na wzmacnianiu pozytywnego obrazu ciała, krytycznym odbiorze przekazów medialnych oraz redukcji tendencji do porównań społecznych mogą przyczyniać się do zmniejszenia podatności na rozwój zaburzeń odżywiania (Thompson i in., 2001). W tym kontekście szczególnie istotne wydaje się wczesne identyfikowanie niezadowolenia z obrazu ciała jako sygnału ostrzegawczego.

Interpretując uzyskane wyniki, należy uwzględnić kilka istotnych ograniczeń przeprowadzonych badań. Po pierwsze, zastosowany *schemat korelacyjny* uniemożliwia formułowanie wniosków przyczynowo-skutkowych. Chociaż uzyskane związki są zgodne z dominującymi modelami teoretycznymi zakładającymi, że negatywny obraz ciała sprzyja rozwojowi zaburzeń odżywiania, nie można jednoznacznie stwierdzić, czy to obniżone zadowolenie z obrazu własnego ciała prowadzi do nasilenia symptomów zaburzeń odżywiania, czy też odwrotnie – nasilone objawy zaburzeń odżywiania pogłębiają negatywne postrzeganie własnego ciała. Relacja ta może mieć charakter dwukierunkowy, co podkreślają wcześniejsze badania i modele integracyjne (Izydorczyk, 2020).

Po drugie, badania opierały się na *narzędziach samoopisowych*, które – mimo swojej powszechności i użyteczności – niosą ryzyko wystąpienia błędów wynikających z tendencji do uzyskania aprobaty społecznej, zniekształceń poznawczych czy ograniczonego wglądu badanych we własne funkcjonowanie, bądź ochrony Ja. W szczególności w obszarze obrazu ciała i zachowań żywieniowych respondenci mogą zaniżać lub zawyżać nasilenie objawów, co może wpływać na siłę obserwowanych korelacji.

Ponadto, podczas interpretacji uzyskanych wyników należy uwzględnić szereg ograniczeń wynikających ze sposobu doboru próby, jej charakterystyki oraz zastosowanej procedury badawczej. W badaniu zastosowano bowiem *celowy dobór próby*, a rekrutacja odbywała się wyłącznie drogą internetową, za pośrednictwem mediów społecznościowych oraz organizacji i grup powiązanych ze społecznością osób transpłciowych. Taki sposób doboru zwiększa ryzyko *błędu autoselekcji* – w badaniu mogły uczestniczyć przede wszystkim osoby bardziej zaangażowane społecznie, aktywne w przestrzeni internetowej, pozostające w kontakcie ze środowiskiem osób transpłciowych lub korzystające ze wsparcia organizacji. Osoby mniej aktywne społecznie, starsze, wykluczone cyfrowo lub unikające kontaktu z organizacjami mogły być niedoreprezentowane. Ogranicza to możliwość generalizacji wyników na całą populację osób transpłciowych w Polsce. Poza tym kryterium włączenia do próby stanowiło *posiadanie diagnozy transpłciowości*, co oznacza, że w badaniu nie uwzględniono osób, które nie posiadają formalnego rozpoznania (np. z powodu barier

systemowych, finansowych lub osobistych). Wykluczono także osoby deklarujące tożsamość niebinarną. W konsekwencji uzyskane wyniki odnoszą się wyłącznie do binarnych osób transpłciowych z diagnozą i nie mogą być bezpośrednio odnoszone ani do całego spektrum tożsamości transpłciowych, ani do osób niebinarnych. Zawęża to zakres wnioskowania i ogranicza reprezentatywność próby względem zróżnicowanej populacji osób TGNB.

Kolejnym ograniczeniem jest *struktura demograficzna próby*. Badani byli w stosunkowo młodym wieku (wiek: $M = 24,59$; $Me = 23$), a większość (67,6%) stanowiły osoby mieszkające w dużych miastach. Może to oznaczać niedostateczną reprezentację osób starszych oraz mieszkających w mniejszych miejscowościach i na wsi, których doświadczenia psychospołeczne, dostęp do opieki medycznej czy przebieg procesu tranzycji mogą istotnie różnić się od doświadczeń osób młodych, funkcjonujących w warunkach miejskich. Ograniczeniem jest również *przekrojowy charakter badania*, który uniemożliwia formułowanie wniosków przyczynowo-skutkowych oraz analizę dynamiki zmian w czasie. Chociaż osoby badane znajdowały się na różnych etapach tranzycji, dane nie pozwalają na śledzenie indywidualnych trajektorii zmian ani jednoznaczne określenie kierunku zależności między analizowanymi zmiennymi.

LITERATURA

- Adamczyk, A. O. (2017). Shame, guilt and psychopathology - transdiagnostic approach. *Journal of Education, Health and Sport*, 7(4), 420–434.
- Adamczyk, P. (2023). Wsparcie w kryzysie. Rola wsparcia społecznego w sytuacji zagrożenia suicydalnego wśród młodzieży. [Rozprawa doktorska, Uniwersytet Łódzki]. Repozytorium Uniwersytetu Łódzkiego.
- Addis, M. E., Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *The American psychologist*, 58(1), 5–14.
- Agarwal, C. A., Scheefer, M. F., Wright, L. N., Walzer, N. K., Rivera, A. (2018). Quality of life improvement after chest wall masculinization in female-to-male transgender patients: A prospective study using the BREAST-Q and Body Uneasiness Test. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery: JPRAS*, 71(5), 651–657.
- Ainsworth C. (2015). Sex redefined. *Nature*, 518(7539), 288–291.
- Ajoudani, F., Jasemi, M., Lotfi, M. (2018). Social participation, social support, and body image in the first year of rehabilitation in burn survivors: A longitudinal, three-wave cross-lagged panel analysis using structural equation modeling. *Burns : journal of the International Society for Burn Injuries*, 44(5), 1141–1150.
- Ålgars, M., Alanko, K., Santtila, P., i Sandnabba, N. K. (2012). Disordered eating and gender identity disorder: A qualitative study. *Eating disorders*, 20(4), 300–311.
- Ålgars, M., Santtila, P., Sandnabba, N. K. (2010). Conflicted gender identity, body dissatisfaction, and disordered eating in adult men and women, *Sex Roles*, 63, 118–125.
- Alleva, J. M., Tylka, T. L. (2021). Body functionality: A review of the literature. *Body Image*, 36, 149–171.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (wyd. 3). Washington, DC: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
- Ammann, C., Smigielski, L., Lutz, M., i in.. (2025). Effect of medical interventions on body satisfaction in gender-dysphoric adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, 54, 4061–4075.
- Andersen, A. E. (1983). Anorexia nervosa and bulimia: A spectrum of eating disorders. *Journal of Adolescent Health Care*, 4(1), 15–21.
- Anderson, J. W., Konz, E. C., Frederich, R. C., Wood, C. L. (2001). Long-term weight-loss maintenance: a meta-analysis of US studies. *The American journal of clinical nutrition*, 74(5), 579–584.
- Anderson, S. M. (2020). Gender Matters: The Perceived Role of Gender Expression in Discrimination Against Cisgender and Transgender LGBTQ Individuals. *Psychology of Women Quarterly*, 44(3), 323–341.
- Andrews, B., Brewin, C. R., Rose, S., Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: The role of shame, anger, and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(1), 69–73.
- Antoszewski, B., Kasielska, A., Kruk-Jeromin, J. (2009). Stereotyp transseksualisty typu kobieta-meiczyzna wśród studentów uczelni wyższych na podstawie dyferencjału semantycznego [Female-to-male transsexual's stereotype among university men and women on the basis of semantic differential]. *Psychiatria polska*, 43(6), 729–737.
- APA (2021). Guidelines for Psychological Practice With Transgender and Gender Nonconforming People. *American Psychologist*, 76(5), 838–859.
- Arcimowicz, K. (2015). Współczesny ideał męskiego ciała – wybrane aspekty problematyki. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Sociologica* 55, 57–76.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480.
- Aronson, E., Wilson, T., Alert, R. (2012). Psychologia społeczna: serce i umysł. Poznań: Zysk i S-ka.
- Austin, A. (2016). “There I am”: A grounded theory study of young adults navigating a transgender or gender nonconforming identity within a context of oppression and invisibility. *Sex Roles*, 75, 215–230.

- Austin, A., Papciak, R., Lovins, L. (2022). Gender euphoria: agrounded theory exploration of experiencing gender affirmation, *Psychology & Sexuality*, 13, 1-21.
- Avalos, L. C., Tylka, T. L., Wood-Barcalow, N. (2005). The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image*, 2, 285–297.
- Aversa, I., Coleman, T., Travers, R., Coulombe, S., Wilson, C., Woodford, M. R., Davis, C., Burchell, D., Schmid, E. (2022). "I'm always worried": Exploring perceptions of safety and community inclusion among transgender people. *International Journal of Community Well-Being*, 5(1), 37–54.
- Avila, J. T., Golden, N. H., Aye, T. (2019). Eating Disorder Screening in Transgender Youth. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 65(6), 815–817.
- Axer, A. (1983). Społeczne systemy oparcia w środowisku chorego psychicznie. *Studia Socjologiczne*, 4(91), 200.
- Babu, K., Joy, M., Johnson, A. J., Sukumar, V., Chinnaiyan, R. (2024). *Predictive Role of Internalized Shame, Fear of Negative Evaluation on Social Anxiety among Transgenders*.
- Baceviciene, M., Jankauskiene, R. (2020). Associations between body appreciation and disordered eating in a large sample of adolescents. *Nutrients*, 12(3), 752.
- Baisert, M. (2021). Rozwój psychoseksualny człowieka. Kryteria dojrzałości psychoseksualnej. W: M. Lew-Starowicz, Z. Lew-Starowicz i V. Skrzypulec-Plinta (red.) *Seksuologia* (s. 131-146). Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Bancroft, J. (2021). *Seksualność człowieka*. Wrocław: Edra Urban&Partner.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Prentice-Hall.
- Bardone-Cone, A. M., Cass, K. M. (2006). Investigating the mediators of the association between body dissatisfaction and eating disorder symptomatology. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(5), 477–485. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.08.006>
- Barnett, E., Casper, M. (2001). A definition of "social environment". *American journal of public health*, 91(3), 465.
- Barr, S. M., Budge, S. L., 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.
- Baumeister R. M., Stillwell A. M., Heatherton T. F. (1994). Guilt: An interpersonal approach. *Psychological Bulletin*, 115, 2.59.
- Bąk-Sosnowska, M. (2024). Niezdrowe nawyki żywieniowe i ich zmian. W: A. Brytek-Matera (red.), *Psychodietetyka* (s. 214-227), PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Beaumont J. (2024). Exploring the continuum of eating behaviour, from 'normal' to disordered eating. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 39(9), 63–68.
- Becker, I., Nieder, T. O., Cerwenka, S., Briken, P., Kreukels, B. P., Cohen-Kettenis, P. T., ... i Richter-Appelt, H. (2016). Body image in young gender dysphoric adults: a European multi-center study. *Archives of sexual behavior*, 45, 559-574.
- Beer, J. S. (2007). Neural Systems for Self-Conscious Emotions and Their Underlying Appraisals W: J.L. Tracy, R. W. Robins, J. P. Tangney (red.) *The self-conscious emotions: Theory and research* (s. 134-149). Miejsce: The Guilford Press.
- Behar, R., de la Barrera, M., Michelotti, J. (2001). Gender identity and eating disorders. W: Abstrakt, *Revista médica de Chile*, 129(9), 1003-1012.
- Beisert, M. (2016). Psychologia zaburzeń seksualnych. W: L. Cierpiałkowska i H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*, (s. 427-446). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Beisert, M. (2017) Rozwój psychoseksualny człowieka. Kryteria dojrzałości psychoseksualnej. W: M. Lew-Starowicz, Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec-Plinta (red.), *Seksuologia* (s. 173-176), Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Beisert, M. (2021). Rozwój psychoseksualny człowieka. Kryteria dojrzałości psychoseksualnej. W: M. Lew-Starowicz, Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec-Plinta (red.), *Seksuologia* (s. 131–146). PZWL Wydawnictwo Lekarskie.

- Belmont, N., Cronin, T. J., Pepping, C. A. (2023). Affirmation-support, parental conflict, and mental health outcomes of transgender and gender diverse youth. *International Journal of Transgender Health*, 25(1), 50–62.
- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(2), 155.
- Bem, S. L. (1981). Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological review*, 88(4), 354.
- Berger, M. N., Taba, M., Marino, J. L., Lim, M. S., Skinner, S. R. (2022). Social media use and health and well-being of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer youth: systematic review. *Journal of medical Internet research*, 24(9), e38449.
- Berthon, B. S., MacDonald-Wicks, L. K., & Wood, L. G. (2014). A systematic review of the effect of oral glucocorticoids on energy intake, appetite, and body weight in humans. *Nutrition Research*, 34(3), 179–190.
- Bidmon, S., Terlutter, R. (2015). Gender Differences in Searching for Health Information on the Internet and the Virtual Patient-Physician Relationship in Germany: Exploratory Results on How Men and Women Differ and Why. *Journal of medical Internet research*, 17(6), e156
- Birch L. L. (1999). Development of food preferences. *Annual review of nutrition*, 19, 41–62.
- Bird, K., Arcelus, J., Matsagoura, L., O'Shea, B. A., Townsend, E. (2024). Risk and protective factors for self-harm thoughts and behaviours in transgender and gender diverse people: A systematic review. *Heliyon*, 10(5), e26074.
- Blythin, S. P., Nicholson, H. L., Macintyre, V. G., Dickson, J. M., Fox, J. R., Taylor, P. J. (2020). Experiences of shame and guilt in anorexia and bulimia nervosa: A systematic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 93(1), 134–159.
- Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the U.S. transgender population. *American Journal of Public Health*, 103(5), 943–951. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301241>
- Bockting, W., Coleman, E. (2016). *Developmental stages of the transgender coming-out process: Toward an integrated identity*. W: R. Ettner, S. Monstrey, E. Coleman (red.), *Principles of transgender medicine and surgery* (s. 137–158). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Bojarska, K., Kłonkowska, A. (2014). Transgresja płci, tranzycja ciała, transwersja tożsamości. Czym jest transpłciowość? W: (red.) A. Kłonkowska, K. Bojarska, *Psychospołeczne, prawne i medyczne aspekty transpłciowości* (s. 63–82). Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Boss, P., Bryant, C. M., Mancini, J. A. (2016). *Family stress management: A contextual approach*. Sage Publications.
- Boza, C., 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.
- Brannon, L. (2002). *Psychologia rodzaju. Kobiety i mężczyźni: podobni czy różni*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Bränström, R., van der Star, A., Pachankis, J. E. (2020). Untethered lives: Barriers to societal integration as predictors of the sexual orientation disparity in suicidality. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(1), 89–99.
- Breggin P. R. (2015). The biological evolution of guilt, shame and anxiety: A new theory of negative legacy emotions. *Medical hypotheses*, 85(1), 17–24.
- Brennan, M., Lalonde, C., Bain, J. (2010). Body Image Perceptions: Do Gender Differences Exist?. *Psi Chi Journal of Psychological Research*, 15, 130–138.
- Breton, É., Juster, R. P., Booij, L. (2023). Gender and sex in eating disorders: A narrative review of the current state of knowledge, research gaps, and recommendations. *Brain and behavior*, 13(4), e2871.
- Brewster, M. E., Velez, B. L., DeLeon, P. H., & Rose, R. (2024). Transgender body image: Weight dissatisfaction, objectification, and identity. *International Journal of Transgender Health*, 25(2), 157–175. <https://doi.org/10.1080/15532739.2024>.

- Brewster, M. E., Velez, B. L., Mennicke, A., & Tebbe, E. A. (2019). Voices from beyond: A thematic content analysis of transgender individuals' experiences with shame and internalized transphobia. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 6(4), 438–447. <https://doi.org/10.1037/sgd0000344>
- Brockmeyer, T., Skunde, M., Wu, M., Bresslein, E., Rudofsky, G., Herzog, W., Friederich, H. C. (2014). Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive psychiatry*, 55(3), 565–571.
- Brumbaugh-Johnson, S., Hull, K. (2018). Coming Out as Transgender: Navigating the Social Implications of a Transgender Identity. *Journal of Homosexuality*, 66, 1-30.
- Brunet, J., Pila, E., Solomon-Krakus, S., Sabiston, C. M., O'Loughlin, J. (2019). Self-esteem moderates the associations between body-related self-conscious emotions and depressive symptoms. *Journal of health psychology*, 24(6), 833–843.
- Brytek-Matera, A. (2008). *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Brytek-Matera, A. (2012). Orthorexia nervosa – An eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 14(1), 55–60.
- Brytek-Matera, A. (2024). Emocje i ich regulacja a jedzenie: wzajemne współzależności. W: A. Brytek-Matera (red.), *Psychodietetyka (s. 181-195)*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Brytek-Matera, A., Czepczor, K. (2017). Models of eating disorders: A theoretical investigation of abnormal eating patterns and body image disturbance. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 19(1), 16–26.
- Brytek-Matera, A., Czepczor-Bernat, K., Modrzejewska, A. (2021). Związek między zachowaniami żywieniowymi, obrazem ciała a dysregulacją emocjonalną: podobieństwa między osobami z nadmierną i prawidłową masą ciała. *Psychiatria Polska*, 55(5), 1065-1078.
- Brzezińska A. I. (2016). Dorastanie do dorosłości: odraczane czy opóźnione, W: A. I. Brzezińska, W. Syska (red.), *Ścieżki wkraczania w dorosłość*, (s. 23-47), Wydawnictwo UAM
- Buczak, A. (2019). Ortorektyczne postawy żywieniowe w kontekście ideologii healthizmu. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, 38(3), 47-56.
- Budge, S. L., Adelson, J. L., Howard, K. A. S. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(3), 545–557.
- Budiarto, Y., Helmi, A. F. (2021). Shame and Self-Esteem: A Meta-Analysis. *Europe's journal of psychology*, 17(2), 131–145.
- Burda, P. C., Vaux, A., Schill, T. (1984). Social Support Resources: Variation Across Sex and Sex Role. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 10(1), 119-126.
- Burney, J., Irwin, H. J. (2000). Shame and guilt in women with eating-disorder symptomatology. *Journal of clinical psychology*, 56(1), 51–61.
- Buszman, K., Przybyła-Basista, H. (2019). Polska adaptacja Wielowymiarowej Skali Spostrzeganego Wsparcia Społecznego. *Psychologia Społeczna*, 22, 581-599.
- Butler, J. (2008). *Uwikłani w płęć*. Warszawa: Wydawnictwo Krytyki Politycznej.
- Cahill, L., Staras, C. O., Perera, A. T. M., Jones, B. A., McDermott, D. T. (2025). Understanding the role of gender congruence and affirming care in trans men's body image and quality of life. *International Journal of Transgender Health*, 1–16.
- Calogero, R. M. (2012). Objectification theory, self-objectification, and body image. W: T. F. Cash (red.), *Encyclopedia of body image and human appearance* (s. 574–580). Elsevier Academic Press.
- Calogero, R. M., Pina, A. (2011). Body Guilt: Preliminary Evidence for a Further Subjective Experience of Self-Objectification. *Psychology of Women Quarterly*, 35(3), 428-440.
- Calogero, R. M., Thompson J. K. (2010). Gender and Body Image, W: J. C. Chrisler, D. R. McCreary (red.), *Handbook of Gender Research in Psychology: Volume 2: Gender Research in Social and Applied Psychology*, (s.153-187), Cham: Springer

- Campbell, K. J., Crawford, D. A. (2001). Family food environments as determinants of preschool-aged children's eating behaviours: Implications for obesity prevention policy. A review. *Australian Journal of Nutrition and Dietetics*, 58(1), 19–25
- Campbell, L., Viswanadhan, K., Lois, B., Dundas, M. (2024). Emerging evidence: A systematic literature review of disordered eating among transgender and nonbinary youth. *Journal of Adolescent Health*, 74(1), 18–27.
- Campbell, T., Mann, S., Rodgers, Y. V. D. M., Tran, N. (2023). Family Matters: Gender Affirmation and the Mental Health of Transgender Youth. *Available at SSRN 4503648*.
- Carlson Jones, D. (2012). Interpersonal and familial influences on the development of body image. W: T. F. Cash, L. Smolak (red.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., s. 110–118). Guilford Press.
- Cascalheira, C. J., Choi, N.-Y. (2023). Transgender Dehumanization and Mental Health: Microaggressions, Sexual Objectification, and Shame. *The Counseling Psychologist*, 51(4), 532–5
- Cash, F. T., Smolak, L. (2012). Understanding Body Image W: (red.) T. F. Cash, L. Smolak *Body Image, Second Edition: A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (3–12) The Guilford Press, New York London
- Cash, T. F. (1994). Body-Image Attitudes: Evaluation, Investment, and Affect. *Perceptual and Motor Skills*, 78(3), 1168–1170.
- Cash, T. F. (2002). Cognitive-behavioral perspectives on body image. W: T. F. Cash, T. Pruzinsky (red.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (s. 3–5). New York: Guilford Press.
- Cash, T. F. (2004). *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. Guilford Press.
- Cash, T. F. (2004). Body image: Past, present, and future. *Body Image*, 1(1), 1–5.
- Cash, T. F. (2012) Cognitive- Behavioral Perspectives on Body Image W: T. F. Cash, L. Smolak (red.), *Body Image, Second Edition: A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (s. 39– 48) The Guilford Press, New York London
- Cash, T. F., Jakatdar, T. A., Williams, E. F. (2004). The Body Image Quality of Life Inventory: further validation with college men and women. *Body image*, 1(3), 279–287.
- Castellini, G., Lelli, L., Cassioli, E., Ricca, V. (2019). Relationships between eating disorder psychopathology, sexual hormones and sexual behaviours. *Molecular and Cellular endocrinology*, 497, 110429.
- Castellini, G., Lelli, L., Ricca, V., Maggi, M. (2016). Sexuality in eating disorders patients: Etiological factors, sexual dysfunction and identity issues. A systematic review. *Hormone Molecular Biology and Clinical Investigation*, 25(2), 71–90.
- Cavalera, C., Pagnini, F., Zurloni, V., Diana, B., Realdon, O., Castelnovo, G., Todisco, P., Molinari, E. (2016). Shame proneness and eating disorders: a comparison between clinical and non-clinical samples. *Eating and weight disorders : EWD*, 21(4), 701–707.
- Center for the Study of Inequality (2018). *What does the scholarly research say about the effect of gender transition on transgender well-being?* “What We Know” Project at Cornell University. <https://whatweknow.inequality.cornell.edu/topics/lgbt-equality/%20what-does-the-scholarly-research-say-about-the-well-being-of-transgender-people%20/>
- Chanduszko-Salska, J. (2013). Psychologiczne uwarunkowania nadmiernego zaabsorbowania jedzeniem. *Psychiatria*, 10(1), 1–8.
- Chao AM, Grilo CM, Sinha R. Food cravings, bingeeating, and eating disorder psychopathology: Exploring the moderating roles of gender and race. *Eat Behav* 2016; 21: 41–47.
- Choate, L. H. (2005). Toward a Theoretical Model of Women's Body Image Resilience. *Journal of Counseling & Development*, 83(3), 320–330.
- Choi H. (2024). Integrating Guilt and Shame into the Self-Concept: The Influence of Future Opportunities. *Behavioral sciences* (Basel, Switzerland), 14(6), 472.
- Choma, B. L., Shove, C., Busseri, M. A., Sadava, S. W., Hosker, A. (2009). Assessing the role of body image coping strategies as mediators or moderators of the links between self-objectification, body shame, and well-being. *Sex Roles*, 61, 699–713.

- Ciaputa, E. (2011). Jak płeć stawiała się rodzajem. W: (red.) K. Slany, B. Kowalska, M. Ślusar-czyk, *Kalejdoskop genderowy. W drodze do poznania płci społeczno-kulturowej w Polsce* (s. 427–443). Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Cierpiałkowska, L., Marszał, M. (2013). Patologia organizacji osobowości w teorii relacji z obiektem O. Kernberga. *Czasopismo Psychologiczne*, 19(1), 47–56.
- Cieślak, R. (2012). Wsparcie społeczne – problemy i techniki pomiaru. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 106–122). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Cieślak, R., Eliasz, A. (2012). Wsparcie społeczne a osobowość. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 68–90), Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Claes, L., Bouman, W. P., Witcomb, G., Thurston, M., Fernandez-Aranda, F., Arcelus, J. (2015). Non-suicidal self-injury in trans people: Associations with psychological symptoms, victimization, interpersonal functioning, and perceived social support. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(1), 168–179.
- Claudino, A. M., Pike, K. M., Hay, P., Keeley, J. W., Evans, S. C., Rebello, T. J., Bryant-Waugh, R., Dai, Y., Zhao, M., Matsumoto, C., Herscovici, C. R., Mellor-Marsá, B., Stona, A. C., Kogan, C. S., Andrews, H. F., Monteleone, P., Pilon, D. J., Thiels, C., Sharan, P., Al-Adawi, S., ... Reed, G. M. (2019). The classification of feeding and eating disorders in the ICD-11: results of a field study comparing proposed ICD-11 guidelines with existing ICD-10 guidelines. *BMC medicine*, 17(1), 93.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Cohen, S., Gottlieb, B., Underwood, L. (2000). *Social relationships and health: Challenges for measurement and intervention*. Oxford University Press.
- Cohen, S., Sherrod, D. R., Clark, M. S. (1986). Social skills and the stress-protective role of social support. *Journal of personality and social psychology*, 50(5), 963.
- Cohn J. (2023). The Detransition Rate Is Unknown. *Archives of sexual behavior*, 52(5), 1937–1952.
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., 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., Nieder, T. O., ... Arcelus, J. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International journal of transgender health*, 23(1), S1–S259.
- Colman, A. M. (2009). *Słownik psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Comiskey, A., Parent, M. C., Tebbe, E. A. (2020). An Inhospitable World: Exploring a Model of Objectification Theory With Trans Women. *Psychology of women quarterly*, 44(1), 105–116.
- Cooper, K., Russell, A., Mandy, W., Butler, C. (2020). The phenomenology of gender dysphoria in adults: A systematic review and meta-synthesis. *Clinical psychology review*, 80, 101875.
- Cordeiro, E., Bandecchi, C., Deiana, V., Pintore, S., Pinna, F., Pusceddu, R., ... i Carpiello, B. (2016). Body image and gender role perceived in gender dysphoria: cross-sex hormone therapy effects. *European Psychiatry*, 33(S1), S589–S589.
- Crocker, P. R., Brune, S. M., Kowalski, K. C., Mack, D. E., Wilson, P. M., Sabiston, C. M. (2014). Body-related state shame and guilt in women: do causal attributions mediate the influence of physical self-concept and shame and guilt proneness. *Body image*, 11(1), 19–26.
- Cruwys, T. L. (2013). A social identity analysis of disordered eating behaviour. [PhD thesis in Clinical Psychology, Australian National University]
- Culbert, K. M., Sisk, C. L., Klump, K. L. (2021). A Narrative Review of Sex Differences in Eating Disorders: Is There a Biological Basis?. *Clinical therapeutics*, 43(1), 95–111.
- Cuzzolaro, M. (2018). Body schema and body image: History and controversies, W: In: M. Cuzzolaro, S. Fassino (red.), *Body Image, Eating, and Weight*. Springer. (s.1–24), Cham: Springer
- Cysarz, D., Piwowarczyk, A., Czernikiewicz, W., Dulko, S., Kokoszka, A. (2008). Zmiany w zadowoleniu z obrazu własnego ciała, poczuciu koherencji i satysfakcji z życia w trakcie leczenia kobiet transseksualnych. Badanie pilotażowe. *Psychiatria Polska*, 42(1), 115–123.

- Czabała, J., Czachor, A. (2024). Poradnictwo psychologiczne. W: A. Brytek-Matera (red.), *Psychodietetyka* (s. 259-275), PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Czub, T. (2004). Możliwości regulacji emocji u dzieci w środowisku szkolnym. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 198(4), 53-74.
- Czub, T., Brzezińska, A. I. (2013). Regulacyjna wartość emocji wstydu w procesie kształtowania się tożsamości. *Psychologia Rozwojowa*, 1 (18), 27-43.
- Dakanalis, A., Riva, G. (2013). Mass media, body image and eating disturbances: The underlying mechanism through the lens of the objectification theory. *Body image: Gender differences, sociocultural influences and health implications*, 217-36.
- Dalle Grave, R., Calugi, S. (2018). Transdiagnostic Cognitive Behavioural Theory and Treatment of Body Image Disturbance in Eating Disorders. W: Cuzzolaro, M., Fassino, S. (red.), *Body Image, Eating, and Weight* (s. 309-321), Cham: Springer
- Daniel, S., Bridges, S. K. (2010). The drive for muscularity in men: media influences and objectification theory. *Body image*, 7(1), 32-38
- Danieluk, B. (2006). Konceptualizacja poczucia winy i wstydu w ujęciu poznawczym i społecznym. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia*, 19, 71-86.
- Das, H. K., Kanmani, T. R., Nagamangala, P. N., Kalra, P., Rajendaran, S. (2025). Impact of Gender-Affirming Interventions on Mental Health and Body Image Satisfaction of Transgender Individuals: A Systematic Review. *Indian journal of endocrinology and metabolism*, 29(5), 484-494.
- Dąbrowski, A. (2021). Ucieleśnione poznanie - założenia, tezy i wyzwania. *Argument: Biannual Philosophical Journal*, 1, 13-32.
- De Vignemont, F. (2010). Body schema and body image—Pros and cons. *Neuropsychologia*, 48(3), 669-680.
- Dempsey H. L. (2017). A Comparison of the Social-Adaptive Perspective and Functionalist Perspective on Guilt and Shame. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 7(4), 83.
- Devlin, M. J., Goldfein, J. A., Dobrow, I. (2003). What is this thing called BED? Current status of binge eating disorder nosology. *The International journal of eating disorders*, 34 Suppl, S2-S18
- Di Luigi, G., Zoppolat, G., Stieglitz, S., Doyle, D. M. (2025). *Systematic review and development of a comprehensive conceptualization of social gender affirmation for trans and gender diverse people*. *SSM – Mental Health*, 5, 100065.
- Diemer, E. W., Grant, J. D., Munn-Chernoff, M. A., Patterson, D. A., Duncan, A. E. (2015). Gender Identity, Sexual Orientation, and Eating-Related Pathology in a National Sample of College Students. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 57(2), 144-149.
- Diemer, E. W., White Hughto, J. M., Gordon, A. R., Guss, C., Austin, S. B., Reisner, S. L. (2018). Beyond the Binary: Differences in Eating Disorder Prevalence by Gender Identity in a Transgender Sample. *Transgender health*, 3(1), 17-23.
- Dion, K., Berscheid, E., Walster, E. (1972). What is beautiful is good. *Journal of Personality and Social Psychology*, 24(3), 285-290.
- Dittmar, H., (2008). Understanding the impact of consumer culture. W: H. Dittmar (red.), *Consumer culture, identity and well-being. The search for the "good life" and the "body perfect"* (s. 1- 23). New York: Psychology Press.
- Doley, J. R., Lilley, M., Marmara, J., Rodgers, R. F., Laveway, K. (2025). The impact of gender affirming care on eating disorder symptoms and body dissatisfaction: A systematic review and meta-analysis amongst transgender and gender diverse populations. *Body image*, 56, 102020. Advance online publication.
- Domecq, J. P., Prutsky, G., Leppin, A., Sonbol, M. B., Altayar, O., Undavalli, C., Wang, Z., Elraiyah, T., Brito, J. P., Mauck, K. F., Lababidi, M. H., Prokop, L. J., Asi, N., Wei, J., Fidahussein, S., Montori, V. M. i Murad, M. H. (2015). Drugs commonly associated with weight change: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 100(2), 363-370.
- Dora, M. (2022). Niezgodność płciowa w najnowszej klasyfikacji chorób ICD-11. *Przegląd Psychologiczny*, 65, 35-40.

- Dora, M., Grabski, B., Dobroczyński, B. (2021). Dysforia płciowa, niezgodność płciowa i nonkonformizm płciowy w adolescencji: zmiany i wyzwania diagnostyczne. *Psychiatria Polska*, 55(1), 33–48.
- Dowers, E., White, C., Cook, K., Kingsley, J. (2020). Trans, gender diverse and non-binary adult experiences of social support: A systematic quantitative literature review. *International Journal of Transgender Health*, 21(3), 242–257.
- Doyle, D. M., Lewis, T. O., Barreto, M. (2023). A systematic review of psychosocial functioning changes after gender-affirming hormone therapy among transgender people. *Nature Human Behaviour*, 1-12.
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Ferreira, C. (2015). Expanding binge eating assessment: Validity and screening value of the Binge Eating Scale in women from the general population. *Eating Behaviors*, 18, 41–47. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.03.007>
- Dubisz, S. (2003). *Uniwersalny słownik języka polskiego. T. 3, P – Ś*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Dubisz, S. (2018). *Wielki słownik języka polskiego PWN. t. III*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Dudek, B., Koniarek, J. (2003). Wsparcie społeczne jako modyfikator procesu stresu–wybrane problemy teoretyczne i narzędzie pomiaru. *Medycyna Pracy*, 54(5), 427-435.
- Dudek, J. (2018). Proces humanizacji pracy czy nowe ideologie?, *Studies in Global Ethics and Global Education*, (9), 29-41.
- Duffy, L., Rankin, S., & McGuire, J. (2023). A scoping review of body image in transgender and nonbinary adults: Assessing multidimensional constructs and measures. *Journal of Eating Disorders*, 11, Article 45. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00828-6>
- Dulko, S. (2003). ABC... płci. *Kosmos*, 52(1), 5-10.
- Duncan, D. (2017). Body Experience of Burnout-patients. *International Journal of Physical Therapy & Rehabilitation*, 3, 125-132.
- Dunkley, C. R., Svatko, Y., Brotto, L. A. (2020). Eating disorders and sexual function reviewed: A trans-diagnostic, dimensional perspective. *Current Sexual Health Reports*, 12, 1-14.
- Dziarnowska, W., Przybysz, P. (2010). Emocje moralne jako podstawa zmysłu moralnego. Defekty zmysłu moralnego. *Rocznik Kognitywistyczny*, 4.
- Eagly, A. H., Wood, W. (2012). Social role theory. W: P. A. M. Van Lange, A. W. Kruglanski, & E. T. Higgins (red.), *Handbook of theories of social psychology* (s. 458–476), Sage Publications Ltd.
- Ellemers, N. (2018). Gender stereotypes. *Annual Review of Psychology*, 69, 275–298.
- Else-Quest, N. M., Higgins, A., Allison, C. M., Morton, L. C. (2012). Gender Differences in Self-Conscious Emotional Experience: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 138(5), 947–981.
- Ember, C. R., Ember, M. (Eds.). (2003). *Encyclopedia of Sex and Gender: Men and Women in the World's Cultures Topics and Cultures AK-Volume 1; Cultures LZ* (Vol. 2). Springer Science & Business Media.
- Erikson, E. H. (2004). *Tożsamość a cykl życia*. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo
- Erikson, E. H. (2012). *Dopełniony cykl życia*. Gliwice: Wydawnictwo HELION
- Espinoza, P., Penelo, E., Mora, M., Francisco, R., González, M. L., Raich, R. M. (2019). Bidirectional Relations Between Disordered Eating, Internalization of Beauty Ideals, and Self-Esteem: A Longitudinal Study With Adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, 39(9), 1244-1260.
- Evans, S., Crawley, J., Kane, D., Edmunds, K. (2021). The process of transitioning for the transgender individual and the nursing imperative: A narrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 77(10), 4063–4075.
- Factor, R., Rothblum, E. (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.
- Factor, R., Rothblum, E. (2008). Exploring gender identity and community among three groups of transgender individuals in the United States: MTSS, FTMs, and genderqueers. *Health Sociology Review*, 17(3), 235–253.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.

- Fairburn, C. G. (2013) Rozdział 2. Zaburzenia odżywiania: perspektywa transdiagnostyczna i teoria poznawczo-behawioralna W: *Terapia poznawczo-behawioralna i zaburzenia odżywiania* (red.), C. G. Fairburn, (8-25), Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363–370.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Fan, J., Dai, W., Liu, F., Wu, J. (2005). Visual perception of male body attractiveness. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, 272(1560), 219–226.
- Femiak, T. (2020). narodziny terapii filozoficznej z dUcha antyKU. w KierUnKU stawania się osobą. *Studia Philosophiae Christianae*, 56(2), 109–126.
- Ferguson, T. J., Eyre, H. L. (2000). Engendering gender differences in shame and guilt: Stereotypes, W: A. H. Fischer (red.). *Gender and emotion: Social psychological perspectives* (s. 254–276), Cambridge University Press
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., Duarte, C. (2013). Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: implications for eating disorders. *Eating behaviors*, 14(2), 207–210.
- Ferrucci, K. A., Lapane, K. L., Jesdale, B. M. (2022). Prevalence of diagnosed eating disorders in US transgender adults and youth in insurance claims. *International Journal of Eating Disorders*, 55(6), 786–795.
- Fisher, A. D., Bandini, E., Casale, H., Ferruccio, N., Meriggiola, M. C., Gualerzi, A., ... Maggi, M. (2013). Sociodemographic and clinical features of gender identity disorder: An italian multicentric evaluation. *Journal of Sexual Medicine*, 10, 408–419.
- Fisher, J. D., Nadler, A., Whitcher-Alagna, S. (1982). Recipient reactions to aid. *Psychological bulletin*, 91(1), 27.
- Fisher, S., Cleveland, S. E. (1958). *Body image and personality*. Princeton, N. J.: Van Nostrand.
- Fisher, S., Fisher, R. L. (1964). Body image boundaries and patterns of body perception. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 68(3), 255–262.
- Flaherty, J., Richman, J. (1989). Gender differences in the perception and utilization of social support: theoretical perspectives and an empirical test. *Social science & medicine* (1982), 28(12), 1221–1228.
- Flament, M. F., Hill, E. M., Buchholz, A., Henderson, K., Tasca, G. A., Goldfield, G. (2012). Internalization of]the thin and muscular body ideal and disordered eating in adolescence: The mediation effects of body esteem. *Body image*, 9(1), 68–75.
- Frankl, V. E. (2009). *Człowiek w poszukiwaniu sensu: głos nadziei z otchłani Holokaustu*. Wydawnictwo Czarna Owca.
- Frederick, D. A., Buchanan, G. M., Sadehgi-Azar, L., Peplau, L. A., Haselton, M. G., Berezovskaya, A., Lipinski, R. E. (2007). Desiring the muscular ideal: Men’s body satisfaction in the United States, Ukraine, and Ghana. *Psychology of Men & Masculinity*, 8(2), 103–117.
- Fredrickson, B. L., & Roberts, T.-A. (1997). Objectification theory: Toward understanding women’s lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173–206.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x>
- Freud, S. (2019). *Poza zasadą przyjemności*. Wydawnictwo Vis-à-vis Etiuda.
- Freud, Z. (2002). Ego i id. W Z. Rosińska (Red.), *Freud* (s. 295–334). Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Frijda, N. H. (2005) Punkt widzenia psychologów. W: M. Lewis, J. M. Haviland-Jones (red.) *Psychologia emocji* (s. 88–104). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- Fuhrer, R., Stansfeld, S. A., Chemali, J., Shipley, M. J. (1999). Gender, social relations and mental health: prospective findings from an occupational cohort (Whitehall II study). *Social science & medicine* (1982), 48(1), 77–87.

- Gadsby, S. (2019). Body representations and cognitive ontology: Drawing the boundaries of the body image. *Consciousness and Cognition*, 74, 102772–.
- Gajtkowska, M. (2013). Obraz własnego ciała współczesnej młodzieży a kultura popularna. Badania własne. *Kultura - Społeczeństwo – Edukacja*, 2, 103-118.
- Galupo, M. Pulice-Farrow, L., Lindley, L. (2019). “Every time I get gendered male, I feel a pain in my chest”: Understanding the social context for gender dysphoria.. *Stigma and Health*, 5, 1-36.
- Gałecki, P., Szulc, A. (2023). Diagnostyka i leczenie zaburzeń psychicznych według ICD-11. Edra Urban & Partner.
- Gardner, R. M. (2012). Measurement of Perceptual Body Image. W: (red.) T. F. Cash, *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*, Vol 2. (s. 526–532). San Diego: Academic Press.
- Gasiul, H. (2002). *Teorie emocji i motywacji*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego
- Gawlik, A., Antosz, A., Kasperek, K., Nowak, Z., Grabski, B. (2022). Gender confirmation hormonal treatment use in young Polish transgender binary and non-binary persons. *Endokrynologia Polska*, 73(6), 922-927.
- Gazzola, S. B., 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.
- Gertig, H., Przysławski, J. (2015). *Bromatologia: zarys nauki o żywności i żywieniu*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Gerymski, R., Gaworska, A. (2023). Does hormone treatment help Polish transgender individuals cope with stress? *Seksuologia Polska*, 21, 1-7.
- Ghazzawi, H. A., Nimer, L. S., Haddad, A. J., Alhaj, O. A., Amawi, A. T., Pandi-Perumal, S. R., Trabelsi, K., Seeman, M. V., Jahrami, H. (2024). A systematic review, meta-analysis, and meta-regression of the prevalence of self-reported disordered eating and associated factors among athletes worldwide. *Journal of eating disorders*, 12(1), 24.
- Giannakopoulos, G. F., Kotopouli, A., Panagiotakos, D. B., Tountas, Y., & Michalopoulou, P. G. (2023). Body image perception, eating disorder behavior, self-esteem and quality of life: A cross-sectional study among female medical students. *Journal of Eating Disorders*, 11, Article 225. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00945-2>
- Giddens, A. (2004) *Socjologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Gijs, L., van der Putten-Bierman, E., De Cuypere, G. (2014). Psychiatric comorbidity in adults with gender identity problems. W: B. P. C. Kreukels, T. D. Steensma, A. L. C. de Vries (red.), *Gender dysphoria and disorders of sex development: Progress in care and knowledge* (s. 255–276). Springer Science + Business Media
- Gilbert, P. (2007). A biopsychosocial approach. W: J. L. Tracy, R. W. Robinsn i J. P. Tangney (red.), *The self-conscious emotions. Theory and research* (s. 283–309). New York: The Guilford Press.
- Gilbert, P. (2003). Evolution, social roles, and the differences in shame and guilt. *Social Research: An International Quarterly*, 70(4), 1205-1230.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Gilbert, P. (2014). Body shame: A biopsychosocial conceptualisation and overview, with treatment implications. W: P. Gilbert, P., J. Miles (red.), *Body Shame: Conceptualisation, Research and Treatment*. (s. 3-54), Routledge.
- Gilbert, S., Thompson, J. (2014). Body shame in childhood and adolescence: Relations to general psychological functioning and eating disorders. W: P. Gilbert, J. Miles (red.), *Body shame: Conceptualisation, research and treatment* (s. 55–74). Brunner-Routledge.
- Gilchrist, J. D., Solomon-Krakus, S., Pila, E., Crocker, P., Sabiston, C. M. (2020). Associations between physical self-concept and anticipated guilt and shame: The moderating role of gender. *Sex Roles*, 83, 763-772.
- Giner-Sorolla, R., Piazza, J., Espinosa, P. (2011). What do the TOSCA guilt and shame scales really measure: Affect or action? *Personality and Individual Differences*, 51(4), 445–450.

- Giordano S. (2018). Understanding the emotion of shame in transgender individuals - some insight from Kafka. *Life sciences, society and policy*, 14(1), 23.
- Giovanardi, G., Morales, P., Mirabella, M., Fortunato, A., Chianura, L., Speranza, A. M., Lingiardi, V. (2019). Transition memories: experiences of trans adult women with hormone therapy and their beliefs on the usage of hormone blockers to suppress puberty. *Journal of endocrinological investigation*, 42(10), 1231–1240.
- Gleason, M. E. J., Iida, M., Shrout, P. E., Bolger, N. (2008). Receiving support as a mixed blessing: Evidence for dual effects of support on psychological outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94, 824–838.
- Głębocka, A. (2009). *Niezadowolenie z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Głębocka, A. (2016). Zdrowie czy uroda? Wizerunek ciała a postawy prozdrowotne kobiet w starszym wieku Health or beauty? Body image and health attitudes among elderly women. *Geriatrics*, 10, 5-14.
- Głębocka, A., Szarzyńska, M. (2005). Wsparcie społeczne a jakość życia ludzi starszych. *Gerontologia Polska*, 13(4), 255-259.
- Golonko, A., Ostrowska, L., Waszczeniuk, M., Adamska, E., Wilk, J. (2013). Wpływ hormonów jelitowych i neuroprzekazników na uczucie głodu i sytości. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*, 4(2), s. 90-99.
- Gordon, A. R., Austin, S. B., Pantalone, D. W., Baker, A. M., Eiduson, R., Rodgers, R. (2019). 81. Appearance ideals and eating disorders risk among LGBTQ college students: the being ourselves living in diverse bodies (BOLD) study. *Journal of Adolescent Health*, 64(2), S43-S44.
- Gordon, A. R., Moore, L. B., Guss, C. (2021). Eating disorders among transgender and gender non-binary people. W: J. M. Nagata, T. A. Brown, S. B. Murray, J. M. Lavender (red.), *Eating disorders in boys and men* (pp. 265–281). Springer Nature Switzerland AG.
- Gorin-Lazard, A., Baumstarck, K., Boyer, L., Maquigneau, A., Penochet, J. C., Pringuey, D., Albarel, F., Morange, I., Bonierbale, M., Lançon, C., Auquier, P. (2013). Hormonal therapy is associated with better self-esteem, mood, and quality of life in transsexuals. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(11), 996–1000.
- Goss, K., & Gilbert, P. (2002). Eating disorders, shame and pride: A cognitive-behavioural functional analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(6), 421–430. <https://doi.org/10.1002/cpp.354>
- Goss, K., Allan, S. (2009). Shame, pride and eating disorders. *Clinical psychology & psychotherapy*, 16(4), 303–316.
- Gottlieb, B. H., Bergen, A. E. (2010). Social support concepts and measures. *Journal of psychosomatic research*, 69(5), 511–520.
- Gowers, S. G., Shore, A. (2001). Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 179(3), 236-242.
- Goyal, S., Balhara, Y. P., Khandelwal, S. K. (2012). Revisiting Classification of Eating Disorders-toward Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 and International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-11. *Indian journal of psychological medicine*, 34(3), 290–296.
- Gómez-Gil E, Trilla A, Salamero M, Godas T, Valdes M. (2009). Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 378–92.
- Grabowska M. (2011). *Seksualność we wczesnej, średniej i późnej dorosłości. Wybrane uwarunkowania*. Bydgoszcz: Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy.
- Grabski, B. (2020). Modele opieki i standardy postępowania. W: (red.) Grabski, B., Mijas, M., Dora, M., Iniewicz, G., *Dysforia i niezgodność płciowa : kompendium dla praktyków* (s. 43- 64). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Grabski, B., Dora, M., Baran, D., Żołądek, S., Mijas, M. (2020) Zasady diagnostyki i oceny. W: (red.) Grabski, B., Mijas, M., Dora, M., Iniewicz, G., *Dysforia i niezgodność płciowa : kompendium dla praktyków* (s. 65-113). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Grabski, B., Rachoń, D., Czernikiewicz, W., Dulko, S., Jakima, S., Müldner-Nieckowski, Ł., ... i Mazurczak, A. (2021). Zalecenia Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego dotyczące opieki nad zdrowiem dorosłych osób transpłciowych: stanowisko panelu ekspertów. *Psychiatria Polska*, 55(3),.....

- Grammer, A. C., Vázquez, M. M., Fitzsimmons-Craft, E. E., Fowler, L. A., Rackoff, G. N., Schvey, N. A., Lipson, S. K., Newman, M. G., Eisenberg, D., Taylor, C. B., Wilfley, D. E. (2021). Characterizing eating disorder diagnosis and related outcomes by sexual orientation and gender identity in a national sample of college students. *Eating Behaviors*, 42, 101528
- Grasewicz, J. B. (2016). The influence of disturbed body image on the formation of eating disorders. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 6(4), 315–320.
- Green, A. E., DeChants, J. P., Price, M. N., Davis, C. K. (2022). Association of Gender-Affirming Hormone Therapy With Depression, Thoughts of Suicide, and Attempted Suicide Among Transgender and Nonbinary Youth. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 70(4), 643–649.
- Greene, D. C., Britton, P. J. (2013). The influence of forgiveness on lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning individuals' shame and self-esteem. *Journal of Counseling & Development*, 91(2), 195–205.
- Grogan S. (2021). *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women, and Children*. London / New York: Routledge
- Grogan, S. (2008). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women, and children*. New York: Routledge.
- Grogan, S. (2012). Body Image Development in Adulthood, W: T. F. Cash, L. Smolak (red.), *Body Image, Second Edition: A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (s. 93- 100). New York London: The Guilford Press.
- Grogan, S. (2016). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children* (3rd ed.). Routledge.
- Gromkowska-Melosik, A. (2020). Kobiecość jako źródło społeczno-kulturowych niepokojów. Krystalizacje i rozproszenia. Poznań; UAM
- Gruba, E. (2011). Wczesna dorosłość. Domeny i pozycje Ja w teorii E. T. Higginsa. W B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Rozwój funkcji psychicznych* (T. 2, s. 83–121). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Grygorczuk, A. (2008). Pojęcie płci w psychologii. *Psychiatria*, 5(2), 70-73.
- Guimaoutdinov, N., Tram, J. (2021). Experiences of Transgender Identity in a Sample of Primarily White Binary Trans Masculine and Nonbinary Individuals.. *Transgender health*, 7 6, 521-527 .
- Gümüşsoy, S., Hortu, İ., Alp Dal, N., Dönmez, S., Ergenoğlu, A. M. (2022). Quality of life and perceived social support before and after sex reassignment surgery. *Clinical Nursing Research*, 31(3), 481–488.
- Gunn, H. A. (2020). *The experience of misgendering among trans and gender diverse people* (Doctoral dissertation, University of Massachusetts Boston). ScholarWorks at UMass Boston
- Haak, D., Madej, O. (2021). Detranzycja—przyczyny i wpływ zjawiska na proces diagnostyczny dysforii płciowej (F64. 0). *www. tvmed. pl*, 19, 76-80.
- Hagan, K., Attia, E. (2023). Other Specified Feeding and Eating Disorders (OSFEDs): Past, Present, and Future. In *Eating Disorders: An International Comprehensive View* (pp. 1-23). Cham: Springer International Publishing.
- Häggglund, T. B., Piha, H. (1980). The Inner Space of the Body Image. *The Psychoanalytic Quarterly*, 49(2), 256–283.
- Halford, J, Harrold, J. Lawton, C. i John E Blundell, J. (2005). Serotonin (5-HT) drugs: effects on appetite expression and use for the treatment of obesity. *Current Drug Targets*, 6(2):201-13.
- Hall, K. D., Kahan, S. (2018). Maintenance of Lost Weight and Long-Term Management of Obesity. *The Medical clinics of North America*, 102(1), 183–197.
- Halliwell E. (2015). Future directions for positive body image research. *Body image*, 14, 177–189.
- Harman, A. (2016). Exercising moral authority: The power of guilt in health and fitness discourses. *IJFAB: International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 9(2), s. 12-45.
- Hart, A. (2021). Niedostosowani. Dlaczego ewolucja nie nadąża (B. Gutowska-Nowak, Trans.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Havighurst, R. (1981). *Developmental Tasks and education*, Longmans, New York.
- Hayes, S., Linardon, J., Kim, C., Mitchison, D. (2021). Understanding the relationship between sexual harassment and eating disorder psychopathology: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 54(5), 673-689.
- Heatherton, T. F., Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological bulletin*, 110(1), 86–108
- Heiden-Rootes, K., Linsenmeyer, W., Levine, S., Oliveras, M., Joseph, M. (2023). A scoping review of the research literature on eating and body image for transgender and nonbinary adults. *Journal of Eating Disorders*, 11, 111.
- Heinberg, L. J. (2001). Theories of body image disturbance: Perceptual, developmental, and sociocultural factors. W: J. K. Thompson (red.), *Body image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment* (s. 27–47). American Psychological Association.
- Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460–467. <https://doi.org/10.1037/a0029597>
- Henry, J. D., von Hippel, W., Nangle, M. R., Waters, M. (2016). Age and the experience of strong self-conscious emotion. *Aging & Mental Health*, 22(4), 497–502.
- Hepp, U., Spindler, A., Milos, G. (2005). Eating disorder symptomatology and gender role orientation. *International Journal of Eating Disorders*, 37(3), 227-233.
- Herd, G. (Ed.). (2020). *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history*. Princeton University Press.
- Herman, J. L., Brown, T. N. T., Haas, A. P. (2019). *Suicide thoughts and attempts among transgender adults. Findings from the 2015 US Transgender Survey*. Williams Institute UCLA School of Law.
- Herman-Jeglińska, A. (1999). Różnice między kobietami a mężczyznami w zdolnościach poznawczych i organizacji funkcjonalnej mózgu: wpływ płci psychicznej. *Przegląd psychologiczny*, 42(1-2), 73-99.
- Heszen-Celińska, I., Sęk, H. (2020). Psychologiczno-społeczny kontekst zdrowia i choroby- zasoby i czynniki ryzyka w modelu salutogenetycznym i patogenetycznym. W: I. Heszen-Celińska, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia* (153-172). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Heszen-Niejodek, I., Gruszczyńska, E. (2004). Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar. *Przegląd Psychologiczny*, 47(1), 15-31.
- Higgins T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychology Review*, 94 (3), 319–340.
- Hill, M. S., Fischer, A. R. (2008). Examining objectification theory: Lesbian and heterosexual women's experiences with sexual- and self-objectification. *The Counseling Psychologist*, 36(5), 745–776.
- Hiller, J., Schatz, K., Drexler, H. (2017). Gender influence on health and risk behavior in primary prevention: a systematic review. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften = Journal of public health*, 25(4), 339–349.
- Hołda, R. (2019). Między biologią a kulturą. Atrakcyjność fizyczna w badaniach międzykulturowych. *Intercultural Relations*, 3(1 (5)), 187-207.
- Hong, J. S. W., Atkinson, L. Z., Al-Juffali, N., Awad, A., Geddes, J. R., Tunbridge, E. M., Harrison, P. J., & Cipriani, A. (2022). Gabapentin and pregabalin in bipolar disorder, anxiety states, and insomnia: Systematic review, meta-analysis, and rationale. *Molecular Psychiatry*, 27(3), 1339–1349.
- Hosseini, S.A., Padhy, R. K. (2022). *Body Image Distortion*. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL)
- Howansky, K., Wilton, L. S., Young, D. M., Abrams, S., Clapham, R. (2019). (Trans)gender stereotypes and the self: Content and consequences of gender identity stereotypes. *Self and Identity*, 20(4), 478–495.
- Hryniewicz, A., Wilczyńska, D., Krokosz, D., Hryniewicz, K., Lipowski, M. (2023). Well-being of high-level managers during the pandemic: The role of fear of negative appearance, anxiety, and eating behaviors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20, 637.
- Hsu, N., Badura, K. L., Newman, D. A., Speech, M. E. P. (2021). Gender, “masculinity,” and “femininity”: A meta-analytic review of gender differences in agency and communion. *Psychological Bulletin*, 147(10), 987.

- Hughto, J., Gunn, H., Rood, B., Pantalone, D. (2020). Social and Medical Gender Affirmation Experiences Are Inversely Associated with Mental Health Problems in a U.S. Non-Probability Sample of Transgender Adults. *Archives of Sexual Behavior*, 49, 2635 - 2647.
- Hurme, H. (2004). Rozwój emocjonalny. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Rozwój funkcji psychicznych*, T.3 (s. 45-65). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Hyde, J. S., Bigler, R. S., Joel, D., Tate, C. C., van Anders, S. M. (2019). The future of sex and gender in psychology: Five challenges to the gender binary. *American Psychologist*, 74(2), 171–193.
- Imieliński, K. (1984). Seksuologia społeczna. *Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa*.
- Irvine, K. R., McCarty, K., McKenzie, K. J., Pollet, T. V., Cornelissen, K. K., Tovee, M. J., Cornelissen, P. L. (2019). Distorted body image influences body schema in individuals with negative bodily attitudes. *Neuropsychologia*, 122, 38–50.
- Irving, A., Lehault, W. B. (2017). Clinical pearls of gender-affirming hormone therapy in transgender patients. *Mental Health Clinician*, 7(4), 164-167.
- Izydorczyk, B. (2014). *Postawy i zachowania wobec własnego ciała w zaburzeniach odżywiania*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Izydorczyk, B. (2022). *Body image in eating disorders: Clinical diagnosis and integrative approach to psychological treatment*. London New York: Taylor & Francis.
- Izydorczyk, B. (Ed.). (2020). *Body image in eating disorders: Clinical diagnosis and integrative approach to psychological treatment*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003251088>
- Jackson, E. F., Bussey, K. (2023). Broadening gender self-categorization development to include transgender identities. *Social Development*, 32, 17–31.
- Jackson, L. A. (1992). *Physical appearance and gender: Sociobiological and sociocultural perspectives*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Jacobsen, K., Davis, C. E., Burchell, D., Rutherford, L., Lachowsky, N., Bauer, G., Scheim, A. (2023). Misgendering and the health and wellbeing of nonbinary people in Canada. *International journal of transgender health*, 25(4), 816–830.
- Jankowiak, B., Matysiak-Błaszczyk, A. (2019). Ryzyko i ochrona w środowisku rówieśniczym. Czyli o znaczeniu relacji koleżeńskich w życiu nastolatków. *Studia Edukacyjne*, (53), 59-73.
- Jones, B. A., Haycraft, E., & Murjan, S. (2016). Body image in transgender young people: Findings from a qualitative, community-based study. *Body Image*, 17, 168–175. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.009>
- Jones, B. A., Haycraft, E., Bouman, W. P., Brewin, N., Claes, L., Arcelus, J. (2018). Risk Factors for Eating Disorder Psychopathology within the Treatment Seeking Transgender Population: The Role of Cross-Sex Hormone Treatment. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 26(2), 120–128.
- Jones, B. A., Haycraft, E., Murjan, S., & Arcelus, J. (2016). Body dissatisfaction and disordered eating in trans people: A systematic review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 81–94. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1089217>
- Jones, B. A., Haycraft, E., Murjan, S., i Arcelus, J. (2018). Body dissatisfaction and disordered eating in trans people: A systematic review of the literature. *Gender Dysphoria and Gender Incongruence*, 93-106.
- Jones, D. C. (2012). Interpersonal and Familial Influences on the Development of Body image W: T. F. Cash, L. Smolak (red.), *Body Image, Second Edition: A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (s. 110-118). New York London: The Guilford Press,
- Jongenelis, M. I., Byrne, S. M., Pettigrew, S. (2014). Self-objectification, body image disturbance, and eating disorder symptoms in young Australian children. *Body image*, 11(3), 290–302
- Jorgensen, S. C. (2023). Transition regret and detransition: Meanings and uncertainties. *Archives of Sexual Behavior*, 1-12.
- Józefik, B. (2014). *Kultura, ciało, (nie)jedzenie terapia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Jucewicz, A. (2009). Katolicka teologia ciała płciowego wobec idei płci kulturowej. W: (red.) A. Jucewicz, M. Machinek, *Idea gender jako wyzwanie dla teologii*, s.67-80, Olsztyn: Wydawnictwo Hosianum
- Juczyński, Z. (2019). Znaczenie spostrzeganego wsparcia społecznego dla dobrostanu jednostki–na przykładzie badań Kwestionariuszem Wsparcia Społecznego (Soz-U K-14). *Czasopismo Psychologiczne*, 25(2), 195-202.
- Jurek, J. M., Wittenbeck, K. (2024). Psychodietetyka dla każdego, PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Juruć, A. (2024). Psychologia odchudzania. W: A. Brytek-Matera (red.), *Psychodietetyka (s. 196-212)*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Kaczmarek, M., Wolański, N. (2018). *Rozwój biologiczny człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kargulewicz, A. (2024). Metody oceny sposobu żywienia i stopnia odżywienia. W: A. Brytek-Matera (red.), *Psychodietetyka (s. 67-82)*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Keery, H., Van den Berg, P., Thompson, J. K. (2004). An evaluation of the Tripartite Influence Model of body dissatisfaction and eating disturbance with adolescent girls. *Body image*, 1(3), 237-251.
- Kenneth J. Gergen. (2011). "Relational Being: A Brief Introduction". *Journal Of Constructivist Psychology*, 24(4), 280-282. DOI: 10.1080/10720537.2011.593453
- Keys, A., Brożek, J., Henschel, A., Mickelsen, O., Taylor, H. L. (1950). *The biology of human starvation. (2 Vols.)*. Univ. of Minnesota Press.
- Kielar-Turska, M. (2011). Średnie dzieciństwo. Wiek przedszkolny. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.) *Psychologia rozwoju człowieka. Rozwój funkcji psychicznych*. T.2 (s. 83-121). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Kirsch, A. C., Shapiro, J. B., Conley, C. S., Heinrichs, G. (2016). Explaining the pathway from familial and peer social support to disordered eating: Is body dissatisfaction the link for male and female adolescents?. *Eating Behaviors*, 22, 175-181.
- Klaver, M., Dekker, M. J. H. J., de Mutsert, R., Twisk, J. W. R., den Heijer, M. (2017). Cross-sex hormone therapy in transgender persons affects total body weight, body fat and lean body mass: a meta-analysis. *Andrologia*, 49(5), 10.1111/and.12660.
- Klebaniuk, J. (2018). Emocje moralne jako wyznacznik pomagania członkom grup o niższym statusie. *Forum Oświatowe*, 1(59), s. 119-135.
- Kleszczewska-Albińska, A., Albiński, R. (2009). Wstyd i poczucie winy w teorii i badaniach. *Psychologia Jakości Życia*, 8(1), 83-100.
- Klimek, P., Murray, S. B., Brown, T., Gonzales Iv, M., Blashill, A. J. (2018). Thinness and muscularity internalization: Associations with disordered eating and muscle dysmorphia in men. *The International journal of eating disorders*, 51(4), 352–357.
- Kłósek, P. (2016). Rola stresu psychologicznego w neuroendokrynej regulacji pobierania pokarmu i powstawaniu otyłości. *Forum zaburzeń metabolicznych*, 7(3), s. 111-118.
- Kmiecik-Baran, K. (1995). Skala Wsparcia Społecznego. Teorie i właściwości psychometryczne. *Przegląd Psychologiczny*, 38 (1/2), 201-214.
- Kobierecka, A. (2012). Emocjonalny aspekt obrazu ciała a ocena relacji z rodzicami u młodych kobiet. *Przegląd Psychologiczny*, 55(4), 383-395.
- Kocelak, P., Zahorska-Markiewicz, B., Olszanecka-Glinianowicz, M. (2009). Hormonalna regulacja przyjmowania pokarmu. *Endokrynologia Polska*, 60(4), 296-295.
- Kohlberg, L. (1981). The philosophy of moral development: Moral stages and the idea of justice. Harper & Row.
- Kohlberg, L. A. (1966). A cognitive-developmental analysis of children's sex role concepts and attitudes. W: Eleonor E. Maccoby (red.). *The Development of Sex Differences*. Stanford: Stanford University Press, 82–173.
- Korek, E. (2019). Regulacja pobierania pokarmu, W: (red.), *Fizjologia żywienia (s.133-143)*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Korek, E., Krauss, H., Piatek, J., Chęcinska, Z. (2013). Regulacja hormonalna łaknienia. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 19(2).

- Korzeń, R. (2006). Nowa charakterystyka psychometryczna Inwentarza Oceny Płci Psychologicznej (IPP). *Studia Psychologica*, 6(2), 37-50.
- Kostulski, A., Rabe-Jabłońska, J. (2007). Regulacja łaknienia. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 7(2), 108-116.
- Kozee, H. B., Tylka, T. L. (2006). A test of objectification theory with lesbian women. *Psychology of Women Quarterly*, 30(4), 348-357.
- Kozee, H. B., Tylka, T. L., 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, 179-196
- Kozioł-Kozakowska, A., Darczuk, U. (2018). Programowanie żywieniowe w prewencji chorób przewlekłych [Nutritional programming in the prevention of chronic diseases]. *Promocja Zdrowia i Ekologia*, 1-2, 34-41.
- Kozłowska, K., Śnieżek, A., Winiarska-Mieczan, A., Rusinek-Prystupa, E., Kwiecień, M. (2017). Wpływ czynników stresogennych na odżywianie. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 98(1), 57-62.
- Kózka, M. (2010). Wsparcie społeczne w chorobie. W: M. Kózka, L. Płaszewska-Żywko (red.), *Modele opieki pielęgniarskiej nad chorym dorosłym: podręcznik dla studiów medycznych* (s. 45-49), Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL
- Krawczyk, P., Świącicki, Ł. (2020). ICD-11 vs. ICD-10--przegląd aktualizacji i nowości wprowadzonych w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO. *Psychiatria polska*, 54(1).
- Kroger, J., Marcia, J. (2011). The Identity Statuses: Origins, Meanings, and Interpretation,
- Krueger, D. W. (2013). *Integrating body self & psychological self*. Routledge.
- Kubińska, Z., Pańczuk, A., Ławnik, A. (2016). Postawy wobec zdrowia jako jeden z przejawów kompetencji zdrowotnych. *Rozprawy Społeczne*, 10(4), 73-79.
- Kuczyńska, A. (1992, 2012). *Inwentarz do Oceny Płci Psychologicznej*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Kuligowski, W., Sztyma, M. (2020) *Trzecia pleć świata*. Poznań: Albus
- Kumar, S., Singh, A. K., Kaur, M., Sharma, A. (2016). The Prevalence of eating disorder among young girls and boys by using eating attitude Test (Eat-26). *International Journal of Physical Education, Sports and Health*, 3(5), 378-381.
- Kuper, L. E., Stewart, S., Preston, S., Lau, M., Lopez, X. (2020). Body Dissatisfaction and Mental Health Outcomes of Youth on Gender-Affirming Hormone Therapy. *Pediatrics*, 145(4), e20193006.
- Kurcz, I., Skarżyńska, K. (2005). *Słownik psychologii / Arthur S. Reber & Emily S. Reber*, Warszawa : Wydawnictwo Naukowe Scholar
- Kyinn, M., Banks, K., Leemaqz, S. Y., Sarkodie, E., Goldstein, D., Irwig, M. S. (2021). Weight gain and obesity rates in transgender and gender-diverse adults before and during hormone therapy. *International journal of obesity* (2005), 45(12), 2562-2569.
- LaMarre, A., Wozney, L., Obeid, N., Kumar, S., Jones, S., Dimitropoulos, G., Couturier, J. (2024). Peer mentors' experiences of delivering peer support for individuals with eating disorders: giving back and supporting processes of change. *Eating disorders*, 1-15. Advance online publication.
- Lampard, A. M., Tasca, G. A., Balfour, L., Bissada, H. (2013). An evaluation of the transdiagnostic cognitive-behavioural model of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 21(2), 99-107.
- Langdon-Daly, J., Serpell, L. (2017). Protective factors against disordered eating in family systems: a systematic review of research. *Journal of eating disorders*, 5, 12.
- Langlois, J. H., Kalakanis, L., Rubenstein, A. J., Larson, A., Hallam, M., Smoot, M. (2000). Maxims or myths of beauty? A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*, 126(3), 390-423.
- Lantz, E. L., Gaspar, M. E., DiTore, R., Piers, A. D., Schaumberg, K. (2018). Conceptualizing body dissatisfaction in eating disorders within a self-discrepancy framework: a review of evidence. *Eating and weight disorders : EWD*, 23(3), 275-291.

- Lee, E. B., Ong, C. W., Twohig, M. P., Lensegrav-Benson, T., Quakenbush-Roberts, B. (2018). Increasing body image flexibility in a residential eating disorder facility: Correlates with symptom improvement. *Eating disorders*, 26(2), 185–199.
- Leonidas, C., Dos Santos, M. A. (2014). Social support networks and eating disorders: an integrative review of the literature. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 10, 915–927.
- Leszczyńska, K., Dziuban, A. (2012). Pomiędzy esencjalizmem a konstruktywizmem: płeć (kulturowa) w refleksji teoretycznej socjologii: przegląd koncepcji. *Studia Humanistyczne AGH*, 11(2).
- Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. Haworth Clinical Practice Press.
- Levine M. P. (2012). Loneliness and eating disorders. *The Journal of psychology*, 146(1-2), 243–257.
- Levine, M. P., Smolak, L. (2006). *The prevention of eating problems and eating disorders: Theory, research, and practice*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Lewandowska, B. (2015). Koncepcje wyjaśniające znaczenie świadomości odczuć cielesnych w profilaktyce i terapii otyłości. *Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu*, (48), 87-98.
- Lewandowska, B. (2024). Style jedzenia i ich charakterystyka. W: A. Brytek-Matera (red.), *Psychodietetyka (s. 165-180)*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Lewis, M. (2005a). Emocje samoświadomościowe zażenowanie, duma, wstyd, poczucie winy. W: M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, (red.) *Psychologia emocji* (s. 780-795), Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- Lewis, M. (2005a). Emocje samoświadomościowe zażenowanie, duma, wstyd, poczucie winy. W: M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, (red.) *Psychologia emocji* (s. 780-795). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- Lewis, M. (2005b). Wyłanianie się ludzkich emocji. W: M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, (red.) *Psychologia emocji* (s. 780-795). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- Lewis, M. (2007). Self-conscious emotional development. W: J.L. Tracy, R. W. Robins, J. P. Tangney, (red.) *The self-conscious emotions: Theory and research* (s. 134-149). The Guilford Press.
- Lew-Starowicz, Z. (2000). *Miłość i seks. Słownik encyklopedyczny*, Wydawnictwo EUROPA
- Liberska H. (2007). Współczesny obraz moratorium W: B. Harwas-Napierała, H. Liberska (red.), *Tożsamość a współczesność. Nowe tendencje i zagrożenia* (s. 25–51), Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Liberska, H. (2007). Współczesny obraz moratorium. *Przegląd Psychologiczny*, 50(1), 27–44.
- Linardon, J., Anderson, C., Messer, M., Rodgers, R. F., Fuller-Tyszkiewicz, M. (2021). Body image flexibility and its correlates: A meta-analysis. *Body image*, 37, 188–203.
- Linardon, J., McClure, Z., Tylka, T. L., Fuller-Tyszkiewicz, M. (2022). Body appreciation and its psychological correlates: A systematic review and meta-analysis. *Body image*, 42, 287-296.
- Lindley, L., 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.
- Lindley, L., 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, 1-38.
- Linville, D., Brown, T., Sturm, K., McDougal, T. (2012). Eating disorders and social support: perspectives of recovered individuals. *Eating disorders*, 20(3), 216–231.
- Linville, D., Himes, C. (2012). "Social support as a predictor of recovery in patients with eating disorders." *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 13-18.
- Lips, H. M. (2004). *Sex and gender: An introduction* (5th ed.). McGraw-Hill.
- Loria, M., Tabernacki, T., Fraiman, E., et al. (2024). The impact of gender-affirming interventions on eating disorder diagnosis risk among transgender and gender-diverse individuals. *Communications Medicine*, 4, Article 283.
- Loria, M., Tabernacki, T., Fraiman, E., Perez, J., Zeki, J. A., Palozzi, J., Goldblatt, C., Gupta, S., Mishra, K., McNamara, M., Banik, S. (2024). The impact of gender-affirming interventions on eating disorder diagnosis risk among transgender and gender-diverse individuals. *Communications medicine*, 4(1), 283

- López-Gil, J. F., García-Hermoso, A., Smith, L., i in. (2023). Global proportion of disordered eating in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 177(4), 363–372.
- Łosiak, W. (2011). *Psychologia emocji*. Warszawa, Oficyna Wydawnicza Łośgraf
- Łuszczńska, A., Cieślak, R. (2005). Protective, promotive, and buffering effects of perceived social support in managerial stress: The moderating role of social support. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*, 18 (3), 227-244.
- Łuszczńska, A., Mazurkiewicz, M., Kowalska, M., Schwarzer, R. (2006). Berlińskie skale wsparcia społecznego (BSSS): Wyniki wstępnych badań nad adaptacją skal i ich własnościami psychometrycznymi. *Studia Psychologiczne*, 44(3), 17–27.
- MacCarthy, S., Reisner, S. L., Nunn, A., Perez-Brumer, A., Operario, D. (2015). The Time Is Now: Attention Increases to Transgender Health in the United States but Scientific Knowledge Gaps Remain. *LGBT health*, 2(4), 287–291.
- Machado, A. M., Guimarães, N. S., Bocardi, V. B., da Silva, T. P. R., Carmo, A. S. D., Menezes, M. C., Duarte, C. K. (2022). Understanding weight regain after a nutritional weight loss intervention: Systematic review and meta-analysis. *Clinical nutrition ESPEN*, 49, 138–153.
- Mahler, M., Pine F., Bergman, A. (1975). *The Psychological Birth of Human Infant*. New York: Basic Books.
- Maine, M., Bunnell, D. W. (2013). Prawdziwa burza biopsychosocjalna W: M. Maine, B. H. McGilley, D., Bunnell (red.) *Leczenie zaburzeń odżywiania. Pomost między nauką a praktyką (3-18)*, Wydawnictwo Edra Urban & Partner.
- Maj, A., Kłonkowska, A. M. (2016). „Genderowe kilogramy”. Płeć jako kategoria analityczna w badaniach postrzegania (nie) normatywności sylwetek osób o różnym indeksie masy ciała. *Rocznik Lubuski*, 42(1), 127-143.
- Majewska, L. (2024). "Cieleśność moralności"-prolegomena do współczesnych dyskusji. W: J. Gorzelana, A. Seul (red.), *Prace Aksjologiczne. Język – literatura – kultura – media, t. 4: Zdrowie i choroba w kontekście aksjologicznym*, (s. 155-171), Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego
- Makara-Studzińska, M., Buczyjan, A., Moryłowska, J. (2007). Jedzenie–przyjaciel i wróg. Korelaty psychologiczne otyłości. Przegląd piśmiennictwa. *Zdrowie Publiczne*, 117(3), 392-396.
- Malet-Karas, A., Bernard, D., Piet, E., Bertin, E. (2022). Disordered eating as a repercussion of sexual assault: a consequence to consider. *Eating and weight disorders-studies on anorexia, bulimia and obesity*, 27(6), 2095-2106.
- Manieri, C., Castellano, E., Crespi, C., Di Bisceglie, C., Dell’Aquila, C., Gualerzi, A., Molo, M. (2014). Medical Treatment of Subjects with Gender Identity Disorder: The Experience in an Italian Public Health Center. *International Journal of Transgenderism*, 15, 53 - 65.
- Mann, T., Tomiyama, A. J., Westling, E., Lew, A.-M., Samuels, B., Chatman, J. (2007). Medicare’s search for effective obesity treatments: Diets are not the answer. *American Psychologist*, 62(3), 220–233.
- Mariański, J. (2021). O nowej duchowości – próba opisu zjawiska. *Nauki o Wychowaniu. Studia Interdyscyplinarne*, 1(12).
- Markham, A., Thompson, T., Bowling, A. (2005). Determinants of body-image shame. *Personality and Individual Differences*, 38(7), 1529-1541.
- Matsumoto, A., Rodgers, R. F. (2020). A review and integrated theoretical model of the development of body image and eating disorders among midlife and aging men. *Clinical psychology review*, 81, 101903.
- Matud, M. P., Ibáñez, I., Bethencourt, J. M., Marrero, R., Carballeira, M. (2003). Structural gender differences in perceived social support. *Personality and Individual Differences*, 35(8), 1919–1929.
- Mazurczak, A., (2020). Prawa pacjentów transpłciowych i ich równe traktowanie w opiece zdrowotnej. W: (red.) Grabski, B., Mijas, M., Dora, M., Iniewicz, G., *Dysforia i niezgodność płciowa : kompendium dla praktyków* (s. 233-245). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- McCloskey, D., i in. (2015). Gender identity and eating disorders: A review of the literature. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 19(1), 45-62.

- McConnell, E. A., Birkett, M., & Mustanski, B. (2015). Families matter: Social support and mental health trajectories among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 56(3), 274–280. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.274>
- McDowell J. (1991). *Jego obraz, mój obraz*. Kraków: Towarzystwo Krzewienia Etyki Chrześcijańskiej.
- McElhone, S., Kearney, J., Giachetti, I., Zunft, H., & Martínez, J. (1999). Body image perception in relation to recent weight changes and strategies for weight loss in a nationally representative sample in the European Union. *Public Health Nutrition*, 2(1a), 143-151
- McGregor, K., McKenna, J. L., Barrera, E. P., Williams, C. R., Hartman-Munick, S. M., & Guss, C. E. (2023). Disordered eating and considerations for the transgender community: A review of the literature and clinical guidance for assessment and treatment. *Journal of Eating Disorders*, 11, Article 75. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00761-8>
- McGuire, J. K., Doty, J. L., Catalpa, J. M., Ola, C. (2016). Body image in transgender young people: Findings from a qualitative, community based study. *Body image*, 18, 96–107
- McKinley, N. M. (1998). Gender Differences in Undergraduates' Body Esteem: The Mediating Effect of Objectified Body Consciousness and Actual/Ideal Weight Discrepancy, *Sex Roles*, 39(1/2), 113–123.
- McKinley, N. M. (2012). Feminist Perspectives on Body Image, W: (red.) T. F. Cash, L. Smolak, *Body Image, Second Edition: A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (s. 48-55). New York London: The Guilford Press,
- McKinley, N. M., Hyde, J. S. (1996). The objectified body consciousness scale: Development and validation. *Psychology of Women Quarterly*, 20(2), 181–215.
- McLean, S. A., Paxton, S. J. (2019). Body image in the context of eating disorders. *Psychiatric Clinics*, 42(1), 145-156.
- McLemore, K. A. (2015). Experiences with misgendering: Identity misclassification of transgender spectrum individuals. *Self and Identity*, 14, 51-74
- McLemore, K. A. (2018). A minority stress perspective on transgender individuals' experiences with misgendering. *Stigma and Health*, 3(1), 53–64.
- Meadows, A., & Higgs, S. (2019). The multifaceted nature of mindful eating: Associations with weight and eating behaviour. *Appetite*, 134, 72–82. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.12.016>
- Meesters, C., Muris, P., Dibbets, P., Cima, M., & Lemmens, L. (2017). On the link between perceived parental rearing behaviors and self-conscious emotions in adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 26, 1536-1545.
- Meeus W, van de Schoot R, Keijsers L, Branje S. (2012). Identity statuses as developmental trajectories: a five-wave longitudinal study in early-to-middle and middle-to-late adolescents. *Journal of youth and adolescence*, 41(8), 1008-1021.
- Mehler, P. S., Brown, C. (2015). Anorexia nervosa—Medical complications. *Journal of Eating Disorders*, 3(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0040-8>
- Meissner, W. (1997). The self and the body. I. The body self and the body image. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 20, 419-448.
- Melosik, Z. (2006). *Kryzys męskości w kulturze współczesnej*. Kraków: IMPULS.
- Meneguzzo, P., Zuccaretti, D., Tenconi, E., Favaro, A. (2024). Transgender body image: Weight dissatisfaction, objectification & identity - Complex interplay explored via matched group. *International journal of clinical and health psychology : IJCHP*, 24(1), 100441.
- Menzel, J. E., Schaefer, L. M., Burke, N. L., Mayhew, L. L., Brannick, M. T., Thompson, J. K. (2010). Appearance-related teasing, body dissatisfaction, and disordered eating: A meta-analysis. *Body image*, 7(4), 261-270.
- Merianos, A. L., King, K. A., Vidourek, R. A. (2012). Does perceived social support play a role in body image satisfaction among college students? *Journal of Behavioral Health*, 1(3), 1–7.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>

- Meyer, I. H., Frost, D. M., Narvaez, R., Dietrich, J. H. (2016). Project STRIDE methodology and technical notes. *Journal of Homosexuality*, 63(4), 456–476. <https://doi.org/10.1080/00918369.2015.1117897>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., i in. (2011). Transgender persons and mental health: A research review. *American Journal of Psychiatry*, 168(7), 709-713.
- Mezza, F., Mezzalira, S., Pizzo, R., Maldonato, N. M., Bochicchio, V., 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.
- Micali, N., Hay, P. (2014). "Risk factors for eating disorders in children and adolescents: A review of the literature." *Journal of Eating Disorders*, 2(1), 5
- Michalska, P., Kukuła, D. (2017). Healthism–kult zdrowia czy współczesne zagrożenie behawioralne. W: M. Maciąg, K. Maciąg (red.), *Zagrożenia i problemy cywilizacyjne XXI w.–przegląd i badania*, 7-17.
- Michel, J. S., Kotrba, L. M., Mitchelson, J. K., Clark, M. A., Baltes, B. B. (2011). Antecedents of work–family conflict: A meta-analytic review. *Journal of organizational behavior*, 32(5), 689-725.
- Midro, A. T. (2014). Genetyczne uwarunkowania determinacji i różnicowania płci człowieka W: W. Sinkiewicz, R. Grabowski (red.), *Medyczne, bioetyczne, psychosocjologiczne i prawne aspekty tożsamości płci* (s. 33-46). Bydgoszcz: Bydgoska Izba lekarska, Komisja Bioetyczna, Dom Wydawniczy MARGRAFSEN s.c
- Mijas, M., Koziara, K. (2020). Klasyfikacja i ewolucja rozumienia zjawiska transpłciowości w seksuologii oraz współczesnych systemach diagnostycznych. W: Grabski, B., Mijas, M., Dora, M., Iniewicz, G. (red.), *Dysforia i niezgodność płciowa : kompendium dla praktyków* (s. 3-40). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Mika, S. (1981). *Psychologia społeczna*. Warszawa: PWN.
- Milano, W., Ambrosio, P., Carizzzone, F., De Biasio, V., Capasso, A. (2020). Other Specific Feeding or Eating Disorders. *Pharmacology OnLine*, 3, 109-125.
- Miller, L. R., Grollman, E. A. (2015). The Social Costs of Gender Nonconformity for Transgender Adults: Implications for Discrimination and Health. *Sociological forum (Randolph, N.J.)*, 30(3), 809–831.
- Millet, N., Longworth, J., 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.
- Miotk, M. (2003). Ja cielesne w procesie komunikacji internetowej. *Polskie Forum Psychologiczne*, 8, 1-2, 87-110.
- Mirucka, B. (2003). Poszukiwanie znaczenia cielesności i ja cielesnego. *Przegląd Psychologiczny*, 46(2) 209-223.
- Mirucka, B. (2003b). Ja-cielesne fundamentem osobowości. *Polskie Forum Psychologiczne*, 8(1-2), s. 30-40
- Mischel, W. (1966). A social-learning view of sex differences in behavior. W: Eleonor E. Maccoby (red.). *The Development of Sex Differences*. Stanford: Stanford University Press, 56-81.
- Mitchell, L., MacArthur, H. J., Blomquist, K. K. (2021). The effect of misgendering on body dissatisfaction and dietary restraint in transgender individuals: Testing a Misgendering-Congruence Process. *The International journal of eating disorders*, 54(7), 1295–1301.
- Młynarska-Jurczuk, A. (2016). Wstyd jako emocja ucieleśniona–twarz, ciało i role płciowe w procesie społecznej konstrukcji wstydu. *Dyskursy Młodych Andragogów/Adult Education Discourses*, 17, 357-369.
- Mofradidoost, R., Abolghasemi, A. (2020). Body image concern and gender identities between transgender and cisgender persons from Iran. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 46(3), 260-268.
- Money, J. (1988). *Gay, straight, and in-between: The sexology of erotic orientation*. Oxford University Press.
- Monro, F., Huon, G. (2005). Media-portrayed idealized images, body shame, and appearance anxiety. *International Journal of Eating Disorders*, 38(1), 85-90.
- Montañez, A. (2017). Beyond XX and XY. *Scientific American*, 317(3), 50–51.
- Moore, B. E., Fine, B. D. (1996). *Słownik psychoanalizy*. JACEK SANOTORSKI & CO WYDAWNICTWO.
- Moradi, B. (2010). Addressing gender and cultural diversity in body image: Objectification theory as a framework for integrating theories and grounding research. *Sex Roles: A Journal of Research*, 63(1-2), 138–148.

- Moradi, B., Dirks, D., Matteson, A. V. (2005). Roles of sexual objectification experiences and internalization of standards of beauty in eating disorder symptomatology: a test and extension of objectification theory. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 420.
- Moradi, S., Lotfi, M., Asgharnejad F. A., Pirmoradi, M. (2020). The role of perceived stress, social support and body image in predicting the severity of depressive symptoms in ostomy patients. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 32-43.
- Morawska, A. (2020). The effects of gendered parenting on child development outcomes: A systematic review. *Clinical child and family psychology review*, 23(4), 553-576.
- Moreira, J. M., de Fátima Silva, M., Moleiro, C., Aguiar, P., Andrez, M., Bernardes, S., Afonso, H. (2003). Perceived social support as an offshoot of attachment style. *Personality and Individual Differences*, 34(3), 485-501.
- Moszumański, R. (2009) Atrakcyjność a status w reklamie z perspektywy psychologii ewolucyjnej. *Zeszyty Programu Top 15*, 3, 39-56.
- Mroczkowska, D., Ziółkowska, B. (2007). *Zaburzenia odżywiania. Poradnik dla rodziców i bliskich*. Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Mroczkowska, D., Ziółkowska, B. (2021). Eating disorders among men in the context of mental health and socio-cultural gender issues. *Przegląd Krytyczny*, 3(1), 65-78.
- Muchicko, M. M., Lepp, A., Barkley, J. E. (2014). Peer victimization, social support and leisure-time physical activity in transgender and cisgender individuals. *Leisure/Loisir*, 38(3-4), 295-308.
- Muldner-Nieckowski, Ł., Dora, M., Iniewicz, G., Mijas, M. (2020). Pomoc psychologiczna, psychoedukacja, grupy wsparcia, psychoterapia. W: (red.) Grabski, B., Mijas, M., Dora, M., Iniewicz, G., *Dysforia i niezgodność płciowa : kompendium dla praktyków* (s. 115-158). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Murnen S. K., Don B. P. (2012). Body Image and Gender Roles. W: T. F. Cash, (red.), *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance, Vol 1*, (s. 128-134), San Diego: Academic Press
- Murnen, S. K. (2011). Gender and body images. W: T. F. Cash L. Smolak (red.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., s. 173-179). New York: The Guilford Press.
- Mustanski, B., Newcomb, M. E., Garofalo, R. (2011). Mental health of lesbian, gay, and bisexual youths: A developmental resiliency perspective. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 23(2), 204-225.
- Myers, T. A., Crowther, J. H. (2009). Social comparison as a predictor of body dissatisfaction: A meta-analytic review. *Journal of abnormal psychology*, 118(4), 683-698
- Nagata, J. M., Ganson, K. T., i Austin, S. B. (2020). Emerging trends in eating disorders among sexual and gender minorities. *Current opinion in psychiatry*, 33(6), 562-567.
- Nagata, J. M., Murray, S. B., Compte, E. J., Pak, E., Schauer, R., Flentje, A., Capriotti, M. R., Lubensky, M. E., & Obedin-Maliver, J. (2020). Community norms for the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) among transgender men and women. *Eating Behaviors*, 37, 101381. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101381>
- Nechita, D. M., Bud, S., David, D. (2021). Shame and eating disorders symptoms: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 54(11), 1899-1945.
- Neff, L. A., Karney, B. R. (2005). Gender Differences in Social Support: A Question of Skill or Responsiveness? *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(1), 79-90.
- Nitsch, K., Prajs, E., Kurpisz, J., Tyburski, E. (2012). Obraz ciała i jego zaburzenia. Aspekty teoretyczne w kontekście wybranych jednostek psychopatologicznych. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 3(12), 176-182.
- Nobili, A., Glazebrook, C., Arcelus, J. (2018). Quality of life of treatment-seeking transgender adults: A systematic review and meta-analysis. *Reviews in endocrine & metabolic disorders*, 19(3), 199-220.
- Nowaskie, D. Z., Filipowicz, A. T., Choi, Y., Fogel, J. M. (2021). Eating disorder symptomatology in transgender patients: Differences across gender identity and gender affirmation. *The International journal of eating disorders*, 54(8), 1493-1499.
- Nuttbrock, L. A. (2012). Culturally Competent Substance Abuse Treatment with Transgender Persons, *Journal of Addictive Diseases*, 31(3), 236-241.

- Obuchowska, I. (2011). Adolescencja. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała, (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Rozwój funkcji psychicznych*. T.2 (s. 83-121). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Obuchowska, I. (2011). Adolescencja. W: Harwas-Napierała B. i Trempała, J.(red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, (s. 163-167). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ogden, J. (2011). Psychologia odżywiania się. Od zdrowych do zaburzonych zachowań żywieniowych, *Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków*.
- Oluyori, T. I. (2014). *Shame, guilt and eating disorders: an interpretative phenomenological analysis* (Doctoral dissertation, University of Manchester).
- Oppenheim, A. (2004). Kwestionariusze, wywiady, pomiary postaw. Poznań: Zys i S-ka.
- Orbitello, B., Ciano, R., Corsaro, M., Rocco, P. L., Taboga, C., Tonutti, L., ... Balestrieri, M. (2006). The EAT-26 as screening instrument for clinical nutrition unit attenders. *International journal of obesity*, 30(6), 977-981.
- Orth, U., Robins, R.W., Soto, C.J. (2010). Tracking the trajectory of shame, guilt, and pride across the life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99, 1061–1071.
- Owen-Smith, A. A., Gerth, J., Sineath, R. C., Barzilay, J., Becerra-Culqui, T. A., Getahun, D., Giammattei, S., Hunkeler, E., Lash, T. L., Millman, A., Nash, R., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sanchez, T., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Valentine, C., Winter, S., Woodyatt, C., ... Goodman, M. (2018). Association Between Gender Confirmation Treatments and Perceived Gender Congruence, Body Image Satisfaction, and Mental Health in a Cohort of Transgender Individuals. *The journal of sexual medicine*, 15(4), 591–600.
- Özata Yıldızhan, B., Yüksel, Ş., Avayü, M., Noyan, H., Yıldızhan, E. (2018). Effects of gender reassignment on quality of life and mental health in people with gender dysphoria. *Turkish Journal of Psychiatry*, 29(4), 244–252.
- Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Rendina, H. J., Safren, S. A., Parsons, J. T. (2020). LGB-affirmative cognitive-behavioral therapy for young adult gay and bisexual men: A randomized controlled trial of a transdiagnostic minority stress approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(9), 837–852. <https://doi.org/10.1037/ccp0000507>
- Paczkowska, A., Szmalec, J. (2014). Rola dotyku w rozwoju małego dziecka – masaż jako najstarsza i najdoskonalsza forma komunikowania się z dzieckiem. *Hygeia Public Health*, 49(1), 15-18.
- Palus, K. (2006). Rola rodziny w kształtowaniu ról i stereotypów płciowych. *Roczniki Socjologii Rodziny*, 17, 187-202.
- Panero, M., Longo, P., De Bacco, C., Abbate-Daga, G., Martini, M. (2022). Shame, Guilt, and Self-Consciousness in Anorexia Nervosa. *Journal of clinical medicine*, 11(22), 6683.
- Pankowska, D. (2005). *Wychowanie a role płciowe*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Pargament, K. I. (2005). The meaning of spirituality. W: R. F. Paloutzian C. L. Park (red.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (s. 479–495). New York, NY: Guilford Press.
- Parkinson, B., Colman, A. M. (1999) Wprowadzenie. B. Parkinson, A. M. Colman, (red.) *Emocje i motywacje* (s. 7-15). Poznań: Zys i S-ka Wydawnictwo.
- Pawłowski, B. (2009). Biologia atrakcyjności człowieka jako przedmiot badań naukowych. *Biologia atrakcyjności człowieka*, 1-10.
- Paxton, S. J., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., Eisenberg, M. E. (2006). Body Dissatisfaction Prospectively Predicts Depressive Mood and Low Self-Esteem in Adolescent Girls and Boys. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 35(4), 539–549.
- Pellizzer, M. L., Waller, G., Wade, T. D. (2018). Body image flexibility: A predictor and moderator of outcome in transdiagnostic outpatient eating disorder treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 51(4), 368-372.
- Penas-Lledó, E., Loeb, K. L., Puerto, R., Hildebrandt, T., Llerena, A. (2014). Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: Mediating role of self-esteem and depression. *Appetite*, 75, 314–321. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.01.012>

- Pereira, M. G., Ponte, M., Ferreira, G., Machado, J. C. (2017). Quality of life in patients with skin tumors: the mediator role of body image and social support. *Psycho-oncology*, 26(6), 815-821.
- Petrocchi, N., Matos, M., Carvalho, S., Baiocco, R. (2016). Compassion-focused therapy in the treatment of shame-based difficulties in gender and sexual minorities. W: M. D. Skinta, A. Curtin (red.), *Mindfulness and acceptance for gender and sexual minorities: A clinician's guide to fostering compassion, connection and equality using contextual strategies* (pp. 69–86). New Harbinger Publications
- Pham, A., Kerman, H., Albertson, K., Crouch, J. M., Inwards-Breland, D. J., Ahrens, K. R. (2023). Understanding the Complex Relationship Between One's Body, Eating, Exercise, and Gender-Affirming Medical Care Among Transgender and Nonbinary Adolescents and Young Adults. *Transgender health*, 8(2), 149–158.
- Piaget, J. (1967). *Rozwój ocen moralnych dziecka*. Warszawa: PWN.
- Piaget, J. (2006). *Studia z psychologii dziecka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Piegza, M., Głowczyński, P. (2022). Stres mniejszościowy a wybrane zaburzenia psychiczne u osób z dysforią i niezgodnością płciową–przegląd narracyjny. *Medycyna Pracy*, 73(2), 163-172.
- Pierchala, K. (2018). Rola i znaczenie wstydu w procesie odstąpienia od przestępczości. *Resocjalizacja Polska*, 16(2), 29-38
- Pietrabissa, G., Varallo, G., Cavallera, C., Manzoni, G. M., Cattivelli, R., Rossi, A., ... Castelnovo, G. (2018). Studies on body shame in eating and weight disorders, W: M. Cuzzolaro, S. Fassino, (red.). *Body Image, Eating, and Weight: A Guide to Assessment, Treatment, and Prevention*, (s. 369-379), Springer, Cham.
- Pietrzykowska, E., Wierusz-Wysocka, B. (2008). Psychologiczne aspekty nadwagi, otyłości i odchudzania się. *Polski Merkuriusz Lekarski*, 24(143), 472-476.
- Piotrowski, K., Bojanowska, A., Nowicka, A., Janasek, B. (2023). Perfectionism and community-identity integration: the mediating role of shame, guilt and self-esteem. *Current Psychology*, 42(2), 1308-1316.
- Piprek, R. (2011). Zależne od płci różnice w budowie mózgu. *Kosmos*, 60(3-4), 292-293.
- Pisanski, K., Feinberg, D. R. (2013). Cross-Cultural Variation in Mate Preferences for Averageness, Symmetry, Body Size, and Masculinity. *Cross-Cultural Research*, 47(2), 162-197.
- Pisanski, K., Feinberg, D. R. (2013). Cross-Cultural Variation in Mate Preferences for Averageness, Symmetry, Body Size, and Masculinity. *Cross-Cultural Research*, 47(2), 162-197.
- Plant, E. A., Hyde, J. S., Keltner, D., Devine, P. G. (2000). The gender stereotyping of emotions. *Psychology of Women Quarterly*, 24, 81–92
- Pletta, D. R., Mayer, K. H., Chen, J. T., Hughto, J. M. W., Keuroghlian, A. S., Radix, A. E., Reisner, S. L. (2024). Gender-Affirming Hormone Therapy Is Associated with Increased Odds of Screening for Sexually Transmitted Infections in a Clinical Cohort of Transgender and Nonbinary Adults. *Transgender health*, 9(6), 508–515.
- Pliczko, M., Mijas, M. (2020). Słownik kluczowych pojęć. W: (red.) Grabski, B., Mijas, M., Dora, M., Iniewicz, G., *Dysforia i niezgodność płciowa : kompendium dla praktyków* (s. 259-269). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Poczobut, R. (2014). Autoreprezentacje, deficyty samopoznania i anozognozja. *Przegląd filozoficzno-literacki*, 2(39), 229-248.
- Pohárnok, M., Láng, A. (2021). Gender Differences in Mother-Child Conversations About Shame and Pride in a Hungarian Sample. *Europe's journal of psychology*, 17(2), 58–74.
- Pokropski, M. (2015). Ciało. Od fenomenologii do kognitywistyki. *Przegląd Filozoficzno-Literacki*, 4(32), 119-137.
- Pope H. G., Philips K. A., Olivardia R. (2000), *The Adonis Complex. The Secret Crisis of Male Body Obsession*, New York: The Free Press.
- Popek, M. (2013). Płeć-podarowana czy „skonstruowana”? Antropologicznomoralna wizja ludzkiej płciowości wobec ideologii gender. *Roczniki Teologii Moralnej*, 5 (60), 83-102.
- Popielski, K. (1999). Noopsychosomatyka: propozycja nowego podejścia diagnostycznoterapeutycznego. *Przegląd Psychologiczny*, 42(4), 17-41.

- Popielski, K. (2008). Noetyczne jakości życia i ich znaczenie w procesie" bycia i stawania się" egzystencji. *Chowanna*, 30(1), 9-25.
- Popiołek, K. (2005). Wsparcie społeczne w małżeństwie. *Chowanna*, 2(23), 1.
- Portingale, J., Eddy, S., Fuller-Tyszkiewicz, M., Liu, S., Giles, S., Krug, I. (2023). Tonight, I'm disordered eating: The effects of food delivery app use, loneliness, and mood on daily body dissatisfaction and disordered eating urges. *Appetite*, 180, 106310.
- Poulton, A., Hibbert, E., Champion, B. i Nanan, R. (2016). Stimulants for the Control of Hedonic Appetite. *Frontiers in Pharmacology*, 25:7:105.
- Pretty G., Andrewes L., Collett C. (1994) Exploring adolescents' sense of community and its relationship to loneliness. *Journal of Community Psychology*, 22, 346–358
- Price, M., Pink, A. E., Anagnostopoulou, V., Branford, L., Fleming, C., Jenkins, G., Jones, L., Lovesey, C., Mehta, A., Gatzemeier, J. (2024). Self-esteem, but not age, moderates the influence of viewing social media on body image in adult females. *Psychology of Popular Media*, 13(3), 439–446.
- Procidano, M. E. (2012). Międzykulturowy pomiar wsparcia społecznego: postępy, problemy i perspektywy. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 91-105), Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Proeve, M., Howells, K. (2002). Shame and Guilt in Child Sexual Offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 46(6), 657-667.
- Qian, J., Hu, Q., Wan, Y., Li, T., Wu, M., Ren, Z., Yu, D. (2013). Prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review. *Shanghai archives of psychiatry*, 25(4), 212–223.
- Rachmawati, P. D., Krisnana, I., Kurnia, I. D., Qur'aniati, N., Arief, Y. S., Danasari, T. M., Rithpo, P. (2024). Peer support and healthy lifestyle among adolescents in urban areas in Indonesia. *International Journal of Public Health Science*, 13(4), 1930.
- Ramachandran, V. S. (2012) *Neuronauka o podstawach człowieczeństwa. O czym mówi mózg?* Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Ramjan, L. M., Smith, B. W., Miskovic-Wheatley, J., Pathrose, S. P., Hay, P. (2024). Social support for young people with eating disorders—An integrative review. *International Journal of Mental Health Nursing*.
- Rasmussen, S. M., Dalgaard, M. K., Roloff, M., Pinholt, M., Skrubbeltrang, C., Clausen, L., Kjaersdam Telluus, G. (2023). Eating disorder symptomatology among transgender individuals: a systematic review and meta-analysis. *Journal of eating disorders*, 11(1), 84.
- Raza, H., Jabeen, S. (2022). Stigma and Guilt among Transgender Women-Moderating Role of Coping Strategies. *Journal of Professional & Applied Psychology*, 3(1), 29-42.
- Reber, A. S. (2000). *Słownik psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR
- Reevy, G. M., Maslach, C. (2001). Use of social support: Gender and personality differences. *Sex roles*, 44, 437-459.
- Reisner, S. L., Deutsch, M. B., Mayer, K. H., Pletta, D. R., Campbell, J., Potter, J., Keuroghlian, A. S., Hughto, J. M. W., Asquith, A., Pardee, D. J., Harris, A., Quint, M., Grasso, C., Gonzalez, A., Radix, A. (2024). Decreased Anogenital Gonorrhea and Chlamydia in Transgender and Gender Diverse Primary Care Patients Receiving Gender-Affirming Hormone Therapy. *Journal of general internal medicine*, 39(7), 1164–1172.
- Rezapour Faridian, R., Rasouli, R., Mostafa, V. (2018). Comparison of perceived social support and life satisfaction in patients with gender dysphoria. *Journal of Applied Sociology*, 29(3), 87-100.
- Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P., Ridge, D. (2006). The construction of the adolescent male body through sport. *Journal of Health Psychology*, 11(4), 577–587.
- Ricciardelli, L. A., McCabe, M.P. (2012). Body image development in adolescent boys, W: (red.) T. F. Cash, L. Smolak *Body Image, Second Edition: A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (s. 85 -92) The Guilford Press, New York London
- Richburg, A., Stewart, A. J. (2024). Body Image Among Sexual and Gender Minorities: An Intersectional Analysis. *Journal of homosexuality*, 71(2), 319–343.

- Ridgeway, C. L., Correll, S. J. (2017). Gender and organizations: Overview and future directions. W: *Handbook of gender research in psychology* (s. 369-386). Springer.
- Riggs, D. W. (2019). *Working with transgender young people: A critical developmental approach* (C. Richards, Ed.). Palgrave Macmillan
- Riley, S., Evans, A., Robson, M. (2018). *Postfeminism and Health: Critical Psychology and Media Perspectives* (1st ed.). Routledge.
- Rimmer, S. E., Cohn, T. J., Hastings, S. L., Steele, J. C., Woods, C. (2022). Does social support moderate the relationship between gender minority stress and suicide within a sample of transgender and gender diverse people? *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 27(3), 284–303.
- Robacha, A. (2017). Transseksualizm W: (red.) M. Lew-Starowicz, Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec-Plinta, Seksuologia (s. 173-176), Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarski
- Rodgers, R. F. (2016). The relationship between body image concerns, eating disorders and internet use, part II: An integrated theoretical model. *Adolescent Research Review*, 1, 121-137.
- Rodgers, R. F., Melioli, T. (2016). The relationship between body image concerns, eating disorders and internet use, part I: A review of empirical support. *Adolescent Research Review*, 1, 95-119.
- Rogoza, R., Brytek-Matera, A., Garner, D.M. (2016). Analysis of the EAT-26 in a nonclinical sample. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 54–58.
- Rothschild, B. (2014) *Ciało pamięta. Psychofizjologia traumy i terapia osób po urazie psychicznym*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Roy, M., Payette, H. (2012). The body image construct among Western seniors: a systematic review of the literature. *Archives of gerontology and geriatrics*, 55(3), 505 -521.
- Ruppin, U. Pfäfflin, F. (2015). "Long-Term Follow-up of Adults with Gender Identity Disorder." *Archives of Sexual Behaviour*, 44(5): 1321-1329.
- Rusak-Romanowska, P. (2021). Interdyscyplinarny charakter płci. W: M. Budnik-Minierska, U. Strugała, K. Roman (red.), *Współczesny Świat* (9-28), Łódź: ArchaeGraph
- Rutkowska, E. (2012). Wsparcie jako element rehabilitacji kompleksowej osób z niepełnosprawnością. *Niepełnosprawność –zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 3(4), 39-52.
- Rybacka-Klimczyk, A., Brytek-Matera, A. (2008). Wizerunek ciała i jego wymiary a aspekty behawioralne zaburzeń odżywiania u zdrowych kobiet w różnych fazach rozwojowych. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, 4(4), 143-151.
- Rychter, K. (2021). Neuronalne korelaty poczucia winy i wstydu- z perspektywy filozofa, *Humanistyka I Przyrodoznawstwo*, 26, 147–166
- Rzeszutek, M., Schier, K. (2008). Tak bolesne, że aż obce? — związek pomiędzy depresją a obrazem ciała u młodych dorosłych. *Psychoterapia*, 147(4), 5-16.
- Sakson-Obada, O. (2008). Rozwój Ja cielesnego w kontekście wczesnej relacji z opiekunem. *Roczniki Psychologiczne*, 11(2), 27-44.
- Sandoval-Araujo, L. E., Pennesi, J. L., Levinson, C. A. (2024). Shame, Guilt, and Pride Moderate the Relationship between Social Appearance Anxiety and Eating Disorder Symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 46(4), 1009-1017.
- Sanftner, J. L., Barlow, D. H., Marschall, D. E., Tangney, J. P. (1995). The relation of shame and guilt to eating disorder symptomatology. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14(4), 315–324.
- Santonniccolo, F., Rollè, L. (2024). The role of minority stress in disordered eating: a systematic review of the literature. *Eating and weight disorders : EWD*, 29(1), 41.
- Saunders, J. F., Nutter, S., Waugh, R., Hayden, K. A. (2024). Testing body-related components of objectification theory: A meta-analysis of the relations between body shame, self-objectification, and body dissatisfaction. *Body image*, 50, 101738.
- Scandurra, C., Muzii, B., La Rocca, R., Di Bello, F., Bottone, M., Califano, G., ... i Mangiapia, F. (2022). Social support mediates the relationship between body image distress and depressive symptoms in prostate cancer patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(8), 4825.

- Schaefer, L. C., Wheeler, C. C. (2004). Guilt in Cross Gender Identity Conditions: Presentations and Treatment. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 8(1–2), 117–127.
- Schaefer, L. M., Burke, N. L., Thompson, J. K. (2019). Thin-ideal internalization: How much is too much?. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24, 933–937.
- Schaefer, L. M., Thompson, J. K. (2018). Self-objectification and disordered eating: A meta-analysis. *The International journal of eating disorders*, 51(6), 483–502.
- Schalkwijk, F., Stams, G. J., Stegge, H., Dekker, J., Peen, J. (2016). The Conscience as a Regulatory Function: Empathy, Shame, Pride, Guilt, and Moral Orientation in Delinquent Adolescents. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 60(6), 675–693.
- Scheepers, D., Ellemers, N. (2019). Social Identity Theory. W: K. Sassenberg, M. L. W. Vliek, (red.), *Social Psychology in Action*. (s. 129–143) Cham:Springer
- Schiep, S., Szymańska, A. (2012). Obraz ciała, stres i samoregulacja u osób uprawiających fitness w wieku późnej adolescencji i wczesnej dorosłości. *Psychologia Rozwojowa*, 17(3), 97–113.
- Schier, K. (2009). *Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Schilder, P. (1950). *The image and appearance of the human body*. New York: International Universities Press.
- Schilt, K., Westbrook, L. (2009) Doing Gender, Doing Heteronormativity: 'Gender Normals,' Transgender People, and the Social Maintenance of Heterosexuality. *Gender & Society*, 23 (4), 440–464.
- Schvey, N. A., Klein, D. A., Pearlman, A. T., Riggs, D. S. (2020). A Descriptive Study of Transgender Active Duty Service Members in the U.S. Military. *Transgender health*, 5(3), 149–157.
- Schwartz, M. W., Woods, S. C., Porte, D., Seeley, R. J., Baskin, D. G. (2000). *Central nervous system control of food intake*. *Nature*, 404(6778), 661–671.
- Seligman, M.E P., Walker, E. F., Rosenhan, D. L. (2003) *Psychopatologia*. Poznań: Zysk i S-ka
- Selkie, E., Adkins, V., Masters, E., Bajpai, A., Shumer, D. (2020). Transgender adolescents' uses of social media for social support. *Journal of Adolescent Health*, 66(3), 275–280.
- Sęk, H. (2016). Psychologia humanistyczna a psychologia kliniczna. W: L. Cierpiąłkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna (s. 157–169)*, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sherman, A. D. F., Clark, K. D., Robinson, K., Noorani, T., Poteat, T. (2020). Trans* Community Connection, Health, and Wellbeing: A Systematic Review. *LGBT health*, 7(1), 1–14.
- Shireen, H., Castelli, S., Legault, M., Dor-Ziderman, Y., Milad, J., Knäuper, B. (2022). Phenomenological support for escape theory: a qualitative study using explication interviews with emotional eaters. *Journal of eating disorders*, 10(1), 174.
- Shisslak, C. M., Crago, M. (2001). Risk and protective factors in the development of eating disorders. W: J. K. Thompson, L. Smolak (red.), *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment* (s. 103–125). American Psychological Association.
- Shontz, F. C. (1971). Body image: Data galore [Review of the book *Body experience in fantasy and behavior*, by S. Fisher]. *Contemporary Psychology*, 16(6), 362–364.
- Shontz, F. C. (1974). Body Image and its Disorders. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 5(4), 461–472.
- Shontz, F. C., & McNish, R. D. (1972). The human body as stimulus object: Estimates of distances between body landmarks. *Journal of Experimental Psychology*, 95(1), 20–24
- Shroff, H., Thompson, J. K. (2006). The tripartite influence model of body image and eating disturbance: A replication with adolescent girls. *Body Image*, 3(1), 17–23.
- Siegel, J. A., Huellemann, K. L., Calogero, R. M., Roberts, T. A. (2021). Psychometric properties and validation of the Phenomenological Body Shame Scale - Revised (PBSS-R). *Body image*, 39, 90–102.
- Siervo, M., Boschi, V., Papa, A., Bellini, O., Falconi, C. (2005). Application of the SCOFF, Eating Attitude Test 26 (EAT 26) and Eating Inventory (TFEQ) Questionnaires in young women seeking diet-therapy. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 10, 76–82.

- Simbar, M., Nazarpour, S., Mirzababaie, M., Emam Hadi, M. A., Ramezani Tehrani, F., Alavi Majd, H. (2018). Quality of life and body image of individuals with gender dysphoria. *Journal of sex & marital therapy*, 44(6), 523-532.
- Simbar, M., Nazarpour, S., Ramezani Tehrani, F., Alavi Majd, H., Dastjerdi, R. (2018). Quality of life and body image in transsexual people after sex reassignment surgery: A systematic review. *Iranian Journal of Public Health*, 47(7), 934-946.
- Simons, L., Schrager, S. M., Clark, L. F., Belzer, M., 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>
- Simpkins, J. (2014). Seeing white men: Bias in gender categorization. *Gender Issues*, 31, 21-33.
- Skowroński, B., Pabich, R. (2015). Krótka skala oceny wsparcia społecznego młodzieży-konstrukcja i właściwości psychometryczne. *Profilaktyka Społeczna i Resocjalizacja*, (27), 89-114.
- Skrzypska, N. (2011). Ciało w umyśle. Reprezentacja granic własnego ciała a płeć. W: M. Golka, A. Kupś, K. Paluszkiewicz (red.), *Teksty pokonferencyjne nr 6*. Poznań: Poznańskie Forum Kognitywistyczne.
- Slade, P. D. (1994). What is body image? *Behaviour Research and Therapy*, 32(5), 497-502.
- Smaś-Myszczyżyn, M., Rzyński, R. (2022). Podsumowanie najważniejszych zmian w obrębie zaburzeń seksualnych i zdrowia seksualnego, które wprowadza najnowsza rewizja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11. *Przegląd Psychologiczny*, 65(2), 9-27.
- Smolak, L. (2012) Body Image Development in Child, W: (red.) T. F. Cash, L. Smolak Body Image, *Second Edition: A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (s. 67- 75). New York London: The Guilford Press
- Smugowska, M. (2015). Specyfika tożsamości oraz funkcjonowania społecznego osób transseksualnych w Polsce. W: (red.) D. Majka-Rostek, E. Banaszak, P. Czajkowski, *Genderowe filtry. Różnorodność doświadczania i percepcji płci w przestrzeni publicznej i prywatnej* (s. 94-105). Wrocław: Wydawnictwo Instytut Socjologii Uniwersytet Wrocławski
- Sobol, E. (2005). *Słownik języka polskiego PWN*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Solomon, E., Berg, L., Martin, D., C. Villee, C. (2000) *Biologia*, Warszawa, Oficyna Wydawnicza MULTICO
- Somerville, L. H., Jones, R. M., Ruberry, E. J., Dyke, J. P., Glover, G., Casey, B. J. (2013). The Medial Prefrontal Cortex and the Emergence of Self-Conscious Emotion in Adolescence. *Psychological Science*, 24(8), 1554-1562.
- Spatuzzi, R., Vespa, A., Lorenzi, P., Miccinesi, G., Ricciuti, M., Cifarelli, W., ... i Aieta, M. (2016). Evaluation of social support, quality of life, and body image in women with breast cancer. *Breast Care*, 11(1), 28-32.
- Steese, S., Dollette, M., Phillips, W., Hossfeld, E., Matthews, G., Taormina, G. (2006). Understanding Girls' Circle as an intervention on perceived social support, body image, self-efficacy, locus of control, and self-esteem. *Adolescence*, 41(161).
- Steiger, H., Bruce, K. R. (2007). Phenotypes, endophenotypes, and genotypes in bulimia spectrum eating disorders. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 52(4), 220-227.
- Stice E, Marti C. N., Durant S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49(10), 622-627.
- Stice E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 128(5), 825-848.
- Stice, E., Nemeroff, C., Shaw, H. E. (1996). Test of the dual pathway model of bulimia nervosa: Evidence for dietary restraint and affect regulation mechanisms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 15(3), 340-363.
- Stice, E., Ng, J., Shaw, H. (2010). Risk factors and prodromal eating pathology. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 51(4), 518-525.
- Stice, E., Rohde, P., Shaw, H., Gau, J. M. (2014). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: Encouraging findings. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 195-218.
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153447>

- Stice, E., Schupak-Neuberg, E., Shaw, H. E., Stein, R. I. (1994). Relation of media influences to body dissatisfaction and eating pathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(4), 836–840. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.103.4.836>
- Stice, E., Shaw, H. E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: a synthesis of research findings. *Journal of psychosomatic research*, 53(5), 985–993.
- Stratton, R., Donovan, C., Bramwell, S., Loxton, N. J. (2015). Don't stop till you get enough: Factors driving men towards muscularity. *Body Image*, 15, 72–80.
- Strelau, J., Pietrasinski Z., Reykowski, J. (1977). Osobowość W: T. Tomaszewski, (red.) *Psychologia*, wyd. 3 (s. 679- 825). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe
- Stratton, R., Donovan, C., Bramwell, S., Loxton, N. J. (2015). Don't stop till you get enough: Factors driving men towards muscularity. *Body image*, 15, 72–80.
- Strübel, J., Sabik, N. J., Tylka, T. L. (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.
- Strus, W. (2010). Skala Uczuć Moralnych (SUM)–konstrukcja i właściwości psychometryczne. *Studia Psychologica: Theoria et praxis.*, 10(1), s. 273-313.
- Strus, W., Żylicz, P. O. (2018). Emocje samoświadomościowe- podstawowe rozróżnienia i narzędzia pomiaru. W: H. Gasiul, (red.) *Metody badania emocji i motywacji*. (s. 80-105). Warszawa: Difin
- Strzałka, M., Brzozowski, T., Konturek, S. J. (2010). Oś mózgowo-jelitowa w regulacji apetytu. *Kosmos*, 59(3-4), 291-296.
- Strzałko, J., Kaszycka, K. A. (1992). Physical attractiveness: interpersonal and intrapersonal variability of assessments. *Social biology*, 39(1-2), 170–176.
- Suchodolska Jolanta. (2016). Kryzys w rozwoju psychospołecznym młodzieży - potrzeba wsparcia rodzinnego i środowiskowego. W: A. Szczurek-Boruta, B. Chojnacka-Synaszk, A. Gancarz (red.), "Szkoła i rodzina w środowisku lokalnym : teoria i praktyka" (s. 101-113). Toruń : Wydawnictwo Adam Marszałek
- Surgenor, L. J., McLachlan, S. (2013). "The role of family-based treatment in the recovery from eating disorders: A systematic review." *Journal of Family Therapy*, 35(3), 291-314.
- Swami, V. (2012). Evolutionary Perspectives on Human Appearance and Body Image, W: (red.) T. F. Cash, L. Smolak Body Image, *Second Edition: A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (s. 20- 28). The Guilford Press, New York London
- Swan, J., Phillips, T. M., Sanders, T., Mullens, A. B., Debattista, J., & Brömdal, A. (2023). Mental health and quality of life outcomes of gender-affirming surgery: A systematic literature review. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 27(1), 2-45.
- Szczygieł, D., Kadzikowska-Wrzošek, R. (2014). Emocje a zachowania żywieniowe–przegląd badań. *Zeszyty Naukowe Akademii Morskiej w Gdyni*, 86, 69-79.
- Szlachta, E. (2009). Próba adaptacji i walidacji polskiej wersji The Interpersonal Support Evaluation List (ISEL) – Kwestionariusz Spostrzeganego Wsparcia Społecznego. *Przegląd Psychologiczny*, 52(4), 433-451.
- Sznycer, D. (2019). Forms and functions of the self-conscious emotions. *Trends in cognitive sciences*, 23(2), 143-157.
- Szymańska, D. (2016). Tożsamość a regulacja emocji i wsparcie społeczne w okresie adolescencji. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 1, 139-155.
- Szymańska, J., Sienkiewicz, E. (2011). Wsparcie społeczne. *Current Problems of Psychiatry*, 12(4), 550–553.
- Tan, S., Yang, R., Abdukerima, G., Xu, Y., Zhu, L., Xu, B., Shen, W., Song, L., Ji, B., Wang, Z., Chen, C., Shi, J. (2024). Unraveling the role of social support in eating behavior among children and adolescents in Shanghai, China: exploring the mediating role of self-efficacy and the moderating influence of BMI and weight concern. *Frontiers in nutrition*, 11, 1411097.
- Tangney, J. P. (1995). Shame and guilt in interpersonal relationships. W: J. P. Tangney, K. W. Fischer (red.), *Selfconscious emotions: shame, guilt, embarrassment, and pride* (s. 114–139). New York: Guilford Press
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). Shame and guilt. Guilford Press.

- Tangney, J. P., Stuewig, J., Hafez, L. (2011). Shame, guilt, and remorse: Implications for offender populations. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22(5), 706-723.
- Tangney, J. P., Stuewig, J., Martinez, A. G. (2014). Two Faces of Shame: The Roles of Shame and Guilt in Predicting Recidivism. *Psychological Science*, 25(3), 799-805.
- Tangney, J. P., Stuewig, J., Mashek, D. J. (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annual Review of Psychology*, 58, 345–372. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070145>
- Tankersley, A. P., Gafsky, E. L., Dike, J., Jones, R. T. (2021). Risk and Resilience Factors for Mental Health among Transgender and Gender Nonconforming (TGNC) Youth, A Systematic Review. *Clinical child and family psychology review*, 24(2), 183–206.
- Tannenbaum, C., Ellis, R. P., Eyssel, F., Zou, J., Schiebinger, L. (2019). Sex and gender analysis improves science and engineering. *Nature*, 575(7781), 137-146.
- Taormina, J. M., Bolt, M., Cornier, M. A., Moreau, K. L., Wierman, M. E., Rothman, M. S., Legget, K. T., Tregellas, J. R., Hild, A. K., Hammond, D. B., Gebregzabheir, A., Mancuso, M. P., Sammel, M. D., Iwamoto, S. J. (2025). SUN-126 Fasting Total Ghrelin and Hunger Differ Across Sex and Gender in Adults: A Cross-Sectional Study. *Journal of the Endocrine Society*, 9(Suppl 1), bvaf149.2060.
- Taormina, J. M., Gilden, A. H., Iwamoto, S. J. (2023). Meeting the Body Mass Index Requirement for Gender-affirming Surgery Using Antiobesity Medication. *JCEM Case Reports*, 1(3), 1-4.
- Tatangelo, G., McCabe, M., Mellor, D., Mealey, A. (2016). A systematic review of body dissatisfaction and sociocultural messages related to the body among preschool children. *Body image*, 18, 86–95.
- Taylor, S. E. (2011). Social support: A review. W: H. S. Friedman (red.), *The Oxford handbook of health psychology* (s. 189–214). Oxford University Press.
- Testa, R. J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., Bockting, W. (2015). Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(1), 65–77. <https://doi.org/10.1037/sgd0000081>
- Testa, R. J., Rider, G. N. (2017). The Gender Minority Stress and Resilience Measure: Psychometric validation of an instrument for transgender and gender nonconforming individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(1), 65–77. <https://doi.org/10.1037/sgd0000174>
- Testa, R. J., Rider, G. N., Haug, N. A., & Balsam, K. F. (2017). Gender-confirming medical interventions and eating disorder symptoms among transgender individuals. *Health Psychology*, 36(10), 927–936. <https://doi.org/10.1037/hea0000497>
- Testa, R. J., Rider, G. N., Haug, N. A., Balsam, K. F. (2017). Gender confirming medical interventions and eating disorder symptoms among transgender individuals. *Health Psychology*, 36(10), 927–936.
- Testa, R. J., Rider, G. N., Haug, N. A., Balsam, K. F. (2017). Gender confirming medical interventions and eating disorder symptoms among transgender individuals. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 36(10), 927–936.
- Thoma, B. C., Jardas, E. J., Choukas-Bradley, S., Salk, R. H. (2023). Perceived Gender Transition Progress, Gender Congruence, and Mental Health Symptoms Among Transgender Adolescents. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 72(3), 444–451.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M. N., Tantleef-Dunn, S. (1999). Theory assessment, and treatment of body image disturbance. *Thomson JK, Heinberg LJ, Altabe MN, Tantleef-Dunn. Exacting beauty: theory, assessment, and treatment of body image disturbance. Washington, DC: American Psychological Association.*
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (2001). Body image, social comparison, and eating disturbance: A covariance structure modeling investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 29(1), 28–40. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(200101\)29:1<28::AID-EAT5>3.0.CO;2-R](https://doi.org/10.1002/1098-108X(200101)29:1<28::AID-EAT5>3.0.CO;2-R)
- Thompson, J. K., Stice, E. (2001). Thin-ideal internalization: Mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology. *Current directions in psychological science*, 10(5), 181-183.
- Thompson, T., Dinnel, D. L., Dill, N. J. (2003). Development and validation of a body image guilt and shame scale. *Personality and Individual Differences*, 34(1), 59-75.
- Tiemersma, D. (1989). *Body schema and body image: An interdisciplinary and philosophical study*. Swets & Zeitlinger Publishers.

- Tifferet S. (2020). Gender Differences in Social Support on Social Network Sites: A Meta-Analysis. *Cyberpsychology, behavior and social networking*, 23(4), 199–209.
- Tiggemann, M. (2004). Body image across the adult life span: stability and change, *Body Image*, 1 (1), 29-41.
- Tiggemann, M. (2012). Sociocultural Perspectives on Human Appearance and Body Image, W: (red.) T. F. Cash, L. Smolak *Body Image, Second Edition: A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (s. 12- 19). New York London; The Guilford Press.
- Tiggemann, M. (2013). Objectification Theory: Of relevance for eating disorder researchers and clinicians? *Clinical Psychologist*, 17(2), 35–45.
- Tiggemann, M. (2015). Considerations of positive body image across various social identities and special populations. *Body image*, 14, 168-176
- Tignor, S. M., Colvin, C. R. (2017). The interpersonal adaptiveness of dispositional guilt and shame: A meta-analytic investigation. *Journal of personality*, 85(3), 341-363.
- 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., 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.
- Tobiasz-Adamczyk, B. (2013). Główne nurty zainteresowań socjologii żywienia jako subdyscypliny socjologii medycyny. W: B. Tobiasz-Adamczyk, (red.), *Od socjologii medycyny do socjologii żywienia* (s. 11-83), Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Tomaszewski, T. (1977). Podstawowe formy organizacji i regulacji zachowania. W: T. Tomaszewski, (red.) *Psychologia*, wyd. 3 (s. 491- 533), Warszawa, Państwowe Wydawnictwo Naukowe
- Tracy, J. L, Robins, R. W. (2004). Putting the self into selfconscious emotions: A theoretical model. *Psychological Inquiry*, 15, 103–125.
- Tracy, J. L., Robins, R. W. (2006). Appraisal antecedents of shame and guilt: Support for a theoretical model. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32, 1339–1351.
- Treasure, J., Duarte, T. A., Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *The Lancet*, 395(10227), 899–911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)
- Trempała, J., Czyżowska, D. (2004). Rozwój moralny. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała, (red.) *Psychologia rozwoju człowieka. Rozwój funkcji psychicznych*. T.3 (s. 45-65). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Trepte, S., Loy, L. S. (2017). Social identity theory and self-categorization theory. *The international encyclopedia of media effects*, 1-13.
- Trofimiuk-Muldner, M. (2020). Postępowanie hormonalne. W: (red.) Grabski, B., Mijas, M., Dora, M., Iniewicz, G., *Dysforia i niezgodność płciowa : kompendium dla praktyków* (s. 159-196), Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Troop, N. A., Redshaw, C. (2012). General shame and bodily shame in eating disorders: A 2.5-year longitudinal study. *European Eating Disorders Review*, 20(5), 373-378.
- Tuczyński, K., Walat, W. (2019). Trójskładnikowa koncepcja postawy człowieka wobec wykorzystywania e-learningu w procesie kształcenia. *Edukacja-Technika-Informatyka*, 10(3), 209-214.
- Turan, Ş., Aksoy Poyraz, C., Usta Sağlam, N. G., Demirel, Ö. F., Haliloğlu, Ö., Kadioğlu, P., Duran, A. (2018). Alterations in Body Uneasiness, Eating Attitudes, and Psychopathology Before and After Cross-Sex Hormonal Treatment in Patients with Female-to-Male Gender Dysphoria. *Archives of sexual behavior*, 47(8), 2349–2361.
- Tylka, T. L. (2019). Body appreciation. W: T. L. Tylka, N. Piran (red.), *Handbook of positive body image and embodiment: Constructs, protective factors, and interventions* (s. 22–32). Oxford University Press
- Uchmanowicz, E. (2012). Potrzeby duchowe i wsparcie psychologiczne ludzi będących u kresu życia w kontekście opieki hospicyjnej. *Pielęgniarstwo Zdrowie Publiczne*, 1(2), 67-72.
- Udry, J. R. (1994). The Nature of Gender. *Demography*, 31(4), 561–573.

- Uniacke, B., Glasofer, D., Devlin, M., Bockting, W., & Attia, E. (2021). Predictors of eating-related psychopathology in transgender and gender nonbinary individuals. *Eating behaviors*, 42, 101527.
- van de Grift, T. C., Cohen-Kettenis, P. T., Elaut, E., De Cuypere, G., Richter-Appelt, H., Haraldsen, I. R., Kreukels, B. P. (2016a). A network analysis of body satisfaction of people with gender dysphoria. *Body image*, 17, 184–190.
- van de Grift, T. C., Cohen-Kettenis, P. T., Steensma, T. D., De Cuypere, G., Richter-Appelt, H., Haraldsen, I. R., ... i Kreukels, B. P. (2016b). Body satisfaction and physical appearance in gender dysphoria. *Archives of sexual behavior*, 45, 575–585.
- van den Brink, F., Vollmann, M., van Weelie, S. (2020). Relationships between transgender congruence, gender identity rumination, and self-esteem in transgender and gender-nonconforming individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(2), 230.
- van Strien, T. (2018). "Causes of emotional eating and matched treatment of obesity." *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(2), 141–151
- Vázquez López, N., Fernández Rodríguez, M., García Vega, E., Guerra Mora, P. (2020). Perceived social support in transgender people: A comparative study with cisgender people / Apoyo social percibido en personas trans: Un estudio comparativo con personas cisgénero. *Interacciones: Revista de Avances en Psicología*, 6(2), e126.
- Veale, D. (2002) Shame in body dysmorphic disorder. W: P., Gilbert, J., Miles, (red.) *Body shame: Conceptualisation, research, and treatment*. (s. 267–282), Routledge
- Vencill, J. A., Szymanski, D. M., & Balsam, K. F. (2024). Physical activity, anxiety, depression, and body image in transgender individuals. *Healthcare*, 12(10), 1008. <https://doi.org/10.3390/healthcare12101008>
- Verbeek, M. J., Hommes, M. A., Stutterheim, S. E., van Lankveld, J. J., 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.
- Vinitchagoon, T., Wongpipit, W., Phansuea, P. (2023). Gender Expression, Weight Status, and Risk of Experiencing Eating Disorders among Gender-Diverse Adults Assigned Male at Birth in Bangkok, Thailand. *Nutrients*, 15(17), 3700.
- Vocks, S., Stahn, C., Loenser, K., Legenbauer, T. (2009). Eating and body image disturbances in male-to-female and female-to-male transsexuals, *Archives of Sexual Behavior*, 38, 364–377.
- Walker, D. C., White, E. K., Srinivasan, V. J. (2018). A meta-analysis of the relationships between body checking, body image avoidance, body image dissatisfaction, mood, and disordered eating. *The International journal of eating disorders*, 51(8), 745–770.
- Walter, N. (2018). Internetowe wsparcie społeczne. *Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej*, (23), 29–58.
- Wardle, J., Guthrie, C. A., Sanderson, S., Rapoport, L. (2001). Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 42(7), 963–970.
- Watson, R. J., Grossman, A. H., Russell, S. T. (2019). Sources of social support and mental health among LGB youth. *Youth & Society*, 51(1), 30–48.
- Watson, R. J., Veale, J. F., Saewyc, E. M. (2017). Disordered eating behaviors among transgender youth: Probability profiles from risk and protective factors. *The International journal of eating disorders*, 50(5), 515–522.
- Wayda-Zalewska, M., Ładniak-Grońska, K., Kostecka, B., Walenda, A., Kucharska, K. (2021). Wstyd – zapomniana emocja: psychopatologia, neurobiologia i terapia wstydu w zaburzeniach odżywiania. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 21, 197–203.
- Weiner, B. (2012). *Emocje moralne, sprawiedliwość i motywacje społeczne*. Sopot: Smak Słowa.
- Weingarden, H., Renshaw, K. D., Davidson, E., Wilhelm, S. (2017). Relative relationships of general shame and body shame with body dysmorphic phenomenology and psychosocial outcomes. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 14, 1–6.
- Weißflog, M. I., Grigoryan, L. (2024). Gender categorization and stereotypes beyond the binary. *Sex Roles: A Journal of Research*, 90(1), 19–41.

- Wertheim, E. H., Paxton, S. J. (2012). Body image development in adolescent girls, W: (red.) T. F. Cash, L. Smolak *Body Image, Second Edition: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*, (s. 76- 84) The Guilford Press, New York London
- Wethacz, J. (2015). Ocena własnego ciała oraz stanu zdrowia u osób transseksualnych. *Acta Universitatis Lodziensis Folia Sociologica*, 55, 111–125.
- Wieteska, A. (2014). *Rola rówieśników w kształtowaniu wizerunku ciała adolescentów- doktorat*. [Rozprawa doktorska, Uniwersytet Śląski]. Repozytorium Uniwersytetu Śląskiego (RE-BUS).
- Williams, T. L., Gleaves, D. H. (2003). Childhood sexual abuse, body image, and disordered eating: a structural modeling analysis. *Journal of trauma & dissociation*, 4(4), 91-108.
- Williamson, D. A. (2004). *Cognitive-Behavioral Theories of Eating Disorders*. *Behavior Modification*, 28(6), 711–738.
- Williamson, J. A., Oliger, C., Wheeler, A., O'Hara, M. W. (2019). More social support is associated with more positive mood but excess support is associated with more negative mood. *Journal of Social and Personal Relationships*, 026540751983177.
- Winiarski, M. (2015). Dylemat relacji pojęć „wsparcie” i „pomoc” w przestrzeni działań prorodzinnych–wewnętrznych i zewnętrznych. *Pedagogika Rodziny*, 5(3), 7-22.
- Wise, A. E., Smith, B. C., Armelie, A. P., Boarts, J. M., Delahanty, D. L. (2019). Age moderates the relationship between source of social support and mental health in racial minority lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of Health Psychology*, 24(7), 888-897.
- Wiseman, M. C., Moradi, B. (2010). Body image and eating disorder symptoms in sexual minority men: A test and extension of objectification theory. *Journal of counseling psychology*, 57(2), 154–166
- Włodarczyk, D. (1999). Wsparcie społeczne a radzenie sobie ze stresem u chorych po zawale serca. *Przegląd Psychologiczny*, 4, 95-113.
- Włodarczyk, E (2016). Zakończenie. O wsparciu społecznym i jego znaczeniu. W: J. Spętana, D. Krzysztofiak, E. Włodarczyk (red.), *Od wykluczenia do wsparcia: w przestrzeni współczesnych problemów społecznych* (s. 191-195). Kraków: Oficyna Wydawnicza" Impuls"
- Wojciechowska, J. (2014). Rodzinne środowisko żywieniowe jako istotny czynniki kształtowania nawyków żywieniowych dzieci i młodzieży. *Pielęgniarstwo Polskie*, 1(51), 34–40.
- Wojciszke B. (2002). *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*, Warszawa: Scholar
- Wojciszke, B. (2012). Psychologiczne różnice płci. *Wszechświat*, 113(1-3), 13-18.
- Wojciszke, B. (2014). *Psychologia społeczna*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Scholar
- Wojnowski, J. (2003). *Wielka encyklopedia PWN* (T. 19). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Woods, S. C., Schwartz, M. W., Baskin, D. G., Seeley, R. J. (2000). *Food Intake and the Regulation of Body Weight*. *Annual Review of Psychology*, 51(1), 255–277.
- Woodward, K., McIlwain, D., Mond, J. (2019). Feelings about the self and body in eating disturbances: The role of internalized shame, self-esteem, externalized self-perceptions, and body shame, *Self and Identity*, 18(2), 159-182.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization
- World Health Organization. (2019). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). <https://icd.who.int/>
- World Health Organization. (2024). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (ICD-11). Pobrane 08, sierpnia, 2024 z: <https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases>
- Wright, K. (2016). Social Networks, Interpersonal Social Support, and Health Outcomes: A Health Communication Perspective. *Frontiers in Communication*, 1, 10.
- Xiao, M., Luo, Y., Ding, C., Chen, X., Liu, Y., Tang, Y., Chen, H. (2023). Social support and overeating in young women: The role of altering functional network connectivity patterns and negative emotions. *Appetite*, 191, 107069.

- Yeo, G., Lansford, J. E., Rudolph, K. D. (2025). How does perceived social support relate to human thriving? A systematic review with meta-analyses. *Psychological bulletin*, 151(9), 1089–1124.
- Yesildemir, O., Akbulut, G. (2023). Gender-affirming nutrition: An overview of eating disorders in the transgender population. *Current Nutrition Reports*, 12(4), 877-892.
- Young, G. L. (1986). Environment: term and concept in the social sciences. *Social Science Information*, 25(1), 83-124.
- Zarzycka, D., Śpila, B., Wrońska, I., Makara-Studzińska, M. (2010). Analiza walidacyjna wybranych aspektów Skali Oceny Wsparcia Społecznego-Interpersonal Support Evaluation List-40 v. General Population (ISEL-40 v. GP). *Psychiatria*, 7(3), 83-94.
- Zborowska, K. (2020). *Jakość życia w tym życia seksualnego osób transseksualnych* (Doctoral dissertation, Zakład Seksuologii).
- Zhang, S., Zhang, Q., Li, C. (2015). Meta-analytic review on the gender differences in perceived social support. *Psychological Development and Education*, 31(4), 393–401.
- Ziemińska, R. (2015). Płynność płci biologicznej i performatywność płci kulturowej. *Kultura i Edukacja*, 3(109), 245-253.
- Ziora, K. (2024). Jadłowstręt i bulimia psychiczna. Aspekt medyczny. W: A. Brytek-Matera (red.), *Psychodietetyka* (s. 464-482), PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Ziółkowska, B. (2016). Psychologia zaburzeń odżywiania. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (s.409-425), Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ziółkowska, B. (2021). Związek obrazu ciała i poczucia jakości życia u niewidzących młodych kobiet. *Niepełnosprawność*, 41, 167–181.
- Ziółkowska, B., Weber, M. (2009). Czynniki psychologiczne jako determinanty sposobu żywienia. W: J. Gawęcki, W. Roszkowski (red.), *Żywnienie a zdrowie publiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ziółkowska, B., Ziółkowska, K. (2020). Obraz ciała u kobiet w ciąży oraz w połogu w zależności od zaangażowania w aktywność fizyczną. *Kwartalnik Naukowy Fides Et Ratio*, 41(1), 114-128.
- Zucker, K. J. (2020). Debate: Different strokes for different folks. *Child and adolescent mental health*, 25(1), 36-37.
- Żak-Gołąb, A., Tomaski, R., Olszanecka-Glinianowicz, M., Chudek, J. (2012). Aleksytymia u osób otyłych. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, 8(4), 124-129.
- Żołądek, S., Pliczko, M. (2020). Procedury chirurgiczne korekty płci. W: (red.) Grabski, B., Mijas, M., Dora, M., Iniewicz, G., *Dysforia i niezgodność płciowa : kompendium dla praktyków* (s. 247-258). Wydawnictwo Lekarskie PZW
- Żylicz, P. O., Grochowska, A. (2005). Wina i Wstyd w Sferze Seksualności-pierwszy etap konstrukcji narzędzia. *Seksuologia Polska*, 3(1), 1-7.

Spis tabel

- Tabela 1.** Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych wraz z testem Kołmogorowa-Smirnowa
- Tabela 2.** Związek pomiędzy nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania a zadowoleniem z obrazu ciała w całej próbie (N=185)
- Tabela 3.** Porównanie średnich dla zadowolenia z obrazu ciała między kobietami i mężczyznami transpłciowymi
- Tabela 4.** Związek między zadowoleniem z obrazu ciała a etapem tranzycji w całej próbie (N=185)
- Tabela 5.** Porównanie średnich dla zadowolenia z obrazu ciała między osobami badanymi ze względu na etap tranzycji
- Tabela 6.** Porównania parami z poprawką Bonferroniego między osobami badanymi na poszczególnych etapach tranzycji dla zadowolenia z obrazu ciała
- Tabela 7.** Związek między poziomem spostrzeganego wsparcia społecznego, poczuciem winy i wstydem a zadowoleniem z obrazu ciała w całej próbie (N=185)
- Tabela 8.** Porównanie średnich nasilenia symptomów zaburzeń odżywiania między transpłciowymi kobietami i mężczyznami
- Tabela 9.** Związek między etapem tranzycji a nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania w całej próbie (N=185)
- Tabela 10.** Porównanie średnich nasilenia symptomów zaburzeń odżywiania między osobami badanymi ze względu na etap tranzycji
- Tabela 11.** Porównania parami z poprawką Bonferroniego między osobami badanymi na poszczególnych etapach tranzycji dla nasilenia symptomów zaburzeń odżywiania
- Tabela 12.** Związek pomiędzy poziomem spostrzeganego wsparcia społecznego, poczuciem winy i wstydem a nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania w całej próbie (N=185)
- Tabela 13.** Porównanie średnich dla poczucia winy oraz wstydu między transpłciowymi kobietami i mężczyznami
- Tabela 14.** Związek pomiędzy etapem tranzycji a poczuciem winy i wstydem w całej próbie (N=185)
- Tabela 15.** Porównanie średnich poczucia winy i wstydu między badanymi wyróżnionymi ze względu na etap tranzycji
- Tabela 16.** Porównania parami z poprawką Bonferroniego pomiędzy poszczególnymi etapami tranzycji dla wstydu i poczucia winy
- Tabela 17.** Porównanie średnich dla spostrzeganego wsparcia społecznego między transpłciowymi kobietami i mężczyznami
- Tabela 18.** Związek pomiędzy etapem tranzycji a spostrzeganym wsparciem społecznym w całej próbie (N=185)
- Tabela 19.** Porównanie średnich dla spostrzeganego wsparcia społecznego między badanymi wyróżnionymi ze względu na etap tranzycji

Tabela 20. Porównania parami z poprawką Bonferroniego pomiędzy poszczególnymi etapami tranzykcji dla spostrzeganego wsparcia społecznego

Tabela 21. Model regresji przewidujący nasilenie symptomów zaburzeń odżywiania na podstawie poczucia winy, wstydu, spostrzeganego wsparcia społecznego i zadowolenia z obrazu ciała

Tabela 22. Wyniki analizy moderacji dotyczącej związku zadowolenia z obrazu ciała, wsparcia społecznego, wstydu i poczucia winy z nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania

Tabela 23. Związek pomiędzy nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania a zadowoleniem z obrazu ciała osobno dla transpłciowych kobiet i mężczyzn

Tabela 24. Wyniki dwuczynnikowej analizy ANOVA w schemacie międzyobiekowym dotyczącej związku płci i zadowolenia z obrazu ciała oraz etapu tranzykcji i zadowolenia z obrazu ciała z nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania

Tabela 25. Weryfikacja hipotez badawczych

Spis rycin

Rycina 1. Model warstwowy życia erotycznego (opracowanie na podstawie: Seligman, Walker, Rosenhan, 2003)

Rycina 2. Zmiany w kryteriach diagnostycznych dot. niezgodności płciowej/transseksualizmu. (opracowanie na podstawie: Grabski, 2020 oraz Smaś-Myszczyżyn i Ryziński, 2022)

Rycina 3. Poznawczo-behawioralny model rozwoju obrazu ciała (opracowanie na podstawie: Cash, 2012)

Rycina 4. Negatywny schemat Ja dot. ciała – determinanty i oddziaływanie (opracowanie na podstawie Kearney-Cooke, 2002, za: Brytek-Matera, 2008)

Rycina 5. Odżywianie się jako proces (opracowanie na podstawie: Solomon i in., 2000; Gertig, Przysławski, 2007)

Rycina 6. Wywoływanie emocji samoświadomościowych. (opracowanie na podstawie: Lewis, M. 2005a)

Rycina 7. Schemat kontroli zmienności

Rycina 8. Efekt interakcji ukazujący związek zadowolenia z obrazu ciała i spostrzeganego wsparcia społecznego z nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania

Rycina 9. Efekt interakcji ukazujący związek zadowolenia z obrazu ciała i poczucia winy z nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania

ANEKS

Załącznik 1. Wzór informacji dla osób uczestniczących w badaniu

Zwracam się do Pani/Pana/Ciebie z prośbą o wzięcie udziału w badaniach ankietowych, które staną się podstawą dla rozprawy doktorskiej. Udział w badaniach jest DOBROWOLNY oraz POUFNY; w każdej chwili możesz odstąpić od dalszego wypełniania ankiety do momentu przesłania formularza. Celem powyższego projektu badawczego jest zbadanie związków między obrazem ciała a zaburzeniami odżywiania wśród osób transpłciowych z uwzględnieniem ich etapu tranzycji. W projekcie uwzględniono zmienne seksuologiczne i psychologiczne. Wyniki zostaną wykorzystane wyłącznie w celach naukowych – pozwolą na wypracowanie lepiej dopasowanych praktyk diagnostycznych, terapeutycznych i profilaktycznych.

W kwestionariuszach nie ma dobrych ani złych odpowiedzi; są jedynie takie, które w różnym stopniu odnoszą się do Twoich doświadczeń. Udzielenie odpowiedzi na wszystkie pytania jest konieczne, aby statystyczna analiza wyników była możliwa. Całe badanie zajmie około 10-15 minut, za które już teraz bardzo Ci dziękuję.

Precyzyjny dobór grupy badanych stanowi jeden z koniecznych etapów procesu badawczego. Poprzez ustalenie kryteriów włączenia do grupy badanych wykluczona zostaje pewna część osób, część rzeczywistości społecznej. Stanowi to ograniczenie każdego badania. Sytuacja ta jest jednocześnie nieunikniona, gdyż nie można badać „wszystkiego i wszystkich na raz”. Określenie kryteriów włączenia do próby osób badanych nie jest wyrazem dyskryminacji, lekceważenia czy unieważniania osób należących do grupy wyłączonej z grupy badanych. W tym przypadku, aby wziąć udział w badaniu, należy być osobą pełnoletnią oraz transpłciową, ponadto mieć diagnozę niezgodności płciowej (lub zgodnie z dezaktualizującą się klasyfikacją ICD10 transseksualizmu) oraz być w procesie tranzycji- jeżeli nie należysz do tej grupy, zrezygnuj z wypełniania tego formularza.

Pozdrawiam

Jakub Hartung-Wójciak (Szkola Doktorska UKW, Wydział Psychologii UKW)

W razie jakichkolwiek pytań i wątpliwości związanych z poniższym badaniem bądź woli podjęcia rozmowy na temat badania zapraszam do kontaktu mailowego- jakub.wojciak2306@gmail.com

Załącznik 2. Metryczka

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z informacjami dotyczącymi badania oraz z własnej i nieprzymuszonej woli zgadzam się na uczestniczenie w tym badaniu.

☐ TAK

☐ NIE

Oświadczam, że będę przestrzegała/ał praw autorskich dotyczących testów, skal i ankiet zawartych w tym formularzu. Zobowiązuje się do niekopiowania, niepowielania oraz niewykorzystywania części i całości formularza.

☐ TAK

☐ NIE

Wiek: (możliwość wyboru odpowiedniej liczby z listy od 18 do 90)

Miejsce zamieszkania:

☐ wieś

☐ małe miasto do 20 tyś. mieszkańców

☐ średnie miasto od 20 do 100 tyś. mieszkańców

☐ duże miasto powyżej 100 tyś. mieszkańców

Płeć nadana przy urodzeniu:

☐ osoba oznaczona przy urodzeniu jako mężczyzna (AMAB)

☐ osoba oznaczona przy urodzeniu jako kobieta (AFAB)

Oświadczam, że jestem osobą transpłciową.

☐ TAK

☐ NIE

Etap tranzycji:

*użycie dezaktualizującej się formy transseksualizmu wynika z wymogów formalnych badania i zapisów ICD10

☐ posiadam diagnozę niezgodności płciowej lub transseksualizmu, NIE podlegam terapii hormonalnej ani NIE poddawałem/am się żadnej interwencji chirurgicznej związanej z transpłciowością

☐ posiadam diagnozę niezgodności płciowej lub transseksualizmu oraz podlegam feminizującej/maskulinizującej terapii hormonalnej (od minimum 3 miesięcy), NIE poddawałem/am się żadnej interwencji chirurgicznej związanej z transpłciowością

☐ posiadam diagnozę niezgodności płciowej lub transseksualizmu, podlegam feminizującej/maskulinizującej terapii hormonalnej (od minimum 3 miesięcy), przeszedłem/edłem minimum jedną interwencję chirurgiczną związaną z transpłciowością

Załącznik 3. Kwestionariusz *Skala Oceny Ciała (Body Esteem Scale, BES)*

Skala Oceny Ciała

Instrukcja: Poniżej wymienione są różne kwestie związane z Twoim ciałem. Swoją ocenę każdej kwestii zaznacz otaczając kółkiem jedną z pięciu możliwości (od 1 do 5). Te pięć możliwości odczuć związanych z Twoją oceną to w kolejności:

- 1 – mam silnie negatywne odczucia
- 2 – mam umiarkowanie negatywne odczucia
- 3 – nie posiadam żadnych odczuć
- 4 – mam umiarkowanie pozytywne odczucia
- 5 – mam mocno pozytywne odczucia

	1	2	3	4	5
1. Zapach ciała					
2. Apetyt					
3. Nos					
4. Wydolność fizyczna					
5. Refleks					
6. Usta					
7. Siła mięśni					
8. Talia					
9. Stopień energii					
10. Uda					
11. Uszy					
12. Ramiona					
13. Podbródek					
14. Budowa ciała					
15. Koordynacja fizyczna					
16. Pośladki					
17. Zwinność					
18. Szerokość ramion					
19. Ręce					
20. Piersi / klatka piersiowa					
21. Wygląd oczu					
22. Policzki (kości policzkowe)					
23. Biodra					
24. Nogi					
25. Figura					
26. Popęd płciowy					
27. Stopy					
28. Organy płciowe					
29. Brzuch					
30. Zdrowie					
31. Aktywność seksualna					
32. Włosy na ciele					
33. Warunki fizyczne					
34. Twarz					
35. Waga					

Załącznik 4. Kwestionariusz Skala Postaw wobec Jedzenia (Eating Attitude Test; EAT-26)

EAT-26 (część A)

Odpowiadając na pytania wskaż odpowiedzi najlepiej opisujące Ciebie, zaznaczając właściwą Tobie odpowiedź:

Pytania	Odpowiedzi					
	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zwykle	Zawsze
1. Jestem przerażony na myśl o byciu otyłym.						
2. Unikam jedzenia, kiedy jestem głodny.						
3. Myśli o jedzeniu bardzo mnie absorbują.						
4. Zdarzają się chwile, podczas których zaczynam się objadać i nie mogę przestać.						
5. Kroję jedzenie na małe kawałki.						
6. Jestem świadomy wartości kalorycznej produktów, które jem.						
7. Szczególnie unikam żywności o dużej zawartości węglowodanów (np. chleba, ryżu, ziemniaków).						
8. Mam wrażenie, że inni woliliby, gdybym jadł więcej.						
9 Wymiotuję po spożyciu posiłku.						
10. Czuję się ogromnie winny po jedzeniu.						
11. Jestem pochłonięty pragnieniem bycia chudszy.						
12. Myślę o spalaniu kalorii podczas ćwiczeń.						
13. Inni ludzie myślą, że jestem za chudy.						
14. Jestem pochłonięty myślami o tłuszczu na moim ciele.						
15. Zjedzenie posiłku zajmuje mi więcej czasu niż innym.						
16. Unikam pokarmów zawierających cukier.						
17. Jem dietetyczną żywność.						
18. Mam poczucie, że jedzenie sprawuje kontrolę nad moim życiem.						
19. Swoją samokontrolę demonstruję poprzez jedzenie.						
20. Mam poczucie, że inni przymuszają mnie do jedzenia.						
21. Poświęcam zbyt dużo czasu i myśli jedzeniu.						
22. Po zjedzeniu słodczy czuję się nieprzyjemnie.						
23. Podejmuję działania mające na celu obniżenie masy mojego ciała.						
24. Lubię, kiedy mój żołądek jest pusty.						
25. Po jedzeniu odczuwam odruch wymiotny.						
26. Próbowanie nowych potraw sprawia mi przyjemność.						

Załącznik 5. Kwestionariusz *TOSCA*

TOSCA

Poniżej przedstawiono sytuacje, z którymi ludzie spotykają się w codziennym życiu. Po każdej z nich znajduje się kilka typowych reakcji, jakie mogą im towarzyszyć. Po przeczytaniu każdego z opisów spróbuj wyobrazić sobie w takiej sytuacji. Następnie określ na ile jest prawdopodobne, że zachowałbyś się w każdy z opisanych sposobów. Należy ocenić każdą odpowiedź, gdyż odczucia i reakcje w odniesieniu do tej samej sytuacji mogą być różne.

Przykład:

A. Budzisz się wcześnie w pewien sobotni poranek. Za oknem jest zimno i deszczowo.

	1	2	3	4	5
a) dzwonisz do znajomego dowiedzieć się co słyhać.	x				
b) masz czas by poczytać gazetę.					x
c) czujesz rozczarowanie, że pada.			x		
d) zastanawiasz się czemu obudziłeś się tak wcześnie.				x	

W powyższym przykładzie oceniono wszystkie odpowiedzi poprzez zakreślenie odpowiedniej cyfry. Osoba zakreśliła „1” dla odpowiedzi (a) bo nie chciałaby obudzić znajomego wcześniej rano w sobotę – więc nie jest to prawdopodobne, że tak by postąpiła. Osoba zakreśliła „5” dla odpowiedzi (b) gdyż zawsze czyta gazetę jak ma rano czas (bardzo prawdopodobne). Zakreślając „3” dla odpowiedzi (c) osoba uważa, że jest to dla niej równie prawdopodobne jak i nie. Czasami bowiem byłaby rozczarowana deszczem, a czasem nie – zależnie od dalszych planów. Wreszcie zaznaczyła „4” dla odpowiedzi (d) co oznacza, że prawdopodobnie zastanawiałaby się czemu obudziła się tak wcześnie. Proszę nie pominąć żadnej z pozycji, to jest ocenić prawdopodobieństwo każdej odpowiedzi.

1. Zaplanowałeś spotkać się z kolegą w porze obiadowej. Wieczorem uświadamiasz sobie, że zapomniałeś o spotkaniu.

	1	2	3	4	5
a) Myślisz: „ <i>Nie dbam o innych</i> ”.					
b) Myślisz: „ <i>On to zrozumie</i> .”					
c) Myślisz, że musisz mu to jak najszybciej wynagrodzić.					
d) Myślisz: „ <i>Szef odwrócił moją uwagę tuż przed godziną spotkania</i> ”.					

2. Popsułeś coś w pracy, a następnie ukryłeś.

	1	2	3	4	5
a) Myślisz: <i>“Gryzie mnie to, co się stało. Muszę podjąć się naprawy albo poprosić kogoś, aby to zrobił.”</i>					
b) Myślisz o odejściu z pracy.					
c) Myślisz: <i>„Wiele rzeczy nie jest obecnie specjalnie dobrej jakości”</i> .					
d) Myślisz: <i>“To się zdarza.”</i>					

3. Pewnego wieczoru wychodzisz ze znajomymi. Czujesz się wyjątkowo atrakcyjny i tryskasz dowcipem. Zdajesz sobie, że małżonka najlepszego przyjaciela wydaje się szczególnie zainteresowana twoim towarzystwem.

	1	2	3	4	5
a) Myślisz: <i>“Powinienem mieć na uwadze uczucia przyjaciela”</i> .					
b) Odczuwasz zadowolenie ze swego wyglądu i osobowości.					
c) Jesteś zadowolony z wrażenia jakie wywarłeś.					
d) Myślisz, że to przyjaciel powinien zwracać uwagę na swoją żonę.					
e) Przez dłuższy czas unikasz kontaktu wzrokowego z nią.					

4. W pracy czekasz do ostatniego momentu z planowaniem projektu, okazuje się on nieudany.

	1	2	3	4	5
a) Czujesz się niekompetentny.					
b) Myślisz: <i>„Doba jest zawsze za krótka”</i>					
c) Czujesz, że zasłużyłeś na naganę za organizację pracy przy tym zadaniu.					
d) Myślisz: <i>„Trudno, co się stało się, to się nie odstanie.”</i>					

5. Popełniasz w pracy błąd i dowiadujesz się, że twój współpracownik został z tego powodu obwiniony.

	1	2	3	4	5
a) Myślisz, że w firmie go nie lubią.					
b) Myślisz: <i>“Nie ma sprawiedliwości na świecie.”</i>					
c) Siedzisz cicho i unikasz współpracownika.					
d) Czujesz się źle i pragniesz wyjaśnić sytuację.					

6. Przez parę dni odkładałeś przeprowadzenie trudnej rozmowy telefonicznej. W ostatniej chwili dzwonisz i udaje ci się tak poprowadzić rozmowę, że wszystko dobrze się układa.

	1	2	3	4	5
a) Myślisz: <i>“Chyba jestem bardziej przekonujący niż mi się wydawało.”</i>					
b) Żałujesz, że tak ją odkładałeś					
c) Czujesz się jak tchórz.					
d) Myślisz: <i>„Dobrze się sprawiłem!”</i>					
e) Myślisz, że nie powinieneś prowadzić rozmów telefonicznych, do których człowiek czujesz					

7. W czasie zabawy rzucasz piłkę, która trafia kolegę w twarz.

	1	2	3	4	5
a) Czujesz się jak nieudacznik. Nie potrafisz nawet rzucić właściwie piłką.					
b) Myślisz, że może to twój kolega powinien poćwiczyć łapanie.					
c) Myślisz: <i>„Tak się zdarzyło i już.”</i>					
d) Przepraszasz i upewniasz się, czy koledze nic się nie stało.					

8. Dopiero co wyprowadziłeś się od rodziny. Wszyscy byli bardzo pomocni. Kilka razy czułeś się zmuszony pożyczać od nich pieniądze, które zwracałeś tak szybko jak to było możliwe.

	1	2	3	4	5
a) Czujesz się osobą niedojrzałą.					
b) Myślisz: „ <i>Po prostu miałem pecha.</i> ”					
c) Odwdzięczasz się tak szybko, jak to możliwe					
d) Myślisz: „ <i>Jestem osobą godną zaufania.</i> ”					
e) Byłbyś dumny, że spłaciłeś długi.					

9. Prowadzisz samochód po ulicy i potrącasz małe zwierzę.

	1	2	3	4	5
a) Myślisz, że zwierzątko nie powinno znaleźć się na drodze.					
b) Myślisz: „ <i>Jestem okropny.</i> ”					
c) Myślisz: „ <i>Cóż, to zdarzyło się przypadkiem.</i> ”					
d) Żałujesz, że nie prowadziłeś samochodu bardziej uważnie.					

10. Wychodzisz z egzaminu myśląc, że poszło ci wspaniale. Okazuje się jednak, że wynik jest słaby.

	1	2	3	4	5
a) Myślisz: „ <i>Cóż, to tylko egzamin i nic więcej.</i> ”					
b) Myślisz: „ <i>Osoba przeprowadzająca egzamin nie lubi mnie.</i> ”					
c) Myślisz: „ <i>Powinienem lepiej się przygotować.</i> ”					
d) Czujesz się głupio.					

11. Razem z grupą współpracowników pracowaliście ciężko nad zadaniem. Odnieśliście sukces. Szef wyróżnia premią tylko ciebie.

	1	2	3	4	5
a) Myślisz, że szef dość powierzchownie postrzega całą sytuację.					
b) Czujesz się osamotniony, niejako poza grupą swoich kolegów.					
c) Czujesz, że twoja ciężka praca się opłaciła.					
d) Myślisz, że jesteś osobą kompetentną i jesteś z siebie dumny.					
e) Czujesz, że nie powinieneś przyjąć premii.					

12. Podczas wypadu z grupą znajomych, wyśmiewasz się z kolegi, którego z wami nie ma.

	1	2	3	4	5
a) Myślisz: <i>“To tylko nieszkodliwe żarty”</i>					
b) Czujesz się podle.					
c) Myślisz, że może ów kolega powinien być tam obecny, aby się bronić.					
d) Przepraszasz za to, co powiedziałeś i mówisz dobre rzeczy na jego temat.					

13. Popępniasz poważny błąd wykonując ważne zadanie w pracy. Współpracownicy polegali na tobie. Szef krytykuje cię za to, co się stało.

	1	2	3	4	5
a) Myślisz, że szef powinien wyrażać jaśniej czego od ciebie wymaga.					
b) Chciałbyś zapaść się pod ziemię.					
c) Myślisz: <i>„Powinienem rozpoznać problem i wykonać lepiej powierzone zadanie”</i> .					
d) Myślisz: <i>“Cóż, nikt nie jest doskonały.”</i>					

14. Zgłaszasz się na ochotnika by pomóc przy lokalnej paraolimpiadzie dla niepełnosprawnych dzieci. Okazuje się to frustrujące i czasochłonne. Poważnie myślisz o zrezygnowaniu, ale wtedy widzisz jak dzieci są szczęśliwe.

	1	2	3	4	5
a) Czujesz się samolubem i myślisz, że jesteś z gruntu leniwy.					
b) Masz poczucie, że jesteś zmuszany do robienia czegoś na co nie masz ochoty.					
c) Myślisz: <i>"Powinienem bardziej troszczyć się o ludzi, którym się w życiu nie poszczęściło."</i>					
d) Czujesz się świetnie, że pomagałeś innym.					
e) Czujesz się bardzo z siebie zadowolony.					

15. Opiekujesz się psem znajomych, którzy wyjechali na wakacje. Pies ucieka ci.

	1	2	3	4	5
a) Myślisz: <i>"Jestem nieodpowiedzialny i nieudolny."</i>					
b) Myślisz, że znajomi nie opiekowali się psem zbyt dobrze, inaczej by nie uciekł.					
c) Przysięgasz sobie, że następnym razem będziesz bardziej ostrożny.					
d) Uważasz, że znajomi mogą po prostu kupić następnego psa.					

16. Jesteś na przyjęciu z okazji wprowadzenia się twojego kolegi z pracy do nowego mieszkania. Rozlewasz czerwone wino na jego nowy, kremowy dywan. Wydaje ci się, że nikt tego nie zauważył.

	1	2	3	4	5
a) Uważasz, że gospodarz powinien spodziewać się takich zdarzeń na tak dużym przyjęciu.					
b) Zostajesz po zakończeniu imprezy by pomagać w usuwaniu plamy.					
c) Marzysz, aby znaleźć się gdziekolwiek indziej, byle nie na tym przyjęciu.					
d) Zastanawiasz się czemu gospodarz postanowił podawać czerwone wino przy nowym,					

Załącznik 6. Kwestionariusz *Wielowymiarowa Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego*

Wielowymiarowa Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego

Instrukcja: Interesuje nas, jak ustosunkowujesz się do poniższych twierdzeń. Przeczytaj każde z nich bardzo uważnie i zaznacz:

- 1 – jeśli zdecydowanie się nie zgadzasz
- 2 – jeśli się nie zgadzasz
- 3 – jeśli trochę się nie zgadzasz
- 4 – jeśli nie masz zdania
- 5 – jeśli trochę się zgadzasz
- 6 – jeśli się zgadzasz
- 7 – jeśli zdecydowanie się zgadzasz

	1	2	3	4	5	6	7
1. Istnieje pewna szczególna osoba, która jest w pobliżu, kiedy jestem w potrzebie.							
2. Istnieje pewna szczególna osoba, z którą mogę dzielić swoje radości i smutki.							
3. Moja rodzina naprawdę stara się mi pomóc.							
4. Otrzymuję emocjonalną pomoc i wsparcie, którego potrzebuję, od swojej rodziny.							
5. Mam pewną szczególną osobę, która jest dla mnie prawdziwym źródłem pociechy / wsparcia.							
6. Moi przyjaciele naprawdę starają się mi pomóc.							
7. Mogę liczyć na moich przyjaciół, gdy coś się nie układa.							
8. Mogę rozmawiać z rodziną o swoich problemach.							
9. Mam przyjaciół, z którymi mogę dzielić swoje radości i smutki.							
10. W moim życiu jest pewna szczególna osoba, która troszczy się o moje uczucia.							
11. Moja rodzina chętnie pomaga mi w podejmowaniu decyzji.							
12. Mogę rozmawiać z przyjaciółmi o swoich problemach.							

Załącznik 7. Opinia Komisji ds. Etyki Badań Naukowych

Komisja do spraw Etyki Badań Naukowych przy
Wydziale Psychologii UKW w Bydgoszczy
(ul. Staffa 1, 85-067 Bydgoszcz)

dnia 29.11.2022 r.

OPINIA nr 2/14.10.2022

Komisja do spraw Etyki Badań Naukowych przy Wydziale Psychologii UKW w Bydgoszczy
na posiedzeniu w dniu 29.11.2022 r., w składzie:

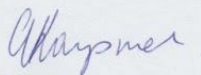
Dr hab. Elżbieta Kasprzak (przewodnicząca), prof. UKW,
Prof. dr hab. Roman Ossowski,
Dr hab. Małgorzata Basińska, prof. UKW,
Dr hab. Aleksandra Błachnio, prof. UKW,
Dr Anna Szymanik-Kostrzevska

przeanalizowała wniosek, który złożyli: mgr Jakub Hartung-Wójciak (kierownik tematu
badawczego), dr hab. Beata Ziółkowska prof. UKW, dr Magdalena Anna Grabowska

w sprawie projektu badań na temat: *Związek obrazu ciała i symptomów zaburzeń odżywiania
w grupie osób transpłciowych z uwzględnieniem spostrzeganego wsparcia społecznego oraz
poczucia winy i wstydu*

Po zapoznaniu się z wyjaśnieniami co do złożonego wniosku oraz w wyniku
przeprowadzonej dyskusji oraz głosowania, Komisja podjęła uchwałę o pozytywnym
zaopiniowaniu wniosku w sprawie przeprowadzenia badań, w zakresie określonym we
wniosku.

Kierownik badania zobowiązany został do przechowania wszystkich dokumentów
dotyczących badania przez okres pięciu lat. Wydana zgoda dotyczy tylko rozpatrywanego
wniosku z uwzględnieniem przedstawionego projektu. Każda zmiana wymaga uzyskania
odrębnej opinii.



Dr hab. Elżbieta Kasprzak, prof. UKW
Przewodnicząca Komisji ds. Etyki Badań Naukowych

Otrzymują: wnioskodawca