

Uniwersytet Gdański

Wydział Nauk Społecznych
Instytut Psychologii

mgr Magdalena Nowacka

**Wpływ perfekcjonizmu na odczucie dysforii płciowej i
satisfakcję z ciała wśród osób transpłciowych**

Rozprawa doktorska
napisana pod kierunkiem
prof. dr hab. Beaty Pastwy-Wojciechowskiej

Gdańsk 2023

1.	WSTĘP	7
2.	WPROWADZENIE DO PROBLEMATYKI BADAWCZEJ.....	10
2.1.	PERFEKcjonizm	10
2.1.1.	<i>Wielowymiarowe modele perfekcjonizmu</i>	<i>11</i>
2.1.2.	<i>Kompleksowy Model Zachowań Perfekcjonistycznych (CMPS)</i>	<i>13</i>
2.1.3.	<i>Dwuczynnikowy model perfekcjonizmu</i>	<i>16</i>
2.1.4.	<i>Czynniki kulturowe wpływające na poziom perfekcjonizmu</i>	<i>18</i>
2.1.5.	<i>Uwarunkowania środowiskowe i biologiczne perfekcjonizmu</i>	<i>21</i>
2.1.6.	<i>Współwystępowanie perfekcjonizmu.....</i>	<i>24</i>
2.1.6.1.	<i>Zaburzenia depresyjne</i>	<i>24</i>
2.1.6.2.	<i>Zaburzenia lękowe</i>	<i>26</i>
2.1.6.3.	<i>Zaburzenia odżywiania.....</i>	<i>27</i>
2.1.6.4.	<i>Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne</i>	<i>28</i>
2.1.6.5.	<i>Zaburzenia osobowości.....</i>	<i>29</i>
2.1.6.6.	<i>Problemy relacyjne</i>	<i>30</i>
2.1.7.	<i>Model transdiagnostyczny</i>	<i>31</i>
2.1.8.	<i>Leczenie perfekcjonizmu</i>	<i>33</i>
2.1.9.	<i>Różnice demograficzne</i>	<i>35</i>
2.2.	OBRAZ CIAŁA	36
2.2.1.	<i>Perspektywa poznawczo-behawioralna.....</i>	<i>37</i>
2.2.2.	<i>Perspektywa psychodynamiczna.....</i>	<i>41</i>
2.2.3.	<i>Wpływ środowiska</i>	<i>43</i>
2.2.4.	<i>Waga.....</i>	<i>46</i>
2.2.5.	<i>Różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami w postrzeganiu obrazu ciała</i>	<i>47</i>
2.2.6.	<i>Współwystępowanie niezadowolenia z ciała z zaburzeniami psychicznymi.....</i>	<i>51</i>
2.2.7.	<i>Perfekcjonizm a obraz ciała.....</i>	<i>52</i>
2.3.	NIEZGODNOŚĆ PŁCIOWA	54
2.3.1.	<i>Diagnostyka dysforii płciowej.....</i>	<i>56</i>
2.3.2.	<i>Etiologia niezgodności płciowej</i>	<i>58</i>
2.3.3.	<i>Szacowana wielkość populacji osób transpłciowych.....</i>	<i>60</i>
2.3.4.	<i>Współwystępowanie dysforii płciowej z zaburzeniami psychicznymi.....</i>	<i>61</i>
2.3.5.	<i>Rola stresu mniejszościowego.....</i>	<i>63</i>
2.3.6.	<i>Obraz ciała osób transpłciowych</i>	<i>67</i>
3.	METODOLOGIA:.....	71
3.1.	CEL BADANIA	71
3.2.	PROCEDURA BADANIA.....	72
3.3.	METODY BADANIA	72
3.3.1.	<i>Dane metrykalne.....</i>	<i>72</i>
3.3.2.	<i>Narzędzia psychologiczne</i>	<i>73</i>
3.3.2.1.	<i>Skala Zgodności Płciowej (TCS)</i>	<i>73</i>
3.3.2.2.	<i>Skali Samooceny Ciała dla Adolescentów i Dorosłych (BESAA)</i>	<i>74</i>
3.3.2.3.	<i>Wielowymiarowa Skala Perfekcjonizmu (HMPS)</i>	<i>74</i>
3.3.2.4.	<i>Wielowymiarowa Skala Perfekcjonizmu Frosta (FMPS)</i>	<i>75</i>
3.3.2.5.	<i>Zastosowane metody statystyczne</i>	<i>75</i>
3.4.	CHARAKTERYSTYKA DEMOGRAFICZNA I KLINICZNA BADANYCH GRUP	76
3.4.1.	<i>Grupa badana</i>	<i>76</i>
3.4.2.	<i>Grupa kontrolna.....</i>	<i>82</i>
3.5.	WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH	84
3.5.1.	<i>H1: Perfekcjonizm wśród osób transpłciowych jest wyższy niż wśród osób nietranspłciowych.</i>	<i>84</i>
3.5.3.	<i>H3: Wysoka spójność wyglądu koreluje ujemnie z wysokim poziomem perfekcjonizmu wśród osób transpłciowych.</i>	<i>94</i>
3.5.4.	<i>H4: Wysoki poziom perfekcjonizmu koreluje ujemnie z wysokim poziomem zadowolenia z ciała wśród osób transpłciowych.</i>	<i>96</i>

3.5.5.	<i>H5: Wysoki poziom zadowolenia z ciała koreluje dodatnio z wysoką spójnością wyglądu (niską dysforią płciową) wśród osób transpłciowych.</i>	99
4.	DYSKUSJA	108
4.1.	INTERPRETACJA WYNIKÓW BADANIA WŁASNEGO	109
4.2.	APLIKACYJNOŚĆ BADAŃ WŁASNYCH	117
4.3.	OGRANICZENIA BADANIA WŁASNEGO	119
5.	ZAKOŃCZENIE	120
	ANEKSY	122
1.	ANEKS 1 WIELOWYMIAROWA SKALA PERFEKJONIZMU HEWITTA (HEWITT I FLETT, 1990).	122
2.	ANEKS 2 SKALA ZGODNOŚCI PŁCIOWEJ (KOZEE I IN., 2012)	125
	SPIS TABEL	126
	SPIS RYSUNKÓW	128
	BIBLIOGRAFIA	129

Strzeszczenie

Wstęp: Dotychczasowe badania nad dysforią płciową sugerują jej związek z odczuwanym niezadowoleniem z ciała wśród osób transpłciowych. Literatura wskazuje również na związek pomiędzy niezadowoleniem z ciała a perfekcjonizmem. Do tej pory nie przeprowadzono badań nad poziomem perfekcjonizmu wśród osób transpłciowych ani potencjalnego wpływu na niezadowolenie z ciała i dysforii płciowej w tej grupie.

Cel pracy: Celem badania jest weryfikacja czy wśród osób transpłciowych występuje wyższy perfekcjonizm niż w grupie osób cisplciowych oraz zbadanie potencjalnego wpływu perfekcjonizmu na odczuwanie dysforii płciowej oraz niskiej satysfakcji z ciała wśród osób transpłciowych.

Metody: Badanie zostało przeprowadzone za pomocą metody kwestionariuszowej. W badaniu wzięły udział 132 osoby transpłciowe oraz 247 osób nietranspłciowych cisplciowych będących grupą kontrolną. W badaniu wykorzystano Wielowymiarową Skalę Perfekcjonizmu Frosta (FMPS), Wielowymiarową Skalę Perfekcjonizmu Hewitta (HMPS), Skalę Niezgodności Płciowej (TCS) oraz Skali Samooceny Ciała dla Adolescentów i Dorosłych (BESAA).

Wyniki: Badanie potwierdziło założenia o wyższym perfekcjonizmie osób transpłciowych w porównaniu z grupą kontrolną tylko w wymiarze perfekcjonizmu narzuconego społecznie. Perfekcjonizm narzucony społecznie i perfekcjonizm zorientowany na innych są istotnymi predyktorami dysforii płciowej. Perfekcjonizm narzucony społecznie jest także istotnym predyktorem samooceny wyglądu oraz samooceny wagi osób transpłciowych. Badanie nie wykazało żadnych istotnie statystycznie różnic pomiędzy transpłciowymi kobietami i transpłciowymi mężczyznami w samoocenie swojego ciała, poziomemu odczuciu dysforii płciowej, ani poziomemu perfekcjonizmu.

Podsumowanie: Interpersonalny charakter perfekcjonizmu narzuconego społecznie potwierdza teorie sugerujące wpływ kontekstu społecznego i oczekiwań osób znaczących na dysfориę płciową, w tym przypadku przekonań na temat oczekiwań innych osób odnośnie do wyglądu osób transpłciowych, a także satysfakcję z ciała tej grupy. Wnioski z badania mogą posłużyć jako wskazówka i potencjalny kierunek do dalszych badań nad perfekcjonizmem wśród osób transpłciowych, które mogłyby stanowić podstawę do rozszerzenia możliwości potencjalnego wsparcia psychologicznego osób transpłciowych.

Słowa kluczowe: Perfekcjonizm, obraz ciała, dysforia płciowa

Summary

Introduction: Previous studies on gender dysphoria suggest its relationship with perceived body dissatisfaction among transgender people. The literature also points to a relationship between body dissatisfaction and perfectionism. To date, there has been no research on the level of perfectionism among transgender people or its potential impact on body dissatisfaction and gender dysphoria in this group.

Aim of the study: The aim of the study is to verify whether there is higher perfectionism among transgender people than in the group of cisgender people, and to examine the potential impact of perfectionism on the perception of gender dysphoria and low body satisfaction among transgender people.

Methods: The study was conducted using the questionnaire method. The study involved 132 transgender people and 247 non-transgender (cisgender) controls. The study used Frost's Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS), Hewitt's Multidimensional Perfectionism Scale (HMPS), Transgender Congruence Scale (TCS) and Body-Esteem Scale for Adolescents and Adults (BESAA).

Results: The study confirmed the assumptions about the higher perfectionism among transgender people compared to the control group only in the dimension of socially prescribed perfectionism. Socially prescribed perfectionism and others-oriented perfectionism are significant predictors of gender dysphoria. Socially imposed perfectionism is also an important predictor of appearance and weight self-esteem in transgender people. The study did not show any statistically significant differences between transgender women and transgender men in the self-esteem of their body, the level of gender dysphoria, or the level of perfectionism.

Summary: The interpersonal nature of socially imposed perfectionism confirms theories suggesting the influence of the social context and expectations of significant others on gender dysphoria, in this case beliefs about other people's expectations regarding the appearance of transgender people, as well as body satisfaction of this group. The conclusions of the study may serve as a clue and a potential direction for further research on perfectionism among transgender people, which could be the basis for expanding the possibilities of potential psychological support for transgender people.

Key words: Perfectionism, body image, gender dysphoria

1. Wstęp

Transpłciowość jest zjawiskiem opisywanym w seksuologii, psychiatrii i psychologii od dziesięcioleci. Jednak dopiero w ostatnich latach zaczęły się rozwijać badania nad osobami transpłciowymi, z których większość koncentruje się wokół ciała. Wcześniejsze badania nad obrazem ciała osób transpłciowych wykazały, że dysforia płciowa, czyli cierpienie wywołane niespójnością wyglądu i odczuwanej tożsamości płciowej, może mieć negatywny wpływ na zdrowie psychiczne i zwiększać ryzyko wystąpienia objawów depresji, zaburzeń lękowych i zaburzeń odżywiania, które ustępują po zastosowaniu interwencji medycznych (Nguyen i in., 2018; Nota i in., 2019; Colizzi i in., 2013, 2014; Witcomb i in., 2018; Heylens i in., 2014). Z literatury wynika jednak, że pełna tranzycja medyczna nie zawsze wystarcza do pełnego zaakceptowania własnej cielesności (Bandini i in., 2013; Becker i in., 2018; Khoosal i in., 2009). W pojedynczym badaniu zaburzeń odżywiania wśród osób transpłciowych zauważono wysoki poziom perfekcjonizmu w tej grupie, który przewyższał nawet wyniki osób z diagnozą zaburzeń odżywiania (Khoosal i in., 2009). Ponadto poziom perfekcjonizmu u osób transpłciowych jako jedyna skala nie zmniejszył się po poddaniu się operacji narządów płciowych. Wynik z badania Khoosal (2009) był nieoczekiwany, ponieważ badanie nie było nakierowane na perfekcjonizm. Składową Kwestionariusza Zaburzeń Odżywiania (EDI), którego wykorzystano w badaniu, jest podskala perfekcjonizmu, która konceptualizuje perfekcjonizm jako jednowymiarową cechę. Tymczasem badania wskazują, że perfekcjonizm jest wielowymiarowym konstruktem, który można analizować zarówno w kontekście intrapersonalnym jako styl osobowości (Frost i in., 1990), ale również interpersonalnym (Hewitt i Flett, 1991). Perfekcjonizm można również postrzegać w kategoriach jego potencjalnej dezadaptacyjności lub adaptacyjności (Stoeber, 2014). Zbadanie perfekcjonizmu wśród osób transpłciowych narzędziami skonstruowanymi do pomiaru perfekcjonizmu jako wielowymiarowego konstruktów może dostarczyć bardziej szczegółowych informacji na temat wpływu perfekcjonizmu na funkcjonowanie tej grupy społecznej. Biorąc pod uwagę negatywny wpływ perfekcjonizmu na obraz ciała w populacji ogólnej (Hewitt i in., (1995; Wade i Tiggemann, 2013; Polivy i Herman, 2002) oraz wpływ dysforii płciowej na niezadowolenie z ciała (Algars i in., 2010, 2012; Becker i in., 2016, 2018; Jones i in., 2016; Kraemer i in., 2008; van de Grift i in., 2016; Witcomb i in., 2015) istnieje możliwość współwystępowania tych czynników, a nawet ich potencjalne współoddziaływanie. Potwierdzenie takiej zależności mogłoby być

potencjalną wskazówką do rozszerzenia możliwych interwencji psychologicznych w celu bardziej holistycznego i bardziej dopasowanego wsparcia osób transpłciowych.

Głównym celem badania była weryfikacja czy perfekcjonizm jest potencjalnym predyktorem niezadowolenia z ciała oraz dysforii płciowej wśród osób transpłciowych. Kolejnym celem było sprawdzenie czy wśród osób transpłciowych występuje wyższy perfekcjonizmu niż w grupie osób cisplciowych (nietranspłciowych). Badanie miało na celu również weryfikację czy wyższe niezadowolenie z ciała występuje wśród transpłciowych kobiet w porównaniu do transpłciowych mężczyzn, co byłoby zgodne z wcześniejszymi badaniami (de Vries i in., 2011; Becker i in., 2016; Fisher i in., 2014; van de Grift i in., 2016) i mogłoby potencjalnie wskazywać na niższą odczuwaną spójność wyglądu i wyższy perfekcjonizm. Istotne było także zbadanie czy zgodnie z przewidywaniami wysoki poziom zadowolenia z ciała koreluje dodatnio z wysoką spójnością wyglądu (niską dysforią płciową) wśród osób transpłciowych oraz konsekwentnie czy wysoki poziom perfekcjonizmu koreluje ujemnie z wysokim poziomem zadowolenia z ciała i wysoką spójnością wyglądu wśród osób transpłciowych. W celu weryfikacji tych hipotez przeprowadzono badanie za pomocą metody kwestionariuszowej. W badaniu wzięły udział 132 osoby transpłciowe (44 transpłciowe kobiety, 45 transpłciowych mężczyzn oraz 43 osoby niebinarne) oraz 247 osób nietranspłciowych cisplciowych (174 kobiety i 73 mężczyzn) będących grupą kontrolną. W celu zbadania poziomu perfekcjonizmu wykorzystano Wielowymiarową Skalę Perfekcjonizmu Frosta (FMPS; Frost i in., 1990; Piotrowski i Bujanowska, 2021) oraz Wielowymiarową Skalę Perfekcjonizmu Hewitta (HMPS; Hewitt i in., 1991) ze względu na ich różne podejścia do konceptualizacji perfekcjonizmu, ale także możliwość ich porównywania. Przy połączeniu obu skal perfekcjonizm rozkłada się na dwa czynniki: perfekcjonistyczne dążenia i perfekcjonistyczne obawy (Frost i in., 1993). Do zbadania satysfakcji z ciała zastosowano Skali Samooceny Ciała dla Adolescentów i Dorosłych (Mendelson, Mendelson i White, 2001; Słowińska, 2019), która mierzy zadowolenie z ciała przez pryzmat samooceny wyglądu, samooceny wagi i przypisywanej oceny. Dysfориę płciową zmierzono za pomocą Skali Niezgodności Płciowej (TCG, Kozee i in., 2012), która nie tylko wskazuje poziom odczuwanej spójności płciowej, ale także stopień, w jaki osoba akceptuje swoją tożsamość płciową.

Ze względu na brak polskich normalizacji dwóch kwestionariuszy (HMPS i TCG) przed przeprowadzeniem badania docelowego konieczne było przeprowadzenie badań

normalizacyjnych, aby sprawdzić rzetelność tych kwestionariuszy po przetłumaczeniu na język polski.

Dotychczas nie znormalizowano żadnego kwestionariusza badającego dysfориę płciową na polskiej populacji. Kwestionariusz Niezgodności Płciowej był adekwatnym narzędziem do zaadaptowania ze względu na jego krótką formę oraz prostą, dwuczynnikową budowę. Istotną zaletą tej skali jest to, że została zaprojektowana w celu podejścia do tożsamości płciowej jako spektrum, w przeciwieństwie do innych skal (Utrecht Gender Dysphoria Scale oraz The Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire), które opierały się na binarnym modelu tożsamości płciowej. Dzięki temu skala jest bardziej inkluzywna, a także pozwoliła na przetłumaczenie wszystkich pozycji kwestionariusza w taki sposób, aby nie odnosiły się do żadnej konkretnej płci, dlatego mogą być stosowane także wobec osób niebinarnych.

Wielowymiarowa Skala Perfekcjonizmu Hewitta w przeciwieństwie do Skali Frosta nigdy nie została zaadaptowana na populacji polskiej. Ten kwestionariusz wyróżnia się konceptualizacją perfekcjonizmu w kontekście relacyjnym, rozróżniając perfekcjonizm zorientowany na siebie, zorientowany na innych oraz perfekcjonizm narzucony społecznie. W przypadku osób transpłciowych może być to szczególnie istotne rozróżnienie biorąc pod uwagę jak bardzo na ich obraz siebie mogą wpływać czynniki kulturowe oraz oczekiwania osób znaczących w kontekście nie tylko ich atrakcyjności, ale i spełniania kryteriów stereotypowych ról płciowych.

Wszystkie kwestionariusze zostały użyte za zgodą autorów i wykazały wystarczającą rzetelność, aby mogły być użyte w badaniu.

Poniżej przedstawiono teoretyczne wprowadzenie do tematyki badawczej, w którym opisano dotychczasową wiedzę odnośnie do perfekcjonizmu, obrazu ciała oraz transpłciowości, wyniki badania oraz interpretacje tych wyników w kontekście dostępnych informacji z dotychczasowych badań.

2. Wprowadzenie do problematyki badawczej

2.1. Perfekcjonizm

Perfekcjonizm to wielowymiarowe usposobienie osobowości charakteryzujące się dążeniem do bezbłędności i wyznaczaniem niezwykle wysokich standardów działania, któremu towarzyszy nadmierna krytyczna ocena własnego zachowania (Stoeber, 2018). Perfekcjonizm można postrzegać jako rodzaj dysfunkcyjnego mechanizmu obronnego, używanego do radzenia sobie z myślą, że inni ludzie są krytyczni i odrzucający (Overholser i Dimaggio, 2020). U podstaw perfekcjonizmu leży postrzeganie siebie jako słabego, wadliwego i łatwego do odrzucenia. Osoby charakteryzujące się wysokim perfekcjonizmem mogą wierzyć, że jeśli naprawią lub zamaskują swoje wady, inni zaakceptują je i docenią ich zdolności. Obawiając się, że inni nie zaakceptują ich prawdziwego, wadliwego ja, dążą do perfekcji jako sposobu na uzyskanie akceptacji u siebie i innych. Kiedy ludzie nie są w stanie sprostać zbyt wysokim standardom, stają się podatne na negatywne emocje i samokrytykę (Besser i in., 2004).

Nieuniknione jest, że dla niektórych dążenie do swoich standardów i obawa przed ich niespełnieniem stają się tak awersyjne, że opóźniają rozpoczęcie zadań (prokrastynacja), porzucają je w połowie lub całkowicie ich unikają (Antony i Swinson, 1998; Burns, 1980; Frost i in., 1990). Perfekcjonizm sprawia, że człowiek jest podatny na zamartwianie się (Santonanello i Gardner, 2007) oraz ruminacje (Macedo i in., 2015). Wielu perfekcjonistów skupia się w dużym stopniu na zaangażowaniu siebie i ego ze względu na ich potrzebę bycia doskonałymi ludźmi oraz ich skłonność do samokrytycyzmu i ciągłego skupiania się na ruminacjach z potrzebą bycia doskonałym i zbliżania się do idealnego Ja (Flett i in., 1998).

Wczesne prace na temat perfekcjonizmu jako konstruktu psychologicznego wykazywały, że przekonania i tendencje perfekcjonistyczne wiązały się z emocjonalnym cierpieniem i długotrwałym zaburzeniem (Adler, 1956; Ellis, 1958).

Na długo przed opracowaniem jakichkolwiek miar perfekcjonizmu klinicyści i teoretycy poczynili obserwacje na temat jednostek, które dążą do niezwykle wysokich, często nieosiągalnych standardów. Wybitni teoretycy psychodynamiczni, m.in. Zygmunt Freud (1926), Albert Adler (1956) i Karen Horney (1950) opisywali perfekcjonizm jako konstrukt psychiczny powiązany z neurotyzmem, natomiast teoretycy poznawczy, jak Albert Ellis (1958), Aaron Beck (1976), oraz David Burns (1980) opisali perfekcjonizm jako irracjonalny i dysfunkcyjny sposób myślenia, który przyczynia się do zaburzeń

emocji i zachowania. Co więcej, klinicyści i teoretycy udokumentowali, że perfekcyjniści dążą do bardzo wysokich standardów i są samokrytyczni, gdy te standardy nie są spełniane (Burns, 1980; Missildine, 1963).

Albert Adler (1956) utrzymywał, że perfekcjonizm jest formą skrajnej kompensacji poprzez doskonalenie siebie w celu nadrobienia chronicznych, intensywnych negatywnych uczuć do siebie i narażenia na niekorzystne doświadczenia interpersonalne. Podobnie Horney (1950) podkreślała neurotyczną potrzebę doskonałości wynikającą z dążenia do wyidealizowanego Ja. W szczególności proces ten jest napędzany intensywnymi negatywnymi emocjami do samego siebie, zatem perfekcjonistyczne cele są odzwierciedleniem wewnętrznego konfliktu neurotycznego Ja.

Kluczowych spostrzeżeń dostarczył również Missildine (1963), który kładł nacisk na cele angażujące Ja, stwierdzając, że dążenie perfekcjonistów jest utrwalane przez przekonanie o byciu niewystarczająco dobrym. Zauważa również, że potrzeba dążenia do tego, by zawsze robić lepiej, jest celem, który sam w sobie podsycza niezdolność perfekcjonistów do odczuwania satysfakcji.

Hollender (1965) dostarcza również szczegółowych opisów osób perfekcjonistycznych. Zwraca uwagę na procesy poznawcze, które podtrzymują perfekcjonizm, takie jak selektywna uwaga, przez którą osoba jest wyczulona na wady i nieprawidłowości, przez co żyje jak „inspektor na końcu linii produkcyjnej”. Zauważa również, że osoba perfekcjonistyczna ocenia siebie głównie na podstawie tego co robi, a nie jaka jest (1965). Sorotzkin (1985) zasugerował, że perfekcjonizm w dużej mierze polega na dążeniu do niedopuszczania do siebie poczucia wstydu z powodu postrzeganej niezdolności do życia zgodnie z własnym wyobrażeniem o doskonałości. Twierdził, że chociaż perfekcjonistów można rozróżnić pod względem tego, czy są perfekcjonistami neurotycznymi, którzy nie spełniają własnych standardów, czy perfekcjonistami narcystycznymi, którzy uważają, że mogą być doskonali, mają wspólny cel, jakim jest życie zgodnie z wysoce wyidealizowanym obrazem siebie.

Podsumowując, wczesne źródła tekstowe na temat perfekcjonizmu sugerują, że perfekcjonizm był uważany za skupioną na sobie, nie przystosowawczą cechę, wyznaczoną przez irracjonalne przekonania i postawy (Malivoire i in., 2019).

2.1.1. Wielowymiarowe modele perfekcjonizmu

Hamachek (1978) był prawdopodobnie pierwszym, który zasugerował, że perfekcjonizm składa się z kilku wymiarów: normalny i neurotyczny. Według Hamachek (1978)

„normalni” perfekjoniści czerpią przyjemność ze swoich perfekcjonistycznych dążeń i są mniej sztywni w porównaniu z „neurotycznymi” perfekjonistami, którzy nigdy nie uważają swoich wysiłków za wystarczająco dobre i nie czerpią satysfakcji ze swoich dążeń do realizacji celów.

W latach 90. Zarówno Frost, Marten, Lahart i Rosenblate (1990), jak i Hewitt i Flett (1991) niezależnie opracowali wielowymiarowe modele perfekcjonizmu wraz z wielowymiarowymi skalami perfekcjonizmu.

Perfekcjonizm został zdefiniowany przez Frosta i współpracowników jako cecha posiadania bardzo wysokich standardów wobec siebie oraz preferowania ładu i organizacji, czemu towarzyszy tendencja do nadmiernego krytycyzmu wobec siebie (Frost i in. 1990). Do takich krytycznych tendencji oceniających należy nietolerancja błędów i pomyłek oraz kwestionowanie jakości własnego działania. Według nich źródła tych tendencji tkwią przede wszystkim w nadmiernie krytycznym i wymagającym stylu wychowawczym rodziców. Frost i współpracownicy (1990) stworzyli skalę perfekcjonizmu (FMPS) składającą się z sześciu wymiarów, w tym tendencji do ustalania zbyt wysokich standardów osobistych, obawy przed popełnianiem błędów, wątpliwości co do jakości swoich działań, wysokich oczekiwań rodziców, krytyki ze strony rodziców, oraz potrzeby organizacji i precyzji.

Z kolei Hewitt i Flett (1991) zaproponowali podział perfekcjonizmu na trzy wymiary, w tym perfekcjonizm zorientowany na siebie (tj. tendencja do ustalania wysokich standardów osobistych oraz surowej i restrykcyjnej oceny własnego zachowania), perfekcjonizm zorientowany na innych (tj. tendencja do narzucania nierealistycznych standardów innym i ocenianie innych w sposób surowy i nadmiernie precyzyjny) oraz społecznie narzucony perfekcjonizm (tj. przekonanie, że inni mają wysokie, nierealistyczne oczekiwania i że inni będą krytyczni i dezaprobujący, jeśli standardy nie zostaną spełnione).

Wielowymiarowe Skale Perfekcjonizmu Frosta i współpracowników (1990) oraz Hewitta i Fletta (1991) to dwie najczęściej stosowane skale w literaturze dotyczącej perfekcjonizmu, jednocześnie od tego czasu opracowano alternatywne modele i skale. Slaney i współpracownicy (2002) opracowali Prawie Idealną Skalę (ASP-R), aby uchwycić pozytywne i negatywne aspekty perfekcjonizmu. Jej wymiary obejmują potrzebę porządku, organizacji i precyzji oraz wysokie standardy osobiste i oczekiwania dotyczące wydajności, które odzwierciedlają pozytywne aspekty perfekcjonizmu.

Wymiar rozbieżności odnosi się do poziomu samokrytycyzmu wobec własnej zdolności do osiągnięcia osobistych standardów i celów.

2.1.2. Kompleksowy Model Zachowań Perfekcjonistycznych (CMPS)

Perfekcjonizm to wielowymiarowy i wielopoziomowy styl osobowości, dlatego Kompleksowy Model Zachowań Perfekcjonistycznych zakłada, że perfekcjonizm posiada komponent cechy osobowości (HMPS), komponent interpersonalny (PSPS) oraz komponent intrapersonalny (PSDM) (Hewitt i in., 2017).

Hewitt i Flett (1991) opisują perfekcjonizm jako wielowymiarową cechę osobowości składającą się z trzech wymiarów: perfekcjonizmu zorientowanego na siebie (wymagającego doskonałości od siebie), perfekcjonizmu zorientowanego na innych (wymagającego doskonałości od innych ludzi) oraz perfekcjonizmu narzuconego społecznie (przekonanie, że inni ludzie domagają się doskonałości). Perfekcjonizm narzucony społecznie oraz w mniejszym stopniu perfekcjonizm zorientowany na siebie mogą być dezadaptacyjne oraz zwiększają ryzyko wystąpienia m.in. objawów depresyjnych (Smith, Sherry, Rnic i in., 2016). Natomiast perfekcjonizm zorientowany na innych jest niespójnym predyktorem objawów depresyjnych (Chen, Hewitt i Flett, 2017).

W odniesieniu do cech osobowości perfekcjonizm zorientowany na siebie jest silnie powiązany z wysoką sumiennością oraz w mniejszym stopniu z wysokim poziomem otwartości, ekstrawersji i neurotyczności (Smith i in., 2019). W literaturze toczy się debata na temat dezadaptacyjności perfekcjonizmu zorientowanego na siebie, ponieważ często przewiduje on wskaźniki przystosowania psychicznego nastolatków, takie jak pozytywny afekt (Damian i in., 2014) oraz adaptacyjna regulacja emocji (Vois i Damian, 2020). Jednakże przewiduje również nieprzystosowawcze cechy jak lęk (O'Connor i in., 2007) oraz objawy depresyjne (Hewitt i in., 2002) i zaburzenia odżywiania (Joyce i in., 2012; Lethbridge i in., 2011; Lou i in., 2013), dlatego jest uważany za ambiwalentną formę perfekcjonizmu.

Perfekcjonizm narzucony społecznie jest silnie powiązany z wysoką neurotycznością, a także w mniejszym stopniu z niskim poziomem ekstrawersji, ugodowości, sumienności i otwartości (Smith i in., 2019). Badania konsekwentnie wykazały, że perfekcjonizm narzucony społecznie jest najbardziej dezadaptacyjną formą perfekcjonizmu, silnie przewidującą negatywny afekt (Damian i in., 2014) objawy lękowe (Damian i in., 2017), a nawet myśli samobójcze (Roxborough i in., 2012).

W porównaniu z perfekcjonizmem zorientowanym na siebie i perfekcjonizmem narzuconym społecznie, perfekcjonizm zorientowany na innych spotkał się z mniejszym zainteresowaniem badaczy. Jest to odrębny wymiar perfekcjonizmu, ponieważ przejawia się w zachowaniach interpersonalnych (Curran i Hill, 2019). Gdy inni nie spełniają oczekiwań zorientowanego na innych perfekcjonisty, są obwiniani i krytykowani oraz generalnie traktowani z wrogością i pogardą (Hewitt i in., 2017). Wczesne badania przeprowadzone wśród studentów college'u powiązały perfekcjonizm zorientowany na innych z cechami społecznie antagonistycznymi, takimi jak mściwość, wrogość i skłonność do obwiniania innych (Hill, McIntire i Bacharach, 1997; Hill, Zrull i Turlington, 1997). W odniesieniu do cech osobowości perfekcjonizm zorientowany na innych wiąże się z wysokim poziomem narcyzmu, makiawelizmu i psychopatii, a także niskim poziomem ugodowości i altruizmu (Stoeber, 2014). Ostatnie badania potwierdzają te wcześniejsze odkrycia, a ponadto pokazują, że perfekcjonizm zorientowany na innych jest silnie powiązany z narcystyczną potrzebą bycia podziwianym przez innych (Nealis i in., 2015). Sugeruje się, że perfekcjonizm zorientowany na innych nie jest dezadaptacyjny ze względu na brak powiązań z wskaźnikami nieprzystosowania psychicznego, takimi jak objawy depresyjne (Enns i in., 2002). Jednakże kilka badań wykazało, że perfekcjonizm zorientowany na innych jest związany z wyższym odczuwanym stresem oraz z wyższym poziomem gniewu (Hewitt i Flett, 2002). Ze względu na mieszane wyniki badań i związek z problemami interpersonalnymi (Stoeber i in., 2021), perfekcjonizm zorientowany na innych jest również uważany za ambiwalentną formę perfekcjonizmu. Kompleksowy Model Zachowań Perfekcjonistycznych składa się nie tylko z komponentu cechy, ale także z trójaspektowego komponentu interpersonalnego, określanego jako perfekcjonistyczna autoprezentacja (PSPS) (Hewitt i in., 2017). Podczas gdy składnik cechy perfekcjonizmu reprezentują stabilną treść osobowości, składnik interpersonalny jest dynamicznym, procesowym składnikiem osobowości, który reprezentuje styl lub style, w których cechy perfekcjonizmu są wyrażane innym. Pierwszy aspekt, perfekcjonistyczna autopromocja, to aktywne promowanie własnej rzekomej nieskazitelności. Osoby o wysokim poziomie perfekcjonistycznej autopromocji ogłaszają i demonstrują swoje umiejętności w celu zdobywania aprobaty innych. Pozostałe dwa aspekty perfekcjonistycznej autoprezentacji obejmują postawę bierną i obronną, mającą na celu ukrycie niedoskonałości. Niepokazywanie niedoskonałości wiąże się z koniecznością powstrzymywania się od jawnych zachowań, które pokazywałyby braki, natomiast nieujawnianie niedoskonałości obejmuje unikanie werbalnego ujawniania

informacji, które inni mogliby odebrać negatywnie (np. informacji o swoich wadach albo wrażliwości emocjonalnej) (Rnic i in., 2021).

Badania sugerują, że perfekcjonizm jako cecha i perfekcjonistyczna autoprezentacja są związane z różnymi stanami klinicznymi, takimi jak depresja i zaburzenia lękowe (Flett i in., 2012; MacKinnon i Sherry, 2012), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (Antony i in., 1998), zaburzenia osobowości (Sherry i in., 2007) oraz zaburzenia odżywiania (Steele i in., 2011). Badania pokazują, że perfekcjonistyczna autoprezentacja jest związana z niezadowoleniem z obrazu własnego ciała i objawami bulimii (Cockell i in., 2002; Hewitt i in., 1995; McGee i in., 2005).

Podczas gdy perfekcjonistyczna autoprezentacja składa się ze strategii mających zapewnić szacunek innym, zachowania te przynoszą odwrotny skutek. Osoby o wysokim poziomie tych stylów interpersonalnych są postrzegane jako odległe lub niesympatyczne. Unikanie ujawniania wrażliwości i ogólnie sytuacji społecznych ogranicza możliwość tworzenia znaczących więzi, co skutkuje głębokim poczuciem odłączenia społecznego. Perfekcjonistyczny Model Społecznego Odłączenia (PSDM) (Hewitt i in., 2017) zakłada, że wysoki perfekcjonizm jako cecha oraz wysoki poziom perfekcjonistycznej autoprezentacji powodują objawy depresyjne, promując doświadczenia odłączenia społecznego. Podczas gdy kilka etiologicznych teorii depresji znalazło empiryczne dowody na interpersonalne mechanizmy patogenezy, wcześniejsze badania obejmowały tylko jeden lub ograniczony podzbiór wymiarów perfekcjonizmu przy jednoczesnym przyjęciu wąskich definicji wykluczenia społecznego. Do tej pory badacze nie wyjaśnili unikalnych mechanizmów, poprzez które każdy wymiar perfekcjonizmu promuje kolejne objawy depresyjne (Malivoire, 2019).

Poczucie społecznej beznadziejności to interpersonalny wymiar, na który składają się zorientowane na przyszłość negatywne przekonania i oczekiwania dotyczące relacji (Flett i in., 2003). Udowodniono, że poczucie społecznej beznadziejności łączy się z narzuconym społecznie perfekcjonizmem, perfekcjonistycznymi stylami autoprezentacji (Roxborough i in., 2012) oraz objawami depresyjnymi (Hewitt i in., 1998). Ponadto, zgodnie z PSDM, Smith i współpracownicy (2018) stwierdzili, że społeczne poczucie beznadziejność pośredniczy pomiędzy społecznie narzuconym perfekcjonizmem z późniejszymi objawami depresyjnymi.

Samotność odnosi się do doświadczania jakościowych lub ilościowych braków w sieci społecznej i jest kolejnym aspektem odłączenia społecznego, który jest związany zarówno z perfekcjonizmem (społecznie narzucony perfekcjonizm i perfekcjonistyczny

styl autoprezentacji), jak i z nasileniem depresji (Chang i in., 2008; Flett i in., 1996). Co więcej, stwierdzono, że samotność pośredniczy w powiązaniu perfekcjonistycznej autoprezentacji z depresją, zgodnie z PSDM (Goya Arce i Polo, 2017).

2.1.3. Dwuczynnikowy model perfekcjonizmu

Liczba różnych modeli perfekcjonizmu sprawia, że badanie perfekcjonizmu jest trudne. Frost i współpracownicy (1993) poddali dziewięć wymiarów obu modeli (FMPS i HMPS) analizie czynnikowej, w wyniku której wyłoniły się dwa czynniki wyższego rzędu. Pierwszy czynnik łączył wysokie standardy osobiste, organizacje oraz perfekcjonizm zorientowany na siebie. Ten czynnik korelował pozytywnie z pozytywnym afektem oraz nie współwystępował z objawami depresji oraz negatywnym afektem. Drugi czynnik zawiera w sobie obawę przed błędami, wątpliwości co do jakości swoich działań, oczekiwania rodziców, krytycyzm rodziców oraz społecznie narzucony perfekcjonizm. Ten czynnik, w przeciwieństwie do poprzedniego, pozytywnie korelował z objawami depresji i negatywnym afektem i nie współwystępował z pozytywnym afektem. W konsekwencji, Frost i współpracownicy nazwali pierwszy czynnik „perfekcjonistycznymi dążeniami” (*positive striving*), a drugi „perfekcjonistycznymi obawami” (*maladaptive evaluation concerns*) (Stoeber, 2018; Szczucka, 2010), zatem dokonali podziału na perfekcjonizm adaptacyjny (perfekcjonistyczne dążenia) oraz dezadaptacyjny (perfekcjonistyczne obawy).

Wiele badań potwierdziło dwuczynnikowy model perfekcjonizmu, udowadniając, że czynniki w różny sposób odnoszą się do pozytywnych i negatywnych efektów. Ogólnie rzecz biorąc, większy dezadaptacyjny perfekcjonizm wiąże się z wyższym negatywnym afektem (Dunkley, Berg, Zuroff, 2012; Fedewa, Burns i Gomez, 2005; Frost i in., 1993; Molnar i in., 2006). Stwierdzono również, że dezadaptacyjny perfekcjonizm jest pozytywnie skorelowany z psychopatologią (Flett i Hewitt, 2002; Stoeber i Otto, 2006), słabymi osiągnięciami w nauce (Gaudreau i Thompson, 2010) oraz niestabilnymi relacjami (Rice i Mirzadeh, 2000). Konsekwentnie, wyższy dezadaptacyjny perfekcjonizm wiąże się z niższym pozytywnym afektem (Molnar i in., 2006), niższym poczuciem własnej wartości, niższą pewnością siebie i złym samopoczuciem (Ashby i in., 2006). W przeciwieństwie do tego, wyższy perfekcjonizm adaptacyjny jest związany z wyższym pozytywnym afektem (Molnar i in., 2006; Frost i in. 1993) i niższym negatywnym afektem w porównaniu z perfekcjonizmem nieadaptacyjnym (Dunkley i in., 2012, Malivoire i in., 2019). Adaptacyjny perfekcjonizm jest generalnie kojarzony z

niskim poziomem stresu, wstydu i niepokoju, wyższym poziomem optymizmu, dumy i poczucia własnej wartości (Ashby i Rice, 2002; Fedewa i in., 2005) oraz z wyższymi osiągnięciami w nauce (Gaudreau i Thompson, 2010). Co więcej, badaczom albo nie udało się znaleźć związku pomiędzy perfekcjonizmem adaptacyjnym a stresem psychicznym, albo znaleźli odwrotną zależność między nimi (Antony i in., 1998; Chang i in., 2004; Enns i Cox, 1999). Podsumowując, badania potwierdzają, że nieprzystosowawcze wymiary perfekcjonizmu są związane z większymi negatywnymi skutkami, podczas gdy osoby o wyższym perfekcjonizmie adaptacyjnym są mniej podatne na negatywne skutki.

Jednak pojęcie adaptacyjnego perfekcjonizmu zostało zakwestionowane. Niektóre wymiary perfekcjonizmu uważane za adaptacyjne również wiążą się z negatywnymi skutkami. Na przykład dążenie do wysokich standardów wiązało się z niską samoakceptacją i wysoką depresją, zaburzeniami odżywiania i samokaramieniem się (Flett i in., 2003; Flett i Hewitt, 2006). Przeglądy metaanalityczne pokazują powiązanie perfekcjonistycznych standardów z niezdrowymi skutkami takimi jak objawy psychopatologii (Limburg i in., 2017), zaburzenia lękowe (Burcas i Cretu, 2021), objawy bulimiczne (Kehayes i in., 2019), objawy depresji (Smith i in., 2021) oraz myśli samobójcze (Smith, Sherry i in., 2018). Ważne jest również, aby wziąć pod uwagę, że dążenie do doskonałości jest częścią perfekcjonistycznej autoprezentacji (Hewitt i in., 2003), która nakłada się na siebie z perfekcjonizmem jako cechą i społecznym odłączeniem (Gaudreau, 2022).

Niektóre osoby dążą do osiągnięcia wysokich standardów osobistych w wielu dziedzinach życia. Wiele osób stara się być zręcznymi, wykonywać prace wysokiej jakości i bardzo ciężko pracować, aby osiągnąć doskonałość. Inni dążą do perfekcji, bezbłędnej i nieustrudzonej pracy, aby osiągnąć doskonałość. Część badaczy zwracało uwagę na potrzebę rozróżnienia tych dwóch dążeń (np. Flett i in., 2018; Greenspon, 2000; Wade, 2018), co doprowadziło do opracowania Modelu Doskonałości i Perfekcjonizmu (MEP; Gaudreau, 2019). Definicją doskonałości jest „tendencja do dążenia do bardzo wysokich, ale osiągalnych standardów w sposób wysiłkowy, zaangażowany i zdeterminowany, ale elastyczny”, natomiast perfekcjonizm to „tendencja do dążenia do wyidealizowanych, bezbłędnych i nadmiernie wysokich standardów w nieustępliwy sposób” (Gaudreau, 2019).

Dążenie do perfekcji wykracza poza dążenie do doskonałości. Zasoby wydatkowane na perfekcjonizm są potencjalnie większe, a jednak osoby dążące do doskonałości radzą

sobie równie dobrze, jeśli nie lepiej niż osoby dążące do perfekcji. Ponadto osoby dążące do doskonałości doświadczają wątpliwości i obaw o własną wartość, irracjonalnych przekonań na temat siebie i świata oraz obaw związanych z autoprezentacją. Te liczne perfekcjonistyczne obawy istotnie związane z perfekcjonizmem (ale nie doskonałością) są istotnymi czynnikami ryzyka psychopatologii (Limburg i in., 2017) oraz samobójstw (Smith i in., 2018).

Aby odpowiedzieć na opór wobec idei adaptacyjnego perfekcjonizmu, Stoeber i Otto (2006) zaproponowali nowe terminy dla wymiarów, które odzwierciedlają różne motywacje zachowania perfekcjonistycznego. Konkretnie, perfekcjonistyczne dążenia odzwierciedlają wewnętrzne pragnienie, aby dobrze sobie radzić (zdrowa forma perfekcjonizmu), podczas gdy perfekcjonistyczne obawy odnoszą się do perfekcjonistycznych dążeń, które są motywowane strachem przed porażką i związanymi z nią konsekwencjami (np. krytyką). Zasugerowano, że ta kategoryzacja może być bardziej odpowiednia, biorąc pod uwagę, że termin adaptacyjny silnie insynuuje pozytywność, co zdaniem niektórych badaczy jest niezgodne z perfekcjonizmem. Obecnie idea adaptacyjnego perfekcjonizmu jest dla części badaczy oksymoronem (Greenspon, 2000; Gaudreau, 2022). Temat podziału perfekcjonizmu na adaptacyjny i dezadaptacyjny pozostaje tematem kontrowersyjnym i potrzebne są badania podłużne w celu zbadania czy perfekcjonizm adaptacyjny lub perfekcjonistyczne dążenia przewidują pozytywne skutki, takie jak np. dobre samopoczucie (Stoeber i Otto, 2006).

2.1.4. Czynniki kulturowe wpływające na poziom perfekcjonizmu

Wyniki metaanalizy (Curran i Hill, 2019) sugerują, że tendencje do perfekcjonizmu narastały w ciągu ostatnich 30 lat. Badanie Molnar i współpracowników (2020) wykazało, że bardzo wysoki poziom perfekcjonizmu może być dość powszechny wśród studentów (14%) i pacjentów z chorobami przewlekłymi (17,6%).

Autorzy metaanalizy (Curran i Hill, 2019) źródeł wzrostu tendencji do perfekcjonizmu upatrują w zmianach kulturowych, opierając się na teorii wzajemnej konstytucji Markus i Kitayamy (2010). Zdaniem Markus i Kitayamy dominujące wartości kulturowe społeczeństwa w dowolnym momencie znajdują odzwierciedlenie w normach jego instytucji społecznych i obywatelskich (tj. rodzinnych, akademickich, religijnych, ekonomicznych i politycznych) i te instytucje kształtują indywidualne postawy wartości, przekonań i konstruktów osobowości. Tak więc, tak jak kultura tworzy indywidualne

różnice między krajami, tak kultura różnych okresów może powodować różnice pokoleniowe w osobowości (Curran i Hill, 2019).

Jednym z czynników wpływających na wzrost tendencji do perfekcjonizmu autorzy upatrują w rozwoju neoliberalizmu m.in. poprzez fakt, że w okresie neoliberalizmu dominacja kolektywizmu stopniowo ustępowała miejsca fali konkurencyjnego indywidualizmu. Badania na studentach w Stanach Zjednoczonych wskazują na wyższy poziom narcyzmu, ekstrawersji i pewności siebie niż w poprzednich pokoleniach (Twenge, 2001). Nowsze pokolenia studentów wykazują również mniejszą empatię wobec innych i częściej obwiniają ofiary, gdy coś pójdzie nie tak (Twenge i in., 2012; Konrath, O'Brien i Hsing, 2011). Wydaje się również, że młodzi ludzie są teraz bardziej skupieni na sobie i spędzają mniej czasu na zajęciach grupowych dla zabawy, a więcej na indywidualnych zajęciach dla wartości instrumentalnej lub poczucia osobistych osiągnięć (Twenge, 2014).

W ten sam sposób wzrosły zachowania związane ze współzawodnictwem i zdobywaniem pozycji społecznej (Kesser i in., 2004). Dane z ostatnich lat sugerują, że jednostki w uprzemysłowionym świecie są zaabsorbowane porównywaniem się w górę, doświadczają znaczącego lęku przez utratą statusu i przyjmują materializm jako sposób na doskonalenie swojego życia w stosunku do innych (Marmot, 2004). Nowsze pokolenia młodych ludzi również pożyczają więcej i wydają średnio znacznie większą część swoich dochodów na status majątkowy i dobra wizerunkowe niż ich rodzice (Bricker i in., 2014; Parment, 2013).

Ważną częścią składową neoliberalizmu jest jego merytokratyczny punkt wyjścia. Idealne życie i styl życia – ujęte w osiągnięcia, bogactwo i status społeczny, są dostępne dla każdego, pod warunkiem, że osoba wystarczająco się postara (Frank, 2016, za: Curran i Hill, 2019). Według tego założenia ci, którzy dostają się do najlepszych szkół i uczelni lub dostają się do zawodów dających najbardziej dochodowe zatrudnienie, otrzymują należne im nagrody w postaci bogactwa i statusu społecznego. W przypadku tych, którzy nie osiągnęli takich wyżyn edukacyjnych i zawodowych, doktryna merytokracji mówi, że są mniej zasłużeni, a ich słabe osiągnięcia odzwierciedlają nieodpowiednie zdolności osobiste jak inteligencję, kompetencje i wysiłek. Z kolei, ponieważ jednostki nie mogą uniknąć sortowania, przesiewania i klasyfikowania według szkół, uniwersytetów i miejsc pracy, neoliberalna merytokracja umieszcza silną potrzebę dążenia, działania i osiągania wyników w centrum współczesnego życia (Curran i Hill, 2019).

Badania przedłużone na temat wpływu perfekcjonizmu na proces tworzenia tożsamości (Negru-Subtirica, 2021) wykazały, że zorientowani na siebie perfekcjoniści wiążą poczucie własnej wartości z silnymi zobowiązaniami na przyszłość, a także oceną tożsamości. Nastolatki o wysokim poziomie społecznie narzuconego perfekcjonizmu mają tendencję do nadmiernej analizy swojej przyszłości poprzez ruminacje i zamartwianie się. Ponadto ta dogłębna eksploracja przyszłych planów i celów podtrzymuje wrażenie, że inni mają niezwykle wysokie oczekiwania dotyczące wydajności. Te odkrycia podkreślają, że w czasach zmian kulturowych młode pokolenia mają tendencję do integrowania perfekcjonizmu z formowaniem własnej tożsamości. To powiązanie prawdopodobnie tworzy rozwojowo błędne koło, w którym samokształcenie się jest kształtowane zgodnie z niezwykle wysokimi oczekiwaniami dotyczącymi wydajności, które stawiają sobie samym i innym (Negru-Subtirica, 2021).

Nowsze pokolenia studentów zgłaszają wyższy poziom społecznie narzuconego perfekcjonizmu niż poprzednie pokolenia (Curran i Hill, 2019). To odkrycie sugeruje, że młodzi ludzie dostrzegają, że ich kontekst społeczny jest coraz bardziej wymagający – inni oceniają ich surowiej i przez to są coraz bardziej skłonni do okazywania perfekcji jako środka do uzyskania aprobaty. Rosnący społecznie narzucony perfekcjonizm współgra z obserwacjami rosnącej zewnętrznej kontroli i zaburzeń lękowych wśród młodych ludzi, poza rosnącym poczuciem odłączenia społecznego (Twenge, 2001; Twenge, 2004). Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (2017) poważne choroby psychiczne dotyczą rekordową liczbę młodych ludzi. W Stanach Zjednoczonych, Kanadzie i Wielkiej Brytanii młodzi ludzie doświadczają wyższego poziomu depresji, lęku i myśli samobójczych niż 10 lat temu. Zgłaszają również większą samotność i częściej zgłaszają się do klinicystów z zaburzeniami odżywiania i dysmorfia ciała niż poprzednie pokolenia (Paik i Sanchagrin, 2013; Smink i in., 2012). Dla porównania w Polsce szacuje się, że zaburzenia psychiczne wśród młodzieży powyżej 15 r.ż. występują u 10–20% populacji. Do najczęstszych zgłaszanych zaburzeń psychicznych młodzieży w wieku do 18 lat należą zaburzenia zachowania i emocji, rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym, oraz zaburzenia nerwicowe i związane ze stresem (GUS, 2014).

W kontekście tych danych i innych dowodów metaanalitycznych (Hill i Currant, 2016; Smith i in., 2017) zaobserwowany wzrost perfekcjonizmu może potencjalnie wyjaśnić część wzrostu rozpowszechnienia psychopatologii.

2.1.5. Uwarunkowania środowiskowe i biologiczne perfekcjonizmu

Neoliberalizm i jego doktryna merytokracji wspólnie ukształtowały kulturę, w której oczekuje się doskonalenia siebie i swojego stylu życia poprzez dążenie do spełnienia nierealistycznych standardów osiągnięć. Dla rodziców może to stanowić dodatkowe obciążenie. Oprócz własnego obowiązku odniesienia sukcesu, są również odpowiedzialni za sukcesy i porażki swoich dzieci (Verhaeghe, 2014). Ta zinternalizowana troska o sukces dziecka została nazwana uwarunkowaną przez dziecko samooceną (Soenens i in., 2015) i jest widoczna we wzroście oczekiwań rodziców co do osiągnięć ich dzieci, które w uprzemysłowionym świecie, znajdują się w skrajnościach, które zdaniem psychologów są powodem do niepokoju (Sevilla i Borra, 2015).

Zachowanie rodziców znajduje się w centrum modelu rozwoju perfekcjonizmu Hewitta i współpracowników (2017). Obejmuje to dostępność i zdolność do reagowania rodziców na potrzebę przywiązania, które uważa się za fundamentalne dla początkowego rozwoju tendencji perfekcjonistycznych, ale także określone ścieżki do perfekcjonizmu poprzez wzorce zachowań rodzicielskich.

Okres dojrzewania stanowi wrażliwy okres rozwojowy dla perfekcjonizmu z wielu powodów. Po pierwsze, młodzież jest bardziej podatna na oczekiwania innych dotyczące osiągnięć i oceniającą informację zwrotną (np. rodziców i rówieśników), ponieważ zwiększają się ich zdolności poznawcze, w tym samoświadomość i świadomość standardów społecznych (Steinberg, 2008). Jednocześnie młodzież doświadcza coraz częstszych i bardziej intensywnych emocji (zwłaszcza nasilenia negatywnych stanów emocjonalnych), podczas gdy systemy leżące u podstaw regulacji emocji naznaczone są gwałtownymi zmianami rozwojowymi (Gullone i Taffe, 2012). Po drugie, środowisko podnosi oczekiwania wobec nastolatków, podkreślając rolę osiągnięć w wielu dziedzinach życia (np. zawodowych, edukacyjnych i społecznych) dla pożądanego przyszłości (Flett i in., 2002; Stoeber i in., 2018). W związku z tym zarówno wewnętrzna podatność, jak i presja zewnętrzna są podwyższone, co sprawia, że okres dojrzewania jest kluczowym okresem dla rozwoju perfekcjonizmu. Kontekstowe podejście do rozwoju osobowości sugeruje, że poza procesami dojrzewania biologicznego ważną rolę w rozwoju osobowości w ciągu całego życia odgrywają czynniki środowiskowe, kontekstowe i społeczne (tj. transakcje ze środowiskiem zewnętrznym) (Fraley i Roberts, 2005). W przypadku nastolatków ważnym czynnikiem społecznym związanym z rozwojem ich osobowości są postrzegane zachowania rodziców.

W teorii i badaniach zaproponowano kilka możliwych ścieżek, przez które rodzice mogą „nauczać” perfekcjonizmu swoje dorastające dzieci (Flett i in., 2002; Stoeber i in., 2018). Pośrednio nastolatki mogą rozwinąć perfekcjonizm poprzez społeczne uczenie się, lękowe lub nadopiekuńcze wychowanie, które przekierowuje uwagę na błędy lub przeciwna reakcja, a mianowicie reakcja na chaotycznych, surowych lub przemocowych rodziców. Ponadto u nastolatków perfekcjonizm może rozwinąć się bezpośrednio poprzez dopasowywanie się do wysokich oczekiwań społecznych narzuconych przez rodziców. Te wysokie oczekiwania mogą być wykorzystywane przez rodziców jako warunek uzyskania przez nastolatków aprobaty lub uniknięcia krytyki (Bardone-Cone, 2006). Rodzice mogą uczyć nastolatków perfekcjonizmu poprzez zachowania rodzicielskie, takie jak kontrola psychologiczna, które odnosi się do nadmiernej ingerencji rodziców w myśli, uczucia i aspiracje dziecka. W szczególności odnosi się to do nadmiernego stosowania taktyk kontrolnych i manipulacyjnych, takich jak zawstydzanie, wzbudzanie poczucia winy lub zaniedbanie emocjonalne (Soenens i in., 2006). W wielu badaniach wykazano, że rodzicielska kontrola psychologiczna jest negatywnie powiązana z bezpiecznym przywiązaniem rodzic-dziecko u nastolatków (Koehn i Kerns, 2018).

W kontekście wymiarów perfekcjonizmu wyróżnionych przez Hewitta i Fletta (1991), różne rodzaje perfekcjonizmu wykazują zarówno podobieństwa, jak i różnice w ścieżce rozwoju. Związek między ryzykownymi i opiekuńczymi zachowaniami rodziców a perfekcjonizmem zorientowanym na siebie wciąż nie jest w pełni jasny. Zaproponowano, że perfekcjonizm zorientowany na siebie rozwija się częściowo poprzez społeczne uczenie się, naśladując perfekcjonizm rodziców (Appleton i in., 2010). W kontekście zachowań ryzykownych nie wykazano istotnych powiązań pomiędzy postrzeganymi oczekiwaniami rodziców (Damian i in., 2013), postrzeganej presji rodziców (Domocus i Damian, 2018) oraz kontroli psychologicznej (Soenens i in., 2008) a perfekcjonizmem zorientowanym na siebie.

Jeśli chodzi o społecznie narzucony perfekcjonizm, badania z młodzieżą dostarczyły bardziej bezpośrednich dowodów na to, że zachowania rodzicielskie odgrywają ważną rolę. Jeśli chodzi o ryzykowne zachowania rodziców, badania wykazują, że perfekcjonizm narzucony społecznie wynika z wysokich oczekiwań rodziców (Speirs, Neumeister i in., 2009). Ponadto trzy badania podłużne dostarczyły spójnych dowodów na to, że wyższy poziom kontroli psychologicznej (Soenens i in., 2008), postrzegane oczekiwania rodziców (Damian i in., 2013) oraz postrzegana presja rodziców (Domocus i Damian, 2018) są związane z perfekcjonizmem narzuconym społecznie.

Jeśli chodzi o opiekuńcze zachowania rodziców, badania przekrojowe z młodzieżą wykazały, że wyższy poziom postrzeganego wsparcia ze strony rodziców wiązał się z niższym poziomem społecznie narzuconego perfekcjonizmu (Flett i in., 2012). Zatem ochronne zachowania rodziców mogą również odgrywać rolę w przewidywaniu wysokiego lub niskiego poziomu społecznie narzuconego perfekcjonizmu u nastolatków. Przekrojowe badanie przeprowadzone na studentach uniwersyteckich wykazało, że perfekcjonizm zorientowany na innych nie był związany ani z postrzeganym brakiem opieki rodziców, ani postrzeganą nadopiekuńczością, ale był związany z wyższym postrzeganym narzucaniem perfekcjonistycznych standardów przez rodziców (Enns i in., 2002). Inne przekrojowe badanie przeprowadzone na studentach uniwersytetu wykazało, że wysoki perfekcjonizm zorientowany na innych był związany z postrzeganym brakiem opieki rodzicielskiej i odczuwanym wrogim odrzuceniem, a także postrzeganą nadopiekuńczością rodziców. Podsumowując, badania sugerują, że zachowania rodzicielskie mogą również być zaangażowane w rozwój perfekcjonizmu zorientowanego na innych (Bardone-Cone, 2006).

Badanie Damian i in. (2022) wykazało, że wspólną cechą wszystkich trzech form perfekcjonizmu był wysoki poziom zarówno postrzeganej kontroli rodzicielskiej, jak i postrzeganej kontroli behawioralnej, które stwierdzono we wszystkich grupach nastolatków z wysokim poziomem perfekcjonizmu. Jednocześnie kontrola psychologiczna wydawała się być postrzegana na wyższych poziomie nawet w grupach nastolatków o średnim poziomie perfekcjonizmu zorientowanego na siebie, narzuconego społecznie i zorientowanego na innych. Dla porównania, kontrola behawioralna była postrzegana na wyższym poziomie tylko w grupach o podwyższonym poziomie perfekcjonizmu we wszystkich wymiarach. Oznacza to, że chociaż oba rodzaje kontroli są zaangażowane w rozwój perfekcjonizmu, kontrola psychologiczna jest bardziej wszechobecna niż kontrola behawioralna (Damian i in., 2022).

W badaniu zauważono również, że większość nastolatków (57%) miała średni poziom społecznie narzuconego perfekcjonizmu, który wzrastał, co pokazuje, że na tym etapie rozwoju wielu nastolatków coraz częściej myśli, że inni oczekują od nich doskonałości i że ich akceptacja zależy od osiągnięcia perfekcji. Jest to również jedyny wymiar perfekcjonizmu, który konsekwentnie wzrastał wśród badanych wraz z biegiem czasu, w przeciwieństwie do perfekcjonizmu zorientowanego na siebie i perfekcjonizmu zorientowanego na innych. Tylko nielicznym nastolatkom (23%) udało się utrzymać niski poziom tej dezadaptacyjnej cechy (Damian i in., 2022).

Badania wskazują również na wpływ wysokiego perfekcjonizmu wśród rodziców na ich dzieci. Smith i współpracownicy (2017) wykazali, że perfekcjonizm zorientowany na innych u znaczących osób (członków rodziny, partnerów romantycznych i rówieśników) przewidywał perfekcjonizm narzucony społecznie u osób docelowych. Perfekcjonizm zorientowany na innych wśród matek pośrednio przewidywał również wzrost objawów depresyjnych u córek (Smith i in., 2017, 2019).

Badania wpływu genetycznego na cechy osobowości sugerują, że geny odgrywają ważną rolę w kształtowaniu perfekcjonizmu. Kamakura i współpracownicy (2003) wykazali szacunkową odziedziczalność perfekcjonizmu poprzez podskalę Inwentarza Zaburzeń Osobowości na poziomie 37%. Tozzi i współpracownicy (2004) wykazali szacunki odziedziczalności w próbie dorosłych par bliźniaczek wahające się między 29% do 42%. W badaniu Moser i współpracowników (2012) oceniono szacunki odziedziczalności dla skal Wielowymiarowego Modelu Perfekcjonizmu Frosta: obaw przed błędami i wątpliwości co do jakości wykonania. Zaobserwowano wpływ odziedziczalności odpowiednio na 54% i 47%.

Badanie Iranzo-Tatay i współpracowników (2015) wykazało nie tylko podobne szacunki dotyczące odziedziczalności perfekcjonizmu zorientowanego na siebie i narzuconego społecznie, ale także podobny wpływ genetyczny, co może oznaczać, że istnieje istotny wspólny substrat biologiczny obu wymiarów perfekcjonizmu. Wyniki badania wskazują, że perfekcjonizm może mieć ważne podłoże genetyczne, ale jego ekspresja wymaga specyficznych doświadczeń, które prawdopodobnie determinowałyby społeczną lub zorientowaną na siebie ekspresję cechy.

2.1.6. Współwystępowanie perfekcjonizmu

2.1.6.1. Zaburzenia depresyjne

Perfekcjonizm jest wyższy u osób z depresją w porównaniu ze zdrowymi osobami z grupy kontrolnej (Enns, Cox i Berger, 2001; Hewitt i Flett, 1991; Sassaroli i in., 2008). Jeśli chodzi o badania prospektywne, w próbie nieklinicznej stwierdzono, że społecznie narzucony perfekcjonizm przewiduje wzrost objawów depresyjnych w okresie 4 miesięcy (Hewitt i in., 1996). Istnieją również dowody na to, że w przypadku połączenia nieadaptacyjnych komponentów perfekcjonizmu w FMPS i HMPS (tj. społecznie narzucony perfekcjonizm, obawa przed błędami, wątpliwości co do jakości wykonania, oczekiwania rodziców, krytycyzm rodziców), ten złożony wynik pozostaje niezmienny

od okresu przed i po leczeniu depresji (Cox i Enns, 2003). Seria badań prospektywnych została również przeprowadzona przez Dunkleya i jego współpracowników (2006) przy użyciu 15 pozycji związanych z perfekcjonizmem ze Skali Dysfunkcyjnych Postaw (DAS), którą określa się mianem samokrytyki (DAS-SC). Zespół przebadł próbę 96 osób z kliniczną depresją i stwierdził, że DAS-SC był związany z objawami depresyjnymi w 3-letniej obserwacji, a mediatorami tego związku były negatywne wsparcie społeczne, negatywne interakcje społeczne i unikowe radzenie sobie. W kolejnym badaniu 107 pacjentów z kliniczną depresją ponownie stwierdzili, że negatywne postrzeganie wsparcia społecznego pośredniczy w związku między DAS-SC a depresją w okresie czterech lat.

Istnieją również dowody na to, że perfekcjonizm jest czynnikiem podatnym na wahania nastroju w chorobie afektywnej dwubiegunowej. Alloy i współpracownicy (2009) wykazali, że wyniki DAS-SC istotnie przewidywały początek epizodów maniakałnych i hipomaniakałnych. Ponadto stwierdzili, że próba osób z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym i próba z nawracającą depresją jednobiegunową miały znacznie wyższe wyniki w podskali osiągnięć DAS w porównaniu z grupą kontrolną.

Perfekcjonizm zorientowany na siebie należy wiązać z depresją z kilku powodów. Skłonność zorientowanych na siebie perfekcjonistów do ustalania nierealistycznych standardów i rygorystycznej oceny własnych wyników zwiększa nie tylko częstotliwość niepowodzeń (Kanfer i Hagerman, 1981), ale także poczucie odpowiedzialności i znaczenia doświadczanych niepowodzeń, ponieważ zorientowani na siebie perfekcyjniści mają tendencję do utożsamiania własnej wartości z osiągnięciami. Konsekwentnie niespełnianie narzuconych sobie standardów może sprzyjać chronicznym deficytom poczucia własnej wartości i samooceny (Hewitt i Flett, 1991).

Badanie (Senra, Merino i Ferreiro, 2018) pokazało, że łączny efekt trzech proponowanych mechanizmów (ruminacji, refleksyjności i niedojrzałe mechanizmy obronne) wyjaśnia znaczącą część związku między perfekcjonizmem zorientowanym na siebie i narzuconym społecznie a objawami depresyjnymi. Wnioski badania sugerują, że zarówno ruminacja, jak i niedojrzałe mechanizmy obronne, mogą być kluczowymi mechanizmami wyjaśniającymi, w jaki sposób perfekcjonizm jest powiązany z objawami depresji.

Jeśli chodzi o perfekcjonizm narzucony społecznie, badania potwierdzają jego wyraźnie dezadaptacyjną rolę, ponieważ wydaje się on bezpośrednio promować rozwój objawów depresyjnych (Enns i Cox, 2002). Osoby o wysokim poziomie społecznie narzuconego

perfekcjonizmu myślą, czują i zachowują się w sposób sprzyjający pojawieniu się objawów depresyjnych. Prawdopodobnie ich niezdolność do sprostania nierealistycznym oczekiwaniom, których – jak sądzą – domagają się inni, prowadzi ich do poczucia beznadziejności (O'Connor i O'Connor, 2003), wstydu (Tangney, 2002) i złości (Hewitt i Flett, 1991).

Wyższy poziom perfekcjonizmu wiązał się z poczuciem beznadziejności (O'Connor i O'Connor, 2003), samookaleczeniami (O'Connor i in., 2007), a także myślami i próbami samobójczymi (Smith i in., 2018). W próbach klinicznych społecznie narzucony perfekcjonizm został powiązany z myślami samobójczymi (Hewitt, Flett i Weber, 1994; Hewitt i in., 1998) oraz stwierdzono, że jest predyktorem myśli samobójczych u osób hospitalizowanych z powodu próby samobójczej (Rasmussen, O'Connor i Brodie, 2008). W prospektywnym badaniu O'Connor i współpracownicy (2010) stwierdzili, że społecznie narzucony perfekcjonizm przewidywał depresję i samookaleczenie w okresie 6 miesięcy.

2.1.6.2. Zaburzenia lękowe

Perfekcjonizm ma silny związek z lękiem (Frost i DiBartolo, 2002). Jedną z wiodących poznawczo-behawioralnych teorii lęku społecznego obejmuje pogląd, że perfekcjonizm służy do uprzedzenia osób z lękiem społecznym, aby spodziewały się negatywnych interakcji społecznych, co samo w sobie skutkuje lękiem społecznym. W próbach klinicznych osoby z lękiem społecznym miały znacznie wyższy perfekcjonizm w podskali obaw przed błędami i podskali perfekcjonizmu narzuconego społecznie w porównaniu z grupą kontrolną, (Antony i in., 1998). W trzech badaniach zbadali zmiany w perfekcjonizmie na FMPS po CBT dla lęku społecznego. W próbie 24 pacjentów z lękiem społecznym Lundh i Öst (2001) stwierdzili znaczną poprawę we wszystkich podskalach FMPS. Odkryli również, że osoby niereagujące na leczenie miały znacznie wyższy perfekcjonizm na początku leczenia. Sugeruje to, że perfekcjonizm należy zwalczać bezpośrednio, ponieważ wyższy poziom perfekcjonizmu był związany z brakiem odpowiedzi na CBT z powodu lęku społecznego. Ashbaugh i współpracownicy (2007) stwierdzili w większej próbie 107 pacjentów z lękiem społecznym poddawanych grupowej CBT znaczne spadki w całkowitym FMPS i podskalach obawy przed błędami i wątpliwości do jakości wykonania, ale nie w innych podskalach. Stwierdzono, że zmiany w tych podskalach przewidywały poziom lęku społecznego pod koniec leczenia.

Stanowi to pośredni dowód na to, że perfekcjonizm jest czynnikiem podtrzymującym lęk społeczny,

Kilka badań wykazało, że osoby z lękiem napadowym (z agorafobią lub bez) mają znacznie wyższe wyniki w podskali obawy przed błędami, standardy osobiste i społecznie narzuconym perfekcjonizmie (Antony i in., 1998; Frost i Steketee, 1997). Tylko jedno badanie dotyczyło fobii specyficznej i wykazało, że perfekcjonizm nie był znacząco wyższy w porównaniu z grupą kontrolną (Antony i in., 1998)

2.1.6.3. Zaburzenia odżywiania

Dowody z wielu badań sugerują, że perfekcjonizm nasila i podtrzymuje patologię zaburzeń odżywiania. Badania wykazały, że osoby z jadłowstrętem psychicznym i bulimią mają znacznie podwyższony perfekcjonizm w porównaniu do grupy kontrolnej (Sassaroli i in., 2008; Lilenfeld i in., 2000; Chockell i in., 2002). Retrospektywne badania dotyczące perfekcjonizmu w dzieciństwie pokazują, że perfekcjonizm jest związany z późniejszym rozwojem zaburzeń odżywiania (Southgate i in., 2008), w tym anoreksji (Fairburn i in., 1999) i bulimii (Fairburn i in., 1997). Ponadto, osoby, które wyzdrowiały z anoreksji nadal wykazują podwyższony perfekcjonizm w porównaniu do grupy kontrolnej (Bardone-Cone i in., 2007) przez okres do 16 lat po przyjęciu do szpitala (Nilsson, Sundbom i Hagglof, 2008).

Badania bliźniąt sugerują, że niektóre genetyczne i środowiskowe czynniki ryzyka zaburzeń odżywiania są wspólne z perfekcjonizmem. Wade i Bulik (2007) wykazali, że około 6% zmienności genetycznych i 3% środowiskowych czynników ryzyka odpowiada za perfekcjonizm i objawy zaburzeń odżywiania.

Pomimo tego, że istnieje obszerna literatura dotycząca związku między perfekcjonizmem a zaburzeniami odżywiania, wyniki do pewnego stopnia są niespójne. Niektóre badania przyjmujące podejście wymiarowe wskazują, że zaburzone odżywianie jest związane zarówno z adaptacyjnymi i dezadaptacyjnymi wymiarami perfekcjonizmu (Downey i in., 2014; Esposito i in., 2019; Stoeber i Yang, 2015). W innych badaniach wnioski wskazują, że zaburzenia odżywiania łączą się jedynie z adaptacyjnymi wymiarami perfekcjonizmu (Joyce i in., 2012; Lethbridge i in., 2011; Lou i in., 2013), podczas gdy według innych badań zaburzone odżywianie wiąże się wyłącznie z dezadaptacyjnymi wymiarami perfekcjonizmu (Shafran i in., 2006; Sherry i in., 2009; Choo i Chan, 2013; Paulson i Rutledge, 2014). Ten brak spójności może być wynikiem istnienia wielu zachowań wskazujących na zaburzenia odżywiania, które często mają znacząco różny charakter (np.

rygorystyczna dieta znacznie różni się od objawów bulimii w etiologii i leczeniu). Innym wyjaśnieniem niespójności może być używanie różnych skal do pomiaru zaburzeń odżywiania i perfekcjonizmu.

Niezależnie od przyjętej teorii, perfekcjonizm może stanowić zarówno czynnik ryzyka (Fairburn i in., 1999; Shafran i in., 2002), jak i czynnik podtrzymujący objawy jadłowstrętu psychicznego. Shafran, Cooper i Fairburn (2002) sugerują, że jadłowstręt psychiczny i bulimia nie tylko współwystępują z perfekcjonizmem, ale w wielu przypadkach są wyrazem perfekcjonizmu w dziedzinie jedzenia, sylwetki czy wagi oraz ich kontroli. Samoocenę wielu osób z zaburzeniami odżywiania można postrzegać jako zależną od dążenia do osiągnięcia osobiście postawionych rygorystycznych standardów kontroli nad ograniczeniami żywieniowymi, kształtem lub wagą ciała, pomimo znaczących niekorzystnych konsekwencji.

Interesującą perspektywę pokazują także wyniki badań Ferreiry i współpracowników (2018). Przetestowano model badający mediacyjny efekt perfekcjonistycznej autoprezentacji w związku pomiędzy ogólną potrzebą bycia doskonałym w oczach innych (oceniającą za pomocą ogólnej miary PSPS) a nadmiernym zaniepokojeniem związanym z dietą, wagą i skrajną potrzebą osiągnięcia szczupłej sylwetki (tj. dążeniem do szczupłej sylwetki). Wyniki potwierdziły, że związek ten był w pełni zapośredniczony przez perfekcjonistyczną autoprezentację skoncentrowaną na określonej domenie wyglądu fizycznego, zarówno w przypadku mężczyzn, jak i kobiet. Choć powszechnie wykazano, że perfekcjonizm i tendencja do przedstawiania siebie jako doskonałej osoby mają związek z psychopatologią odżywiania się, to wyniki te wydają się wskazywać, że związek ten w pełni wyjaśnia potrzeba kreowania obrazu doskonałości za pomocą wyglądu fizycznego. Ponadto wyniki pokazały, że te powiązania były silniejsze w przypadku kobiet w porównaniu z mężczyznami. Tak więc, zwłaszcza u kobiet, pragnienie osiągnięcia szczupłej sylwetki wydaje się pojawiać, gdy potrzeba ukazywania innym obrazu doskonałości skupia się na wyglądzie fizycznym.

2.1.6.4. Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne

Badania wskazują, że osoby z objawami zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych mają znacząco podwyższony perfekcjonizm w podskalach obawy przed błędami, standardami osobistymi i perfekcjonizmem narzuconym społecznie w porównaniu z grupą kontrolną (Antony i in., 1998; Frost i in., 1997; Sassaroli i in., 2008). W badaniach sugerowano również, że perfekcjonizm zakłóca zdolność pacjentów z OCD do angażowania się w

zadania związane z ekspozycją i powstrzymaniem reakcji (Frost i in., 2002). Ponadto Chik, Whittal i O'Neill (2008) stwierdzili, że wątpliwości co do jakości wykonania przewidywały gorszą odpowiedź na grupowe i indywidualne leczenie OCD.

Podobne zależności występują w przypadku osobowości obsesyjno-kompulsywnej (Shafran i in., 2001). Sama diagnoza OCPD obejmuje takie kryteria jak zaabsorbowanie szczegółami, zasadami i porządkiem, perfekcjonizm przeszkadzający w wykonywaniu zadań, niechęć do delegowania zadań oraz sztywność i upór. Większość osób z samym perfekcjonizmem prawdopodobnie spełnia te kryteria i dlatego kwalifikuje się do diagnozy OCPD.

Istnieją jednak pewne znaczące różnice między osobowością obsesyjno-kompulsywną a perfekcjonizmem. Wiele osób spełniających kryteria diagnostyczne OCPD spełnia również pozostałe cechy diagnostyczne (np. nadmierna sumienność w kwestiach moralnych, nieumiejętność odrzucania bezwartościowych przedmiotów, skąpstwo). Wydaje się również, że osoby z osobowością obsesyjno-kompulsywną skupiają się bardziej na procesie wykonywania zadań, w przeciwieństwie do osób perfekcjonistycznych, które skupiają się bardziej na efektach. Chociaż osoby z perfekcjonizmem prawdopodobnie spełniają kryteria diagnostyczne OCPD, to zaburzenie osobowości może wystąpić również w przypadku braku perfekcjonizmu (Shafran i in., 2001).

2.1.6.5. Zaburzenia osobowości

W badaniach na próbach nieklinicznych zauważono powiązanie perfekcjonizmu narzuconego społecznie z szeroką gamą cech zaburzeń osobowości wiązki B, czyli osobowości borderline, histrionicznej i antyspołecznej (Sherry i in., 2007), a także paranoicznej, schizotypowej, unikającej i obsesyjno-kompulsywnej (Stoeber, 2014). Co więcej, w heterogenicznej próbie klinicznej Hewitt i Flett (1991) stwierdzili istotne powiązania między perfekcjonizmem narzuconym społecznie a osobowością borderline, schizotypową, schizoidalną, unikającą i pasywno-agresywną, podczas gdy perfekcjonizm zorientowany na innych był pozytywnie związany z osobowością histrioniczną, narcystyczną i antyspołeczną. Wyniki te są zbieżne z badaniami obejmującymi pacjentów psychiatrycznych z diagnozą zaburzeń osobowości (Dimaggio i in., 2018; Hewitt i in., 1994; Lowyck i in., 2017).

Szczególne uwagi badaczy zwraca powiązanie perfekcjonizmu zorientowanego na innych a narcyzmem (np. Sherry i in., 2014; Stoeber, 2014). W badaniu eksplorującym

związki perfekcjonizmu zorientowanego na siebie, zorientowanego na innych i społecznie narzuconego z narcyzmem mierzonym za pomocą Inwentarza Osobowości Narcystycznej, perfekcjonizm zorientowany na innych okazał się jedynym wymiarem, który wykazywał pozytywny związek (Sherry i in., 2014). Ten sam wzorzec zaobserwowano w innym badaniu (Stoeber, 2014) mierzącym narcyzm za pomocą Parszywej Dwunastki, krótkiej miary ciemnej triady osobowości. Co więcej, w badaniu sprawdzającym, w jaki sposób trzy formy perfekcjonizmu były powiązane z patologicznymi cechami osobowości mierzonymi za pomocą Inwentarza Osobowości dla DMS-5 (Krueger i in., 2013), perfekcjonizm zorientowany na innych wykazał pozytywne związki z cechami definiującymi narcystyczne zaburzenia osobowości.

Wyniki badania Nepon (2016) dodatkowo wskazują, że perfekcjonizm zorientowany na siebie, narzucony społecznie i zorientowany na innych różnią się pod względem cech narcyzmu wielkościowego i wrażliwego. Podczas gdy wszystkie wymiary perfekcjonizmu wykazały pozytywne związki z pojedynczymi cechami narcyzmu wielkościowego i wrażliwego, perfekcjonizm zorientowany na innych był głównie związany z narcyzmem wielkościowym, a perfekcjonizm narzucony społecznie z narcyzmem wrażliwym.

2.1.6.6. Problemy relacyjne

W kontekście dwóch interpersonalnych form perfekcjonizmu w modelu Hewitta i Fletta (1991), perfekcjonizmu zorientowanego na innych i narzuconego społecznie, badania wykazały, że odgrywają one również ważną rolę w perfekcjonizmie diadycznym, czyli perfekcjonizmie w związkach diadycznych (np. w związkach partnerskich lub małżeńskich) w postaci perfekcjonizmu zorientowanego na partnera lub narzuconego przez partnera (Habke i in., 1999; Haring i in., 2003; Stoeber, 2012). Perfekcjonizm zorientowany na partnera to perfekcjonizm zorientowany na innych, w którym partner reprezentuje „innego”, stąd oddaje perfekcjonistyczne oczekiwania wobec partnera. Perfekcjonizm narzucony przez partnera to perfekcjonizm narzucony społecznie, w którym partner reprezentuje to, co „nakaz społeczny”, czyli postrzegane i odczuwane perfekcjonistyczne oczekiwania partnera (Stoeber i in., 2012).

Badania dotyczące perfekcjonizmu zorientowanego na partnera i perfekcjonizmu narzuconego przez partnera w związkach diadycznych wskazują, że podobnie jak perfekcjonizm narzucony społecznie, perfekcjonizm narzucony przez partnera jest cechą dezadaptacyjną związaną z szeregiem negatywnych cech w relacji. Na przykład studenci

uniwersyteccy z wysokim poziomem perfekcjonizmu narzuconego przez partnera zgłaszali niższą satysfakcję ze swoich związków romantycznych niż studenci o niskim poziomie perfekcjonizmu (Stoeber, 2013). Również w parach małżeńskich małżonkowie o wysokim poziomie perfekcjonizmu narzuconego przez partnera zgłaszali niższą satysfakcję ze związku, a także niższą satysfakcję seksualną (Habke i in., 1999; Haring i in., 2003).

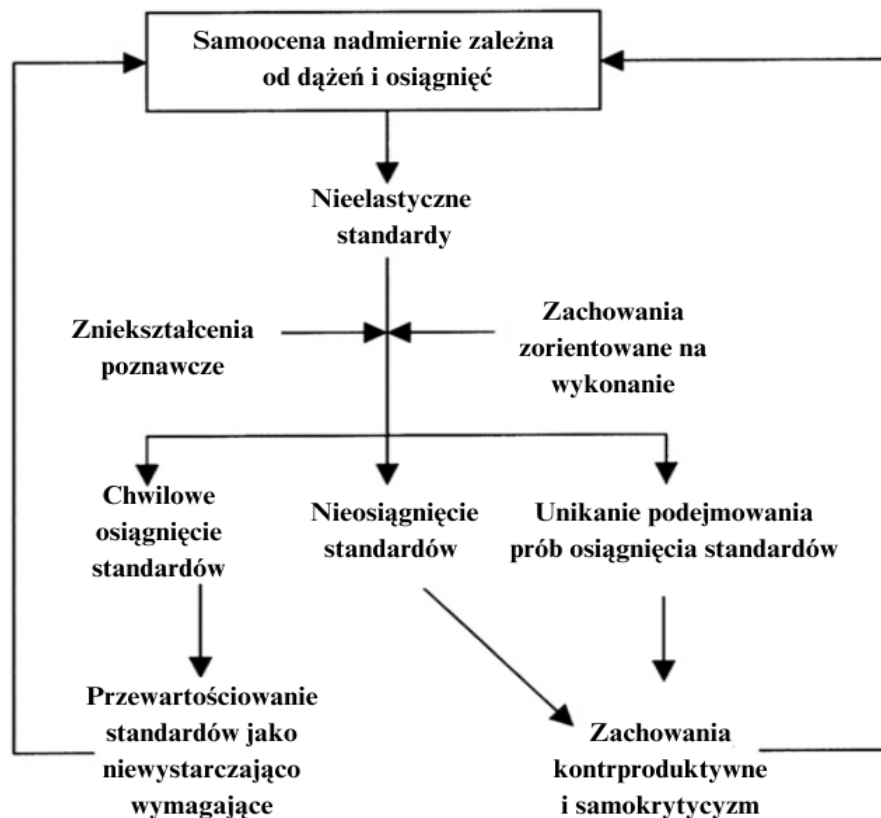
2.1.7. Model transdiagnostyczny

Pozytywne powiązania pomiędzy wymiarami perfekcjonizmu a wynikami we wszystkich domenach psychopatologii są zgodne z ustaleniami, że perfekcjonizm nie jest specyficzny dla pewnych zaburzeń lub objawów i jest procesem transdiagnostycznym (Egan i in., 2011).

Opierając się na obserwacji Shafran, Coopera i Fairburna (2002), że wielowymiarowe modele perfekcjonizmu są szerokie i odbiegają od wcześniejszych conceptualizacji perfekcjonizmu jako jednowymiarowej, dysfunkcyjnej cechy, zaproponowali model alternatywny. Zasugerowali, że perfekcjonizm jest dysfunkcyjnym konstruktem klinicznym, definiowanym jako nadmierna zależność samooceny od zdecydowanego dążenia do osobiście narzuconych sobie wymagających standardów w przynajmniej jednej bardzo istotnej dziedzinie, pomimo niekorzystnych konsekwencji.

Model Shafran i współpracowników (2002) kładzie nacisk na czynniki podtrzymujące perfekcjonizm (np. strach przed porażką, zniekształcenia poznawcze), co jest bardziej zgodne z wcześniejszymi opisami perfekcjonizmu jako jednowymiarowego, dysfunkcyjnego konstruktu (Burns, 1980, Ellis, 1958; Missildine, 1963).

Niedawna rewizja modelu (Shafran, Egan i Wage, 2010) wyraźnie podkreśla rolę, jaką odgrywają zachowania związane z osiągnięciami, w tym sprawdzanie osiągnięć (np. ciągle porównywanie osiągnięć z innymi), unikanie, prokrastynacja i zachowania przynoszące efekt przeciwny do zamierzonego (np. bycie zbyt dokładnym) ma wpływ na utrzymanie cyklu perfekcjonizmu klinicznego (model przedstawiono na ryc. 1).



Rycina 1 Zrewidowany poznawczo-behawioralny model perfekcjonizmu klinicznego (Shafran, Egan and Wade, 2010; tłumaczenie własne)

Wiele wyników badań jest zgodnych z tym modelem. Osoby z wysokim perfekcjonizmem „podnoszą poprzeczkę” po osiągnięciu swoich pierwotnych celów (Kobori i in., 2009), a myślenie dychotomiczne przewiduje znaczną zmienność perfekcjonizmu (Egan i in., 2007). Istnieją również dane potwierdzające, że zorientowany na siebie i społecznie narzucony perfekcjonizm wiąże się z wyższym poziomem poczuciem winy i wstydu po niepowodzeniu w wykonaniu zadania, co potwierdza przewidywania modelu (Stoeber i in., 2008).

Niektórzy autorzy postrzegali definicję perfekcjonizmu klinicznego jako kontrowersyjną. Hewitt i współpracownicy (2003) argumentują, że perfekcjonizm należy rozpatrywać z perspektywy wielowymiarowej i przytaczają poparcie dla tego poglądu w oparciu o wyniki badań wykorzystujących skale MPS. W odpowiedzi Shafran, Cooper i Fairburn (2003) argumentowali, że ich konceptualizacja perfekcjonizmu klinicznego została dokonana z perspektywy klinicznej, gdzie teorie i metody leczenia nie skupiały się na wymiarach zorientowanych na innych. Shafran i współpracownicy (2003) twierdzą, że

skupienie się na specyficznych (zorientowanych na siebie) mechanizmach podtrzymujących kliniczny perfekcjonizm pozwoli na skuteczne leczenie psychopatologii. Co więcej, krytyka modelu (np. Dunkley i in., 2006) opiera się na założeniu, że według modelu standardy osobiste są dezadaptacyjne. Jednak tak nie jest, ideą leżącą u podstaw modelu perfekcjonizmu klinicznego było to, że samo dążenie do doskonałości nie jest dysfunkcyjne, ale staje się nieprzystosowawcze, kiedy osoba opiera swoje poczucie własnej wartości prawie wyłącznie na dążeniu do wysokich standardów oraz zamartwia się popełnianiem błędów w przypadku niespełniania tych standardów. W związku z tym w literaturze wspierającej istnienie dwóch głównych obszarów perfekcjonizmu, czyli perfekcjonistycznych dążeń i perfekcjonistycznych obaw, założenia są zgodne z modelem perfekcjonizmu klinicznego, w którym nacisk kładzie się na nie przystosowawczy charakter opierania samooceny na dążeniu do perfekcji i zamartwianiem się możliwością popełniania błędów (Egan i in., 2011).

W swojej transdiagnostycznej teorii w kontekście zaburzeń odżywiania Fairburn, Cooper i Shafran (2003) twierdzą, że perfekcjonizm kliniczny jest jednym z czterech podstawowych mechanizmów podtrzymujących patologię zaburzeń odżywiania, co oznacza, że usunięcie perfekcjonizmu jako mechanizmu podtrzymującego ułatwiłoby leczenie zaburzenia odżywiania.

Opierając się na modelu można przyjąć, że jedną z zalet przyjęcia terapii transdiagnostycznej powinno być to, że jest to bardziej praktyczne i oszczędne niż zastosowanie kilku interwencji specyficznych dla poszczególnych zaburzeń (Shafran i in., 2008).

2.1.8. Leczenie perfekcjonizmu

Perfekcjonizm jest czymś więcej niż problemem samym w sobie, ponieważ stwierdzono, że wiąże się ze słabą efektywnością psychoterapii (Shahar i in., 2004; Zuroff i in., 2006; Hewitt i in., 2020). W pięciu badaniach sprawdzono wpływ perfekcjonizmu na wyniki leczenia depresji, wykorzystując dane z programu badawczego National Institute of Mental Health treatment of Depression Collaborative Reasech Program, w którym porównano psychoterapię interpersonalną, poznawczo-behawioralną i leczenie psychofarmakologiczne (Elkin i in., 1989). Stwierdzono, że perfekcjonizm mierzony za pomocą DAS-S.C. przewidywał gorszą odpowiedź na leczenie we wszystkich grupach po zakończonym leczeniu (Blatt i in., 1995) oraz po 18 miesiącach obserwacji (Blatt i in., 1998). Jednym z mediatorów tej słabej odpowiedzi był perfekcjonizm, który zakłócał

przymierze terapeutyczne, szczególnie w drugiej fazie leczenia (Zuroff i in., 2006). Dalsza analiza ujawniła również, że innym mediatorem jest jakość sieci społecznych, gdzie poziom perfekcjonizmu przed leczeniem przewiduje gorszy dostęp do wsparcia społecznego, który z kolei przewiduje gorszy wynik leczenia (Shahar i in., 2004). Wreszcie Blatt i Zuroff (2005) stwierdzili, że wyższy poziom perfekcjonizmu zarówno przed, jak i po leczeniu przewidywał gorszą zdolność radzenia sobie ze stresem 18 miesięcy po leczeniu.

Jedno z badań wykazało, że perfekcjonizm zorientowany na innych odgrywał rolę w przedwczesnym przerwaniu leczenia uzależnienia od kokainy (McCown i Carlson, 2004). Pacjenci mogą myśleć, że nie radzą sobie dobrze, a następnie wycofać się z leczenia, a także mogą oczekiwać zbyt wiele od terapii i terapeuty i stracić zaufanie do procesu. Wielu pacjentów może nie angażować się w terapię i nie wykonywać wyznaczonych zadań, jeśli uznają je za niemożliwe do wykonania lub uważają, że samo zadanie nie jest wystarczająco ważne. Jednocześnie im mniejsze zaangażowanie w proces leczenia, tym mniejsza poprawa widoczna w postępach pacjenta (Shafran i in., 2017). Niemniej jednak, nawet jeśli terapia zakończy się przedwcześnie, pacjenci prawdopodobnie uzyskają pewną poprawę dzięki sesjom poświęconym obniżeniu ich poziomu perfekcjonizmu.

Nawet krótkoterminowe podejście do terapii może pomóc zredukować tendencje do perfekcjonizmu (Dodd i in., 2019). Psychoterapia może być stosowana w celu zmniejszenia tendencji perfekcjonistycznych, a także związanych z nimi problemów psychicznych. Ograniczenie perfekcjonizmu może skutkować późniejszą redukcją zaburzeń psychospołecznych u danej osoby (Rozenal i in., 2018). Terapia może także pomóc pacjentom zrozumieć wtórne problemy, które wynikają z perfekcjonizmu.

Celem leczenia nie musi być dążenie do usunięcia dążenia do wysokich standardów lub ich obniżania, ale usunięcie samooceny opartej wyłącznie na spełnianiu standardów osobistych i krytyki, gdy standardy nie są spełniane. Może to skutkować zmianą standardów, co przyczyni się do lepszej jakości życia (Egan i in., 2011). Argumentowano, że przystosowawcze jest zmniejszanie inwestowanej energii działania, gdy cel nie może zostać osiągnięty oraz rezygnację z celów, jeśli są nieosiągalne, ponieważ ciągłe zaangażowanie w cel, którego nie można osiągnąć, prowadzi do dystresu (Carver, 2004). W związku z tym można uznać, że ktoś wyzdrowiał z perfekcjonizmu klinicznego, jeśli jest w stanie nadal dążyć do osiągalnych celów, nie oceniać się negatywnie, jeśli cele nie są osiągalne, inwestować energię w cele, które nie są nastawione wyłącznie na wyniki i być w stanie odwrócić uwagę i wysiłek od nieosiągalnych celów. Opierając się na Teorii

Kontroli Percepcyjnej (Mansell, 2005) dystres związany z perfekcjonizmem wynika z konfliktu między celami, na przykład poprzez dążenie do celu i unikanie go w tym samym czasie. W ramach tego modelu można uznać, że osoba wyzdrowiała z perfekcjonizmu klinicznego, jeśli jest w stanie rozwiązać konflikt pomiędzy stanem dążenia do celu a unikaniem.

2.1.9. Różnice demograficzne

Badania rozwojowe wykazały spadek perfekcjonizmu z wiekiem (Landa i Bybee, 2007; Robinson i in., 2021).

Zauważono pewne różnice w poziomie perfekcjonizmu między płciami. Kobiety wydają się być bardziej perfekcjonistyczne niż mężczyźni (Elison i Partridge, 2021), chociaż może się to różnić w zależności od formy perfekcjonizmu. Wskazano, że mężczyźni uzyskiwali znacznie wyższe wyniki w perfekcjonizmie zorientowanym na innych niż kobiety (Hill i in., 1997). Kobiety częściej charakteryzują się wyższym perfekcjonizmem zorientowanym na siebie (Stoeber i in., 2021) oraz perfekcjonizmem narzuconym społecznie, szczególnie w związku z obrazem ciała (Hasse i in., 2013).

2.2. Obraz ciała

Obraz ciała jest definiowany przez sposób, w jaki ludzie doświadczają własnego ucieleśnienia, a zwłaszcza, ale nie wyłącznie, swojego wyglądu (Cash, 2012). W szerszym znaczeniu obraz ciała może obejmować również doświadczenia związane z fizycznymi kompetencjami funkcjonalnymi i integralnością biologiczną (np. zdrowie, sprawność fizyczna, koordynacja). Jest to umysłowa reprezentacja będąca zbiorem uczuć, wrażeń i przekonań na temat ciała, która obejmuje subiektywne doświadczanie cielesności, funkcji ciała i jego możliwości (Brytek-Matera, 2008).

Według (Rucker i Cash, 1992) na doświadczenie związane z wyglądem składa się postrzeganie aspektów swojego wyglądu (np. mentalnej reprezentacji własnego rozmiaru, kształtu i cech twarzy), czyli komponentu percepcyjnego, oraz postawy wobec własnego wyglądu, czyli komponentu emocjonalnego.

Niezadowolenie z obrazu ciała zostało zidentyfikowane jako mające komponenty percepcyjne, afektywne, poznawcze i behawioralne (APA, 2013) i jest uważane za „normatywne niezadowolenie” w społeczeństwach indywidualistycznych ze względu na wysoką częstotliwość występowania (Tantleff-Dunn i in., 2011; Tiggemann i Lynch, 2001). Aspekt percepcyjny odnosi się do subiektywnego postrzegania swoich rozmiarów oraz kształtów ciała. Zaburzenie w tej sferze może przyjmować postać przeszacowywania swoich rozmiarów lub postrzegania swojego ciała jako zdeformowane (6). Komponent afektywny dotyczy odczuć wobec ciała np. niezadowolenie z swojego ciała czy lęk związany z przybieraniem na wadze. Aspekt poznawczy obejmuje przekonania na temat swojego ciała, zatem zaburzenia w tym obszarze będą przyjmowały charakter zniekształceń poznawczych takich jak selektywna uwaga, wyolbrzymianie i minimalizowanie, a także posiadanie sztywnych i rygorystycznych dążeń i przekonań. Komponent behawioralny opisuje zachowania wobec ciała, które służą jego zmianie, np. ćwiczenia, dieta lub zabiegi chirurgiczne (Cash, 2012). Komponenty obrazu ciała pozostają w wspólnej zależności. Odczuwanie negatywnych emocji wobec swojego ciała może potęgować błędy poznawcze oraz regulować aspekt behawioralny.

Zaburzenia obrazu ciała są uznawane za rdzeń takich zaburzeń jak jadłowstręt psychiczny, bulimia i dysmorfofobia (Hrabosky i in., 2009), jest również związane z objawami depresji (Stice i in., 2000) oraz niską samooceną (Striegel-Moore i Franko, 2002). Na poziom niezadowolenia z ciała duży wpływ ma kultura i środowisko, w którym żyjemy, ponieważ tworzy kontekst, w którym rozwija się niezadowolenie z naszego ciała (Holmqvist i Frisen, 2009). Badania pokazują, że niezadowolenie z rozmiaru i kształtu

ciała jest częstym problemem wśród nastolatków. Z badań na populacji australijskiej wynika, że niezadowolenie z obrazu ciała zalicza się do czterech głównych przyczyn osobistego cierpienia, a rząd Australii wezwał do zaangażowania się w badania nad tym problemem (Carlisle i in., 2018). Zarówno mężczyźni, jak i kobiety, są narażeni na problemy z obrazem własnego ciała, ponieważ wielu mężczyzn chciałoby mieć większą muskulaturę i wyższy wzrost, podczas gdy duża część kobiet chce zmniejszyć obwód bioder lub zmienić rozmiar piersi (Fallo i in., 2014; Heider i in., 2015; Quittkat i in., 2019). Etoff i współpracownicy (2006) stwierdzili, że ponad 67% badanych kobiet unika pewnych czynności w miejscach publicznych ze względu na wstyd związany z ich wyglądem. Badania sugerują również, że dziewczynki w wieku 5 lat wyrażają obawy dotyczące swojej wagi i mają wiedzę na temat praktyk dietetycznych (Abramovitz i Birch, 2000; Davidson, Markeyb I Bircha, 2000). Z badań Damiano i współpracowników (2015) wynika, że aż 34% przebadanych pięcioletnich dziewczynek już podejmowało próbę ograniczeń dietetycznych.

Jest to szczególnie niepokojące biorąc pod uwagę wyniki badań, które obserwują, że niezadowolenie z ciała wzrasta w okresie dojrzewania (Eisenberg i in., 2006, Bucchianeri i in., 2013) i konsekwentnie zwiększa się nawet w okresie wczesnej dorosłości (Bearman i in., 2006; Gardner i in., 2000; Tiggemann, 2009).

Ponadto zaobserwowano wzrost niezadowolenia z własnego ciała z pokolenia na pokolenie (Cash i in., 2004). W przeglądzie literatury na temat zmian obrazu ciała na przestrzeni życia Tiggemann (2004) zauważył, że niezadowolenie z ciała jest w dużej mierze spójne w różnych przedziałach wiekowych, ze względu na przeciwwagę ciała, które z wiekiem odchodzi od ideałów wyglądu oraz spadek znaczenia oceny ciała wraz z wiekiem.

2.2.1. Perspektywa poznawczo-behawioralna

W teorii Schontza (1974) obraz ciała powstaje w sposób hierarchiczny, a Ja cielesne jest kategorią podrzędną wobec obrazu ciała.

Poziom 1: Schemat ciała. Postrzeganie ciała jako obiektu w przestrzeni to najbardziej fundamentalny poziom doświadczenia cielesnego. Schematy ciała zapewniają ramy do lokalizowania bodźców na powierzchni ciała i orientowania części ciała względem siebie. Schematy zapewniają również proste rozróżnienie pomiędzy bólem i przyjemnością.

Poziom 2: Ja cielesne. Powstaje na gruncie schematu ciała i odnosi się do zdolności wyodrębnienia granic fizycznych ciała. Powierzchnia ciała zaczyna być uważana za linię podziału między sobą a obcym.

Poziom 3: Fantazja ciała. To subiektywny obraz ciała wynikający z wyobrażeń jednostki na swój temat. Schontz (1974) zauważa, że fantazje mogą być mylące i zagrażające przez swój nierealistyczny charakter oraz mnogość potencjalnych znaczeń. Podważa też zdolność człowieka do odróżniania realności od wyobrazonego obrazu ciała.

Poziom 4: Pojęcie ciała. Łączy wiedzę jednostki o ciele oraz zdolność abstrakcyjnego myślenia na jego temat. Ten typ świadomości ogromnie zwiększa zrozumienie i ma praktyczne zastosowanie jako przewodnik do realizacji zachowań służących do zachowania zdrowia.

Poznawcza koncepcja rozbieżności Higginsa wskazuje na sposób, w jaki osoba przez swoje poznawcze funkcjonowanie wpływa na podejmowane przez nią zachowania wobec wizerunku własnego ciała (Izydorzycyk i Rybicka-Klimczyk, 2009). W wymiarze przedmiotowym, który odnosi się do treści tworzących stan Ja, Higgins wyróżnia trzy obszary Ja:

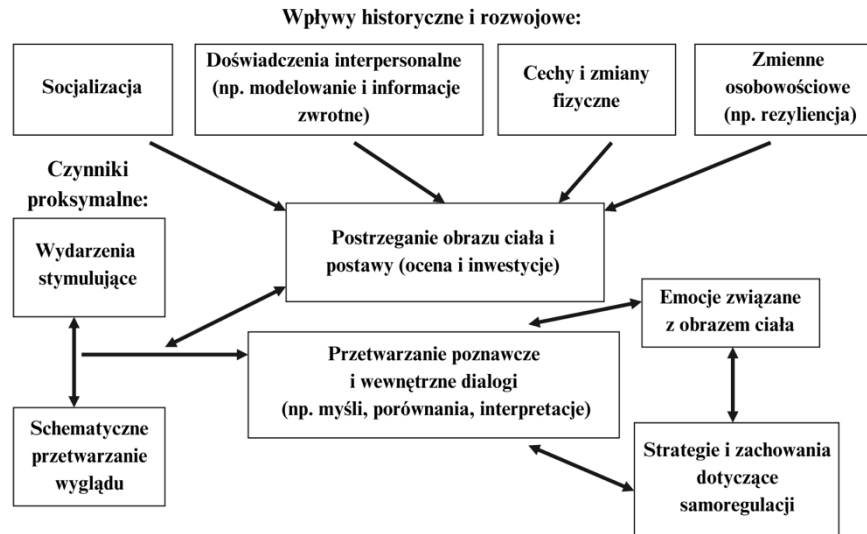
- Ja realne – jak osoba postrzega i ocenia siebie. Odnosi się do atrybutów, co do których osoba jest przekonana, że je posiada.
- Ja idealne – jaka osoba chce być. Wiąże się z nadziejami, aspiracjami i pragnieniami.
- Ja powinnościowe – jaka osoba powinna być, w swoim odczuciu. Dotyczy atrybutów, które osoba wierzy, że powinna posiadać (łączy się z poczuciem obowiązku i odpowiedzialności).

W aspekcie podmiotowym Higgins zwraca uwagę na dwie perspektywy formułowania sądów na temat Ja. Osobiste wyobrażenia i przekonania na swój temat tworzą perspektywę własną („w oczach własnych”). Wyobrażenia osoby na temat tego, jak jest postrzegana i oceniana przez innych ludzi, to perspektywa osób znaczących („w oczach innych”).

Zgodnie z omawianą koncepcją osoba dąży do minimalizowania rozbieżności między stanami Ja. Rozbieżność z Ja idealnym w perspektywie własnej może wywołać rozczarowanie, przygnębienie i smutek, a w perspektywie osób znaczących – uczucie wstydu, zakłopotania oraz przygnębienia. Za to rozbieżność z Ja powinnościowym może skutkować lękiem, poczuciem zagrożenia i poczuciem winy (Higgins, 1996; za: Cervone i Pervin, 2011).

Thompson wykorzystał teorie rozbieżności Ja do wyjaśnienia zaburzeń w zakresie wizerunku ciała (Izydorczyk i Rybicka-Klimczyk, 2009). Uważał, że negatywne konsekwencje w rozwoju poznawczego aspektu obrazu ciała powstają wskutek porównań realnego obrazu własnej sylwetki z wyobrażonym ideałem obrazu ciała. Zarówno w grupie kobiet z anoreksją, jak i bulimią, istnieją zależności pomiędzy negatywną oceną wymiarów swojego ciała a rozbieżnością pomiędzy Ja realnym i idealnym oraz Ja realnym i powinnościowym. Kobiety leczone z powodu zaburzeń odżywiania mają niższy poziom rozbieżności pomiędzy Ja realnym a Ja idealnym (Izydorczyk i Rybicka-Klimczyk, 2009). Dodatkowo u dziewcząt z objawami zaburzeń odżywiania ujawniła się w badaniach (Ibidem) większa dominacja Ja idealnego nad Ja realnym, czego konsekwencją może być większa determinacja w ograniczaniu jedzenia, ponieważ ich obraz ciała będzie stymulowany bardziej jego idealnym niż realnym wizerunkiem. Badanie Rybickiej-Klimczyk i Brytek-Matery (2008) pokazało, że niezadowolenie z własnej sylwetki, Ja realne oraz lęk związany z wyglądem fizycznym wiążą się głównie z zachowaniami restrykcyjnymi typowymi dla anoreksji wśród dziewcząt. W przypadku dorosłych kobiet te same zmienne łączyły się z zachowaniami bulimicznymi.

W poznawczej koncepcji Casha i Pruzynsky'ego (1990) obraz ciała dotyczy przede wszystkim myśli, przekonań oraz treści schematów poznawczych, jakie człowiek formułuje na temat swojego ciała i jego zewnętrznego wyglądu. Poznawczo-behawioralny model rozwoju obrazu ciała (Cash, 2002) zakłada, że przyczynami zaburzonego doświadczenia ciała są wpływy historyczne i rozwojowe (ryc. 2). Czynniki historyczne odnoszą się do przeszłych wydarzeń, cech i doświadczeń, które predysponują lub wpływają na sposób, w jaki ludzie zaczynają myśleć, czuć i działać w odniesieniu do swojego ciała. Wśród tych czynników zdaniem autora najistotniejsze są socjalizacja kulturowa, doświadczenia interpersonalne, cechy i zmiany fizyczne oraz zmienne osobowościowe. Poprzez różne rodzaje warunkowania oraz poznawcze i społeczne uczenie się, czynniki historyczne zaszczepiają pierwotne postawy związane z obrazem ciała, w tym dyspozycyjne oceny obrazu ciała i stopnie inwestycji w obraz ciała, w tym podstawowe schematy Ja dotyczące wyglądu fizycznego. W tym modelu proksymalne czynniki obrazu ciała odnoszą się do bieżących kontekstów i wydarzeń życiowych, a ich funkcją jest wywoływanie i utrzymywanie wpływu doświadczenia związane z obrazem ciała, w tym przetwarzanie informacji i dialogi wewnętrzne, emocje związane z obrazem ciała i działania samoregulujące.

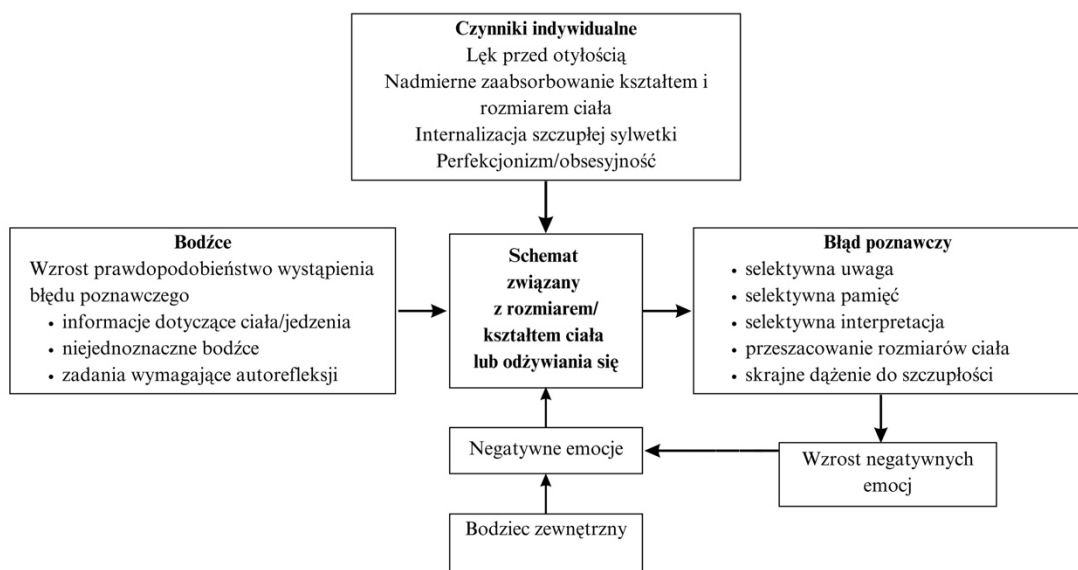


Rycina 2 Poznawczo-behawioralny model rozwoju obrazu ciała (Cash, 2012, tłumaczenie własne).

Zgodnie z perspektywą poznawczo-behawioralną ludzie uczą się szeregu strategii radzenia sobie z niepokojącymi myślami i uczuciami związanymi z obrazem ciała (Cash, 2004). Na przykład strategie unikania obejmują behawioralne unikanie pewnych wyzwalających sytuacji lub osób albo może przejawiać się poprzez noszenie zakrywających sylwetkę ubrań. Strategie korygowania wyglądu obejmują działania mające na celu zmianę postrzeganej negatywnie cechy, na przykład stosowanie diet lub ćwiczeń fizycznych, a nawet dążenie do operacji plastycznych lub innych zabiegów estetycznych. Poszukiwanie opinii społecznej to kolejne podejście, w ramach którego osoby zabiegają o informacje zwrotne na temat swojego wyglądu, aby zanegować lub zlekceważyć swoje własne obawy. Strategie kompensacyjne obejmują działania mające na celu wzmocnienie samooceny poprzez przerwienie uwagi na inne cechy (fizyczne lub nie) np. zmiana fryzury lub ubioru, aby zrekompensować obawy związane z wagą. Autor modelu (Cash, 2002) podkreśla istotność zrozumienia, że procesy wzmocnienia negatywnego często kierują tymi wyuczonymi strategiami w celu uniknięcia negatywnych doświadczeń związanych z obrazem ciała, dlatego są to zachowania pełniące funkcje zabezpieczającą.

Zgodnie z założeniami teorii poznawczo-behawioralnej określone bodźce zawarte w sytuacji, które są skojarzone ze schematami dotyczącymi wizerunku ciała mogą uaktywnić stereotypowy sposób przetwarzania informacji o swoim wyglądzie oraz uruchomić jego ocenę. Takimi bodźcami mogą być obnażanie ciała, ekspozycja na ocenę społeczną, porównania społeczne, ważenie się czy zmiany w wyglądzie (Holmqvist i

Frisen, 2009). Poznawczy model wizerunku ciała w odniesieniu do zaburzeń odżywiania (Williamson i in., 2002) zakłada, że pewne charakterystyczne bodźce (np. lęk przed otyłością, internalizacja szczupłej sylwetki, perfekcjonizm lub obsesyjność) wywołują spustowe reakcje i tym samym uaktywniają schemat ciała (jego rozmiar i kształt) oraz schemat odżywiania się. Model zakłada, że wpływ negatywnych emocji na schemat Ja zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia błędu poznawczego i w konsekwencji uruchamia również negatywne emocje (ryc. 3).



Rycina 3 Poznawczy model obrazu ciała w odniesieniu do zaburzeń odżywiania (Williamson i in., 2002; tłumaczenie Brytek-Matera, 2008)

2.2.2. Perspektywa psychodynamiczna

Koncepcja obrazu ciała była wprowadzona przez Paula Schildera (1935), który sformułował „obraz ciała” jako integrację doświadczeń cielesnych osoby i związanych z nimi emocjami. Klasyczne teorie psychoanalityczne akcentują związek pomiędzy rozwojem psychiki i ciała (Freud, 1975; za Rzeszutek i Schier, 2008), postulując, że tworzenie się Ja jest silnie połączone z doświadczeniami cielesnymi. Odczuwanie własnego ciała jest warunkiem wykształcenia się poczucia istnienia, co jest niezbędnym elementem w procesie kształtowania tożsamości. Pierwotne Ja cielesne odnosi się do przeżywania siebie jako jedność fizyczną, która rozwija się w relacji między funkcjami a reprezentacjami siebie cielesnego. Reprezentacje przyjmują postać schematu ciała, zintegrowanego percepcyjnego wizerunku siebie, reprezentacji doznań cielesnych, stanów emocjonalnych, potrzeb cielesnych oraz oceny siebie, własnego wyglądu i

sprawności (Mirucka, Sakson-Obada, 2013). Warunkiem koniecznym do rozwoju bardziej złożonego Ja cielesnego jest interakcja ze światem zewnętrznym.

W zdrowym procesie kształtowania obrazu siebie cielesnego dochodzi do integracji Ja cielesnego (doświadczenia cielesne) i Ja psychicznego (doświadczenia psychiczne), które polega na nadawaniu ciału podmiotowości (Mirucka, Sakson-Obada, 2013). Jest to konieczne, ponieważ w koncepcji psychodynamicznej obraz ciała pełni funkcję regulatora wszystkich doświadczeń człowieka i stanowi podstawę spójnego, stałego i adekwatnego obrazu siebie (Schier, 2005; Krueger, 2002). Ten proces może być zakłócony przez pozabezpieczne przywiązanie do opiekuna lub doświadczenia traumatyczne. Badania wskazują, że osoby cierpiące na zaburzenia odżywiania prawdopodobnie nie nawiązały ufniej relacji z opiekunem we wczesnym dzieciństwie i doświadczały niedostępności emocjonalnej, wybiórczych i niekonsekwentnych reakcji lub/i emocjonalnego uwikłania (Rzesutek i Schier, 2008). Ward i współpracownicy (2001) przebadali skalą do pomiaru stylu przywiązania dorosłe pacjentki z rozpoznaniem anoreksji i zauważyli, że 95% badanych ma lękowy lub unikający styl przywiązania. Podobne wyniki uzyskała Tereno i współpracownicy (2008) w grupach klinicznych pacjentek z rozpoznaniem anoreksji i bulimii.

Traumatyczne doświadczenia związane z naruszeniem granic cielesnych, jak przemoc fizyczna lub seksualna, oraz urazy wynikające z przekraczania granic emocjonalnych dziecka poprzez zaniedbanie lub przemoc psychiczną współwystępują w obrębie wszystkich funkcji cielesnego Ja (Sakson-Obada, 2009). Skutki narażenia na wielokrotne urazy wiążą się z zwiększonym współwystępowaniem chorób psychicznych i ogólnym wyższym cierpieniem w anoreksji (Backholm, Isomaa i Birgegård, 2015; Backholm, Isomaa i Birgegård, 2013; Guillaume i in., 2016; Racine i Wildes, 2015). Zaburzenia w obrębie Ja cielesnego mogą przejawiać się w zmienionej wrażliwości na bodźce (Herman, 2003), zaburzeniach interpretacji własnych stanów emocjonalnych (Schier, 2005) oraz zaburzeniach poczucia tożsamości cielesnej (Herman, 2003; Sakson-Obada, 2007). Osoby z trudnymi relacyjnymi doświadczeniami z przeszłości mogą się angażować w kompulsywne aktywności np. nadmierne spożywanie alkoholu, kompulsywne podejmowanie aktywności seksualnej, uzależnienie od zakupów lub ćwiczeń fizycznych (Schier, 2005), aby utworzyć powtórne połączenie Ja cielesnego i Ja psychicznego.

2.2.3. Wpływ środowiska

Środowisko będąc kontekstem, w którym kształtuje się obraz ciała, odgrywa istotną rolę w postrzeganiu naszego ciała i towarzyszących mu uczuciach na jego temat (Jung i Lee, 2006). W ramach środowiska kulturowego wymieniamy się opiniami na temat wyglądu i być może porównujemy wygląd własnego ciała z wyglądem innych. Przyjmujemy także i idealizujemy ideały piękna przekazywane przez media w konkretnych środowiskach (Holmqvist i Frisen, 2009). Celio, Zabinski i Wilfley (2002) podkreślają, że badanie obrazu ciała nie jest kompletne bez uwzględnienia ram kulturowych, które wpływają na ludzi.

Przekazy społeczno-kulturowe opowiadające się za idealnym kształtem ciała mogą sprzyjać niezadowoleniu z ciała, ponieważ powtarzające się komunikaty od rodziców, rówieśników, partnerów romantycznych i mediów sugerujące, że czyjeś ciało jest nieodpowiednie, mogą silnie wpływać na ocenę swojego ciała (Striegel-Moore i in., 1986; Presnell i in., 2004). Społeczno-kulturowa presja na bycie szczupłym może objawiać się bezpośrednio, na przykład poprzez rodziców zachęcających córkę do diety, lub pośrednio, na przykład w reklamie wychwalającej zalety odchudzania. Według badań postrzegana presja na bycie szczupłym przewidywała perspektywnie wzrost niezadowolenia z własnego ciała wśród kobiet (Field i in., 2001; Stice i Whitenton, 2002). Badania (Cash i in., 2004) sugerują, że niezadowolenie z ciała związane z szczupłością narastało do połowy lat 90., po czym obraz ciała ustabilizował się lub zmniejszył. Ważne jest jednak, że ta fluktuacja niezadowolenia z ciała może być związana z zmianą charakteru nacisków społeczno-kulturowych (Karazsia i in., 2017). Ideał bardzo szczupłej sylwetki staje się jedną z opcji lub jest zastępowany przez zaokrąglone sylwetki (tj. figury klepsydry z dużym biustem i pośladkami), jak również ideałem szczupłej i wysportowanej sylwetki (Benton i Karazsia, 2015; Smolak i Muren, 2008).

Istnieją różne teorie wpływu społeczno-kulturowego, takie jak dwuścieżkowy model Stice'a (Stice, 1994), trójstronny model wpływu (Thompson i in., 1999) czy model społeczno-kulturowy (Fitzsimmons-Craft i in., 2014). Istnieją dwie cechy wspólne dla tych modeli: najbardziej pierwotne konstrukty w modelach dotyczą wpływów społeczno-kulturowych (jak również internalizacji tych wpływów); oraz podstawowy mechanizm, dzięki któremu wpływy społeczno-kulturowe przewidują nieprzystosowawcze zachowania związane ze zmianą ciała (Karazsia, van Dulmen, Wong i Crowther, 2013). Wpływy społeczno-kulturowe mogą obejmować proksymalne i interpersonalne czynniki ryzyka, takie jak dokuczanie (Stice, 2002) oraz naciski lub zachęty do zmiany rozmiaru i

kształtu ciała (Galioto, Karazsia i Crowther, 2012; Helfert i Warschburger, 2011), oraz czynniki dystalne, takie jak wszechobecność ideałów ciała w środkach masowego przekazu jako wskaźników atrakcyjności (Grabe, Ward i Hyde, 2008) oraz stygmatyzacja otyłości (Schwartz i Brownell, 2004). Co ważne, badania wykazały, że ideały ciała wszechobecne w kulturze popularnej są nieosiągalne dla większości zdrowych ludzi (np. Brownell i Napolitano, 1995), mimo że wiele osób przyjmuje te ideały jako osobiste cele i standardy (Karazsia i Crowther, 2008; Thompson i Stice, 2001)

Wiele badań wskazuje, że korzystanie z mediów przynajmniej w niewielkim stopniu wpływa na niezadowolenie z ciała (Birkeland, Thompson i Herbozo, 2005; Bissell i Zhou, 2004). Jednak inne badania, choć mniej liczne, wykazały brak efektów (Thornton i Maurice, 1997) lub że prezentacja ideałów medialnych może potencjalnie zmniejszać niezadowolenie z ciała (np. Cusumano i Thompson, 1997). Inne badania wykazały, że reakcje na medialne ideały są zmienne, u niektórych kobiet spada, a u innych wzrasta zadowolenie z ciała (np. Durkin i Paxton, 2002).

Metaanaliza badań (Groesz, Levine i Murmen, 2002) wykazała, że po obejrzeniu obrazów ukazujących bardzo szczupłe modelki obraz ciała kobiet uczestniczących w badaniu był znacznie bardziej negatywny niż po obejrzeniu modelek średniej wielkości lub modelek o większych rozmiarach. Ponadto Vartanian i in. (2001) stwierdzili, że wpływ mediów był najważniejszym predyktorem ogólnej satysfakcji z ciała wśród studentek. Wpływ mediów zaczyna dotyczyć również mężczyzn, ponieważ badania pokazują, że ich wpływ na niezadowolenie z własnego ciała występuje zarówno u kobiet, jak i mężczyzn (Vartanian i in. 2001).

Rówieśnicy mogą aktywnie wpływać na niezadowolenie z ciała poprzez komentarze werbalne, komunikowanie opinii na temat standardów piękna, wyraźne porównania oraz przypisywanie osobistej wartości w oparciu o urodę. Mogą również biernie wpływać na niezadowolenie z ciała, prowokując wewnętrzne lub nieświadome porównania ciała (Geary, 2010). Badania sugerują, że aktywny wpływ rówieśników jest jednym z najsilniejszych czynników wpływających na niezadowolenie z ciała (Jones i in., 2004; Paxton i in., 1999). Jones (2004) stwierdził, że dziewczęta porównywały się zarówno z rówieśnikami tej samej płci, jak i modelami medialnymi, jednakże to porównania z rówieśnikami istotnie wpływały na cechy osobiste i fizyczne oraz przewidywały niezadowolenie z ciała w perspektywie długoterminowej.

Teoria porównań społecznych (Festinger, 1954) sugeruje, że ludzie mają skłonność do określania swoich postępów i pozycji życiowej, dlatego szukają standardów, do których

mogą się porównać. Festinger (1954) rozróżnia dwa rodzaje porównań społecznych: porównania w górę (jednostki porównują się z kimś, kogo uważają za lepszego od siebie) oraz porównania w dół (w odniesieniu do kogoś, kogo uważają za gorszego od siebie samych). Według tej teorii porównania w górę mogą mieć negatywne konsekwencje, takie jak obniżona samoocena (Irving, 1990), podczas gdy porównania w dół mogą mieć pozytywne konsekwencje, takie jak podwyższona samoocena (Groesz i in., 2002; Leahey i Crowther, 2008). Teoria zakłada również, że ludzie nie będą nadal dokonywać porównań (zwłaszcza w górę), jeśli są one niekorzystne lub szkodliwe dla własnego wizerunku. Jednakże badania wykazują, że kobiety często dokonują porównań społecznych w górę związanych z wyglądem (Leahy i in., 2007) i robią to nawet wtedy, gdy doświadczają w związku z tym negatywnych konsekwencji (Strahan i in., 2006) takich jak niezadowolenie z własnego ciała.

W przypadku mężczyzn presja, aby osiągnąć idealną sylwetkę, również powoduje niezadowolenie z ciała. Postrzegana presja ze strony rodziców i rówieśników dotycząca rozmiaru i kształtu ciała przewidywała podejmowanie strategii zmiany wagi wśród dorastających chłopców w okresie 8 miesięcy (McCabe i Ricciardelli, 2003). Co więcej, chłopcy, którzy donosili, że starają się wyglądać jak osoby tej samej płci w mediach, byli bardziej narażeni na problemy z wagą (Field i in., 2001). Badania przekrojowe wykazały jednak, że dorastający chłopcy nie odczuwali silnej presji ze strony mediów, aby dostosować się do określonego ideału (McCabe i Ricciardelli, 2001), a opinie rodziców na temat wagi nie były związane z niezadowoleniem z własnego ciała u mężczyzn (Schwartz, Phares, Tantleff-Dunn i Thompson, 1999).

Oprócz ekspozycji w mediach, badania wskazały, że środowisko rodzinne może odgrywać rolę w rozwoju zaburzeń odżywiania u studentów (Pauls i Daniels, 2000; Green i Pritchard, 2003), jak również u nastolatków (Felker i Stivers, 1994). Podobnie krytyka ze strony członków rodziny lub innych osób znaczących, która odnosi się do wagi lub kształtu ciała znacząco przyczynia się do niezadowolenia z ciała (Fabian i Whompsom, 1989; Gleason i in., 2000, Green i Pritchard, 2003).

Badania Józefik, Iniewicza i Ułasińskiej (2010) wskazują, że dziewczęta z grup klinicznych deklarują odczuwane mniejsze zaangażowanie uczuciowe rodziców w relację z nimi oraz jednoczesną zwiększoną kontrolę w porównaniu z grupą kontrolną. Pacjentki z zaburzeniami odżywiania spostrzegają ojców jako mniej opiekuńczych i czułych (Palmer i in., 1988). Badania Rorty i współpracowników (2000) wskazują, że kobiety z

objawami zaburzeń odżywiania oceniły swoich rodziców jako kontrolujących i intruzywnych w relacji z nimi.

2.2.4. Waga

Wpływ genetyczny zarówno na zaburzenia odżywiania, jak niezadowolenie z ciała, jest wyraźnie widoczny i w niektórych modelach odpowiada za około 40 do 80% wariacji (Bulik i in., 1998; Klump i in., 2001; Wade i in., 2003). Wyniki badań wskazują, że waga matek i ojców jest pozytywnie skorelowana z wagą ich córek (Maes i in., 1997, Davison i in., 2000). Ewidentnie czynniki biologiczne, takie jak masa ciała odgrywają znaczącą rolę w rozwoju niezadowolenia z ciała. Uważa się, że zwiększona otyłość sprzyja niezadowoleniu z ciała u dziewcząt, ponieważ prawdopodobnie im bardziej odbiegają one od ideału szczupłej sylwetki, tym większe jest ich niezadowolenie z ciała. Ważny jest również komponent społeczny – im wyższa waga osoby, tym bardziej prawdopodobne jest, że będą odczuwać presję ze strony otoczenia, aby dostosować się do ideału (Presnell, 2004). Badania potwierdziły, że otyłość jest predyktorem niezadowolenia z ciała u nastolatków (Field i in., 2001; Stice i Whitenton, 2002). Istnieją również dowody na to, że niezadowolenie z ciała wykazuje pozytywną korelację liniową z wiekiem, co wskazuje, że gdy dziewczęta osiągają dojrzałość płciową i zaczynają przybierać na wadze, są coraz bardziej niezadowolone ze swojego ciała (Richards i in., 1990).

Dowody empiryczne sugerują, że masa ciała jest związana z niezadowoleniem z ciała również u chłopców. Pole i współpracownicy (2001) w jednym prospektywnym badaniu analizującym te zależności zauważyli, że obawy dotyczące wagi były silniej związane z masą ciała chłopców niż dziewcząt. Oznacza to, że dziewczęta były niezadowolone ze swojego ciała niezależnie od rzeczywistej wagi, podczas gdy chłopcy byli zaniepokojeni głównie wtedy, gdy mieli obiektywną nadwagę (Pole i in., 2001) lub niedowagę (Richards i in., 1990).

Jak wskazują badania, wskaźnik BMI jest ważnym czynnikiem w kontekście badań obrazu ciała, ponieważ stan masy ciała stanowi dynamiczny fizyczny wskaźnik, który osoba może wykorzystywać do formułowania i rozwijania samooceny w czasie. Podczas gdy dowody wydają się wskazywać na BMI jako spójny predyktor niezadowolenia z własnego ciała u dziewcząt (Barker i Galambos, 2003; Jones, 2004; Tiggemann, 2005; Lawler i Nixon, 2011), wyniki badań sugerują, że BMI jest również predyktorem niezadowolenia z ciała wśród chłopców (Field i in., 2001; Lawler i Nixon, 2011).

Wyniki badania longitudinalnego (Bucchianeria, 2013) wskazują, że osoby zarówno płci żeńskiej, jak i męskiej stawali się bardziej niezadowoleni ze swoich ciał w okresie 10 lat, co było powiązane z podobnymi wzrostami BMI w tym czasie, zatem niezadowolenie z ciała było ściśle związane z BMI.

2.2.5. Różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami w postrzeganiu obrazu ciała

Niezadowolenie z ciała jest zwykle charakteryzowane jako problem, z którym borykają się głównie kobiety. Różnice płci w rozwoju niezadowolenia z ciała są dobrze ugruntowane w literaturze, przy czym młode kobiety zgłaszają większe niezadowolenie niż mężczyźni (np. Lawler i Nixon, 2011; Gardner i in., 2000; Jones, 2004; Eisenberg i in., 2006; Rosenblum i Lewis, 1999).

Badania wykazały, że w porównaniu z mężczyznami, studentki bardziej negatywnie oceniają obraz własnego ciała i bardziej inwestują w swój wygląd (Muth i Cash, 1997). Z kolei inne badania wskazują brak różnic między płciami w postawach wobec ciała (Wilcox, 1997). Vartanian i współpracownicy (2001) wskazali, że kobiety wykazują średnio niższą satysfakcję z ciała niż mężczyźni, jednocześnie mężczyźni również odczuwali niezadowolenie z obrazu ciała, chcąc być szczuplejszymi lub bardziej umięśnionymi. Kilka badań sugeruje, że rodzaj odczuwanego niezadowolenia z obrazu własnego ciała różni się w przypadku mężczyzn i kobiet (Farquhar i Wasylkiw, 2007; Furham i in., 2002; Vartanian i in., 2001, Hicks i in., 2022). Większość młodych kobiet zgłosiła chęć zrzucenia wagi (Furham i in., 2002; Muth i Cash, 1997), podczas gdy mężczyźni wydają się być rozdzieleni pomiędzy pragnieniem utraty wagi a pragnieniem przybrania na wadze (McCabe i Ricciardelli, 2004) lub skupiają swoje pragnienia na zwiększeniu masy mięśniowej (Barnes, 2020). Niezadowolenie z ciała związane z umięśnieniem jest podobnie zagrażające, co niezadowolenie z związku z wagą, ponieważ również jest powiązane z nie przystosowanymi zachowaniami związanymi z zmianą ciała (Tylka, 2011). Ponadto niezadowolenie z ciała związane z umięśnieniem jest predyktorem używania substancji poprawiających wydajność i wygląd (Karazsia i in., 2013; Litt i Dodge, 2008). Badania nad rozpowszechnieniem używania sterydów w ciągu życia wskazują, że mężczyźni cztery do ośmiu razy częściej niż kobiety stosują sterydy anaboliczne (Yesalis i in., 2005). Z tego powodu rośnie świadomość i uwaga badaczy dotycząca tej formy niezadowolenia z ciała jako objawu klinicznego dysmorfii ciała oraz jego powiązań z depresją i gorszym samopoczuciem (Bergeron i Tylka, 2007).

Przekazy kulturowe nie tylko artykułują i wzmacniają normatywne wyobrażenia o fizycznej atrakcyjności i nieatrakcyjności, ale także wyrażają oczekiwania związane z płcią, łącząc „kobiecość” i „męskość” z pewnymi atrybutami fizycznymi (Cash, 2004). Nacisk kultury zachodniej na piękno i szczupłość jako standardy dla dziewcząt i kobiet przenika wszystkie poziomy środki masowego przekazu. Chłopcy i mężczyźni nie unikają przekazów medialnych o znaczeniu i ideale męskiego ciała – wysokiego, przystojnego, szczupłego, barczystego i silnie umięśnionego. Ekspozycja na te komunikaty ma wielorakie skutki – ustalenie znaczenia ludzkiego wyglądu (np. siła i konieczność atrakcyjności), przekazywanie określonych standardów wyglądu do indywidualnej internalizacji (tj. przyjęcie jako ideały osobiste) oraz prowokowanie porównań z tymi standardami w życiu codziennym. Ponadto teoria zgodności ról płciowych Diekman i współpracowników (2006) sugeruje, że kobiety i mężczyźni będą zmotywowani, aby spróbować „sprostać” idealnym rolom związanym z ich płcią, ponieważ ludzie, którzy nie dopasowują się do ról płciowych, ryzykują bycie społecznie odrzuconym za nienormatywne zachowanie.

Badanie przeprowadzone przez Casha, Ancis i Strachan (1997) wykazało, że kobiety, które popierały tradycyjne postawy płciowe w swoich relacjach społecznych z mężczyznami, były bardziej zaangażowane w swój wygląd, zinternalizowały kulturowe standardy piękna i miały bardziej nieprzystosowane przekonania na temat swojego wyglądu. Kobiety te wykazywały również bardziej zaburzone postawy i zachowania żywieniowe.

Teoria uprzedmiotowienia (Fredrickson i Roberts, 1997) została opracowana, aby ukazać, jak wszechobecne uprzedmiotowienie kobiet (zarówno społeczne, jak i interpersonalne) może wyjaśniać częstsze doświadczenia niezadowolenia z ciała i występowanie objawów zaburzeń odżywiania wśród kobiet. Według tej teorii, uprzedmiotowienie społeczne może prowadzić kobiety do traktowania własnego ciała jako obiekt, czyli do samouprzedmiotowienia. To samouprzedmiotowienie i monitorowanie swojego ciała może prowadzić do poczucia wstydu wobec swojej cielesności, gdy kobiety nie spełniają norm społecznych. Badania wskazują, że samouprzedmiotowienie (i/lub monitorowanie ciała) przewiduje wstyd odnośnie do własnego ciała wśród studentek (np. McKinley i Hyde, 1996) i nastolatek (Slater i Tiggemann, 2001). Ponadto z badań wynika, że wstyd przewiduje zaburzenia odżywiania wśród kobiet (Noll i Fredrickson, 1998; Tiggemann i Slater, 2001).

Badania na polskiej populacji (CBOS, 2009) wskazują, że częściej nieusatysfakcjonowane swoim wyglądem są Polki niż Polacy. Jedna czwarta kobiet jest z niego niezadowolona (25%), podczas gdy dezaprobatę swojego wyglądu wyraża tylko 16% mężczyzn. Również w kwestii zmiany wyglądu dużo częściej pragną tego kobiety (54%) niż mężczyźni (39%). W poprzednich badaniach (CBOS, 2003) ankietowani odnosili się również do oczekiwań co do wyglądu innych. Według deklaracji atrakcyjny mężczyzna powinien być wysoki (76%), muskularny (37%) i szczupły (37%), natomiast atrakcyjna kobieta powinna być zgrabna (63%) i szczupła (53%).

Szybkie zmiany fizyczne towarzyszące dojrzewaniu mogą wpływać na kształtowanie się obrazu własnego ciała (Cash, 2002). Dojrzewanie kobiet często rozpoczyna się w wieku około 10 lat i wiąże się z przyrostem tkanki tłuszczowej w biodrach, brzuchu i piersiach. W ten sposób ciało zmienia się w sposób sprzeczny ze społecznym (i być może osobistym) ideałem szczupłej sylwetki, co może wywoływać samoocenę lub obawy związane z byciem lub staniem się grubym, poczuciem samoświadomości i zachowaniami związanymi z dietą. W wieku około 12 lat chłopcy wchodzi w okres dojrzewania i doświadczają poszerzenia ramion, zmian w głosie i wzrostu ciała wraz ze zwiększoną muskulaturą. Tak więc, ponieważ zmiany fizyczne chłopców zbliżają ich do społecznych standardów „męskości”, mogą oni lepiej oceniać swój wygląd w miarę postępu dojrzewania.

W porównywaniu płci w kontekście obrazu ciała istotna jest również perspektywa poznawcza na tożsamość płciową. Schemat płci to struktura poznawcza składająca się z sieci powiązanych z płcią skojarzeń, które reprezentują społeczne definicje męskości i kobiecości (Bem, 1981). Zgodnie z teorią schematu płci Bem ludzie asymilują swój obraz siebie i oceniają własną adekwatność względem schematu płci, co prowadzi do modyfikacji ich preferencji, postaw i zachowań. Jednak ludzie różnią się w poleganiu na schemacie płci w przetwarzaniu informacji. Tak więc osoby ze schematem płciowym są bardziej skłonne do spontanicznego kodowania i organizowania świata społecznego na podstawie płci i odpowiednio do tego oceniają siebie i otaczający je świat (Bem, 1981). Autorka teorii skonstruowała narzędzie do badania schematów płci (Inwentarz Płci Psychologicznej), który traktuje męskość i kobiecość jako dwa niezależne wymiary, umożliwiając w ten sposób scharakteryzowanie osoby jako męskiej, żeńskiej lub androgynicznej jako funkcji różnicy między jej aprobatą dla męskich i żeńskich cech osobowości (Bem, 1974). Badania Józefik, Iniewicz i Ułasińskiej (2010) wskazały, że pacjentki z objawami zaburzeń odżywiania w porównaniu z kobietami zdrowymi i

pacjentkami chorującymi na bulimię utożsamiają się bardziej z cechami stereotypowo związanymi z męską rolą, które łączą się z samokontrolą i sprawczością. Autorzy badania interpretują ten wynik jako wyraz przekonania o braku kontroli i niemożności radzenia sobie u pacjentek z anoreksją. Murnen i Smolak (2009) przeprowadzili metaanalizę wszystkich badań związanych z przestrzeganiem kobiecej roli płciowej i zaburzonej postawy wobec odżywiania. Wyniki wskazują na mały, ale statystycznie istotny, związek zgodności z cechami kobieco-stereotypowymi (np. emocjonalność) i posiadaniem zaburzonych postaw żywieniowych. Istniała nieco większa (ale nadal niewielka) zależność odwrotna między posiadaniem cech męskich (np. asertywnością) a zaburzonymi postawami żywieniowymi. Z tego wynika kobiety, które są schematyczne płciowo oraz aschematyczni płciowo mężczyźni byli najbardziej narażeni na zaburzenia odżywiania.

Jednakże niektórzy mężczyźni wydają się doświadczać obaw odnośnie do swojego wyglądu w podobnym rozpowszechnieniu i wzorcach, jak kobiety.

Jedną grupą mężczyzn, którzy mogą być szczególnie narażeni na niezadowolenie z obrazu własnego ciała są homoseksualni mężczyźni. Wielu autorów (np. Siever, 1994; Silberstein i in., 1989; Williamson, 1999) twierdzą, że homoseksualni mężczyźni mogą być szczególnie narażeni na niezadowolenie z własnego ciała, ponieważ są członkami grupy społecznej, która kładzie duży nacisk na wygląd fizyczny. Homoseksualni mężczyźni zgłaszają większą presję rówieśników, aby dobrze wyglądać (Hospers i Jansen, 2005). Metaanaliza badań dotyczących tożsamości seksualnej i obrazu ciała (Morrison i in., 2004) wskazuje, że istnieje mała, ale istotna różnica między heteroseksualnymi i homoseksualnymi mężczyznami, przy czym homoseksualni mężczyźni byli bardziej podatni na niezadowolenie z ciała niż heteroseksualni mężczyźni. Badania wskazują również, że wśród mężczyzn poszukujących leczenia w związku z zaburzeniami odżywiania dominują homoseksualni mężczyźni (np. Carlat, Carmargo i Herzog, 1997). Stwierdzono również, że homoseksualni mężczyźni są bardziej podatni na wpływy medialne, które dotyczą szczupłości i muskulatury (Levesque i Vichesky, 2006). Homoseksualni mężczyźni jako idealną sylwetkę wskazują większą szczupłość niż mężczyźni heteroseksualni (Herzog i in., 1991, Kaminski i in., 2005).

Badania porównujące kobiety homoseksualne i heteroseksualne wskazują, że kobiety homoseksualne odczuwają większe zadowolenie z swojego ciała i swojej wagi (Lakkis i in., 1999; Herzog i in., 1991; Moore i Keel, 2003; Wagenbach, 2004). Ponadto, kobiety homoseksualne doświadczają mniej wstydu w związku z swoją cielesnością, rzadziej

także podejmują strategie zmiany ciała np. poprzez diety czy zachowania przeczyszczające (French i in., 1996). Istnieją jednak badania wskazujące, że nie ma różnic pomiędzy homoseksualnymi i heteroseksualnymi kobietami w obrazie własnego ciała (Cella i in., 2010; Yean i in., 2013). Może to wynikać z faktu, że kobiety są eksponowane na te same wzorce atrakcyjności, niezależnie od tożsamości seksualnej (Striegel-Moore i Tucker, 1990).

2.2.6. Współwystępowanie niezadowolenia z ciała z zaburzeniami psychicznymi

Niezadowolenie z ciała okazało się predyktorem szerokiego zakresu zaburzeń odżywiania i zachowań związanych z kontrolą wagi, w tym częstych diet (Ackard i in., 2002; Neumark-Sztainer i in., 2006), objawów bulimii i ograniczeń dietetycznych (Neumark-Sztainer i in., 2006; Cooley i Toray, 2001) oraz przyrostu masy ciała (van den Berg i Neumark-Sztainer, 2007). Niezadowolenie z ciała jest uznawane za najbardziej spójny czynnik ryzyka i czynnik podtrzymujący w anoreksji (Stice, 2002).

Oprócz psychopatologii związanej z jedzeniem, niezadowolenie z ciała wiąże się również z objawami zaburzeń lękowych (Fitzsimmons-Craft i Bardone-Cone, 2012), depresją (Paxton i in., 2006; Mond i in., 2011) oraz dysfunkcjami seksualnymi (Seal i in., 2009). 4-letnie badanie podłużne (Stice i in., 2000) wykazało, że niezadowolenie z ciała związane z szczupłą sylwetką było predyktorem późniejszych symptomów depresji.

Zaburzenie obrazu własnego ciała jest uznawane za kluczowy czynnik wpływający na występowanie objawów dysmorficznego zaburzenia ciała (Veale, 2004). Jest to zaburzenie polegające na nadmiernym zainteresowaniu wyimaginowanym lub wyolbrzymionym defektem ciała, co wywołuje obniżone samopoczucie oraz wycofanie z codziennych obszarów funkcjonowanie (ICD-10, 2000). Pacjenci cierpiący na to zaburzenie poświęcają wiele czasu na zajmowanie się swoją wadą (wybrany narządzie lub części ciała) i jednocześnie uporczywie negują zapewnienia specjalistów i bliskich, że ich obawy nie są zasadne. Osoby z dysmorficznym zaburzeniem ciała nie są zadowolone ze swojego ciała i często znajdują defekty we włosach, skórze, nosie lub twarzy (Arji i in., 2016). Osoby z dysmorfofobią mogą czuć, że nie mogą wychodzić do miejsc publicznych, chyba że ukrywają problem za pomocą ubrania, kosmetyków lub włosów oraz doświadczają nawracających, niepokojących myśli na temat swojego wyglądu fizycznego, którym trudno się oprzeć i które wymagają natychmiastowej uwagi (Buhlmann i in., 2002). Ponadto wiele osób z zaburzeniami dysmorficznymi zgłasza

niską samoocenę (Buhlmann, 2008), objawy depresyjne, a nawet tendencje samobójcze (Phillips i in., 2005).

Częstość występowania BDD w populacji ogólnej jest zmienna i nie jest dobrze udokumentowana w różnych krajach. Szacuje się jednak, że to zaburzenie dotyka prawie 2,4% populacji ogólnej (APA, 2013). Częstość występowania BDD może wahać się od 2,5% do 28% u dorosłych, a zwłaszcza uczniów, którzy są wyraźnie zaniepokojeni swoim wyglądem (Buhlmann, 2002). Różnice płci w populacji ogólnej są sprzeczne, chociaż niektóre badania sugerują dominację kobiet w kwestiach związanych z wyglądem (Castle i in., 2006).

W badaniu dotyczącym porównania zaburzeń obrazu ciała u osób z anoreksją, bulimią i dysmorfofobią, najpoważniejszy i najgłębszy poziom zaburzenia obrazu ciała i najgorszą jakość życia deklarowały osoby z zaburzeniem dysmorficznym ciała (Hrabosky, 2009). Ponadto, podczas gdy pacjenci z zaburzeniami odżywiania zauważali wpływ zachowań anorektycznych i bulimicznych, problemów emocjonalnych i deficytów społecznych na jakość ich życia, pacjenci z dysmorfofobią upatrywali swoich problemów wyłącznie w związku ze swoją „wadą”.

2.2.7. Perfekcjonizm a obraz ciała

Coraz więcej badań pokazuje, że perfekjoniści zwykle nie trzymają się wysokich standardów osobistych we wszystkich domenach, ale w tylko w niektórych (Levine i Milyavskaya, 2018) – zwykle w tych, które cenią najbardziej (Murphy i in., 2010; Shafran, Cooper i Fairburn, 2002). Jedną z domen, w jakiej osoby często przejawiają perfekcjonizm, jest wygląd fizyczny (Stoeber i Stoeber, 2009). Większość literatury wskazuje na związek między perfekcjonizmem a niezadowoleniem z własnego ciała. Na przykład Hewitt i współpracownicy (1995) oraz Wade i Tiggemann (2013) zauważyli silny związek pomiędzy perfekcjonizmem a niezadowoleniem z ciała i stwierdzili, że osoby z wysokim ogólnym perfekcjonizmem często stawiają sobie nierealistyczne oczekiwania, co z kolei może powodować nadmierny krytycyzm w ocenie własnego wyglądu. Polivy i Herman (2002) zasugerowali, że perfekcjonizm zwiększa podatność jednostki na rozwój niezadowolenia z obrazu własnego ciała i niezdrowych zachowań poprzez nasilenie postrzegania określonych wad ciała. Niski lub umiarkowany poziom perfekcjonizmu może prowadzić do sumienności i pozytywnego samodoskonalenia (perfekcjonizm adaptacyjny), ale kiedy cele stają się tak wysokie, że tworzą nieelastyczne myślenie i wyznaczają głównie nieosiągalne standardy, perfekcjonizm jest

nieadaptacyjny. Boone i współpracownicy (2012) stwierdzili, że perfekcjonizm dezadaptacyjny był istotnie związany z niezadowoleniem z obrazu ciała i związanymi z nim zachowaniami ekstremalnymi (mający na celu skorygowanie niezadowolenia). Wade i Tiggemann (2013) sugerują, że dezadaptacyjne aspekty perfekcjonizmu były pozytywnie powiązane z niezadowoleniem z obrazu własnego ciała, co jest zgodne z wcześniejszymi badaniami sugerującymi, że obawy dotyczące niedoskonałości były silnymi predyktorami niezadowolenia z obrazu własnego ciała (np. Sherry i in., 2009). Myślenie perfekcjonistyczne wpływa również na zniekształcone przekonania dotyczące swojej atrakcyjności fizycznej (Buhlmann i in., 2008; Arji i in., 2016). Badania dowiodły, że perfekcioniści mają tendencję do postrzegania siebie jako znacznie mniej atrakcyjnych niż inni (Sherry i in., 2009).

Badanie Arji i współpracowników (2016) sugeruje, że wszystkie wymiary perfekcjonizmu są związane z objawami dysmorfofobii, w tym również perfekcjonizm zorientowany na siebie uważany często za adaptacyjną formę perfekcjonizmu. Zgodnie z poznawczo-behawioralną perspektywą rozwoju i utrzymywania się objawów tego zaburzenia, przeszacowywanie masy ciała wiąże się z perfekcjonistycznymi dążeniami i potrzebą samokontroli (Wilhelm i in., 2011).

2.3. Niezgodność płciowa

Pojęcia używane w badaniach nad transpłciowością niejednokrotnie nie są używane w jednakowy sposób. Z tego powodu na początku zostaną omówione terminy stosowane w tym badaniu, aby uniknąć zamieszania terminologicznego.

Płeć to wielowymiarowy konstrukt, który obejmuje płeć przypisaną przy urodzeniu, tożsamość płciową, role płciowe oraz ekspresję płciową. Tożsamość płciowa jest konceptualizowana jako wrodzone poczucie własnej płci w odniesieniu do bycia kobietą, mężczyzną, jednym i drugim lub żadnym (Tate i in., 2014).

Transpłciowość to termin stosowany jako zbiorcza nazwa odnosząca się do osób wykraczających poza jednoznaczny, esencjonalistycznie pojmowany dychotomiczny podział płci na męską i żeńską (Kłonkowska, 2017). Tożsamości transpłciowe są heterogeniczne i odnoszą się do całego spektrum osób nie identyfikujących się w różnym stopniu z płcią przypisaną im w momencie urodzenia (Kłonkowska, 2013). Chociaż tożsamości osób transpłciowych były tradycyjnie konceptualizowane jako binarne (np. transpłciowe kobiety lub transpłciowi mężczyźni), wiele osób transpłciowych nie identyfikuje się z binarną tożsamością płciową. Istnieje wiele osób określających swoją tożsamość jako niebinarną – wykraczającą poza tożsamość męską/żeńską (Thorne i in., 2019, Galupo i in., 2017).

Termin „dysforia płciowa” opisuje doświadczenia dzieci, młodzieży lub dorosłych, którzy cierpią/odczuwają dyskomfort z powodu niezgodności między doświadczaną płcią a płcią przypisaną im przy urodzeniu i/lub związanym z nią wyglądem fizycznym (DSM-5, 2013). Ze względu na dystres związany z ciałem, diagnoza prawdopodobnie koreluje z niezadowoleniem z ciała przed interwencjami medycznymi związanymi z tranzycją, czyli procesem zmiany sposobu wyrażania swojej płci lub cech płciowych tak, aby były one zgodne z wewnętrznym poczuciem własnej tożsamości płciowej (np. Acelus, 2016; van de Grift i in., 2016; Witcomb i in., 2015).

W przeciwieństwie do odczuwanej niezgodności płciowej, którą można mieć lub nie, dysforia może zmieniać się w czasie, nasilać i zmniejszać, podobnie jak ból fizyczny (Pulice-Farrow, Cusack i Galupo, 2019). Obecne modele kliniczne (APA, 2013) opisują dysfориę jako odczucie stałe i odczuwane z różnym stopniem nasilenia wewnątrz, jak i między osobami (De Vries i Chohen-Kettenis, 2012; Pulice-Farrow i in., 2020), a także możliwą do złagodzenia poprzez społeczną, medyczną i prawną tranzycję, czyli proces uzgodnienia płci do odczuwanej tożsamości płciowej.

Warto zauważyć, że diagnozy związane z tożsamością płciową pozostają jedynymi diagnozami psychiatrycznymi, w których interwencje hormonalne i chirurgiczne – częściowo lub całkowicie nieodwracalne – są zaliczane do zalecanych form leczenia (Pulice-Farrow, Cusack i Galupo, 2019). Wykazano, że interwencje hormonalne i chirurgiczne zmniejszają lub nawet likwidują dysfориę płciową (Heylens i in., 2014; White Hughto i Reisner, 2016; Decaro i in., 2021). Terapia hormonalna jest na ogół pierwszą i potencjalnie jedyną interwencją medyczną podejmowaną przez osoby, które chcą zmodyfikować swój wygląd fizyczny, by był zgodny z ich tożsamością płciową. W przypadku osób z żeńską płcią rozpoznaną przy urodzeniu terapia testosteronem stosowana jest w celu maskulinizacji ciała i stłumienia drugorzędowych cech płciowych żeńskich, podczas gdy osoby z męską płcią rozpoznaną przy urodzeniu często stosują terapię estrogenem w celu feminizacji ciała. Zwykle konieczna jest również dodatkowa terapia antyandrogenowa, ponieważ sam estrogen nie wystarcza do osiągnięcia pożądanej supresji androgenów (Unger, 2016). Osoby transpłciowe często podejmują się terapii hormonalnej zastępczej, aby doznać poczucia ulgi w związku zmniejszeniem dychotomii pomiędzy cielesnością a tożsamością płciową, które bywa nazywane euforią płciową (Beischel i in., 2021). Na przykład kobiety transpłciowe przyjmujące estrogeny będą doświadczać zmniejszonego wzrostu włosów na twarzy i ciele, przyrostu piersi, zmniejszonej masy mięśniowej i wzrost podskórnych złogów tłuszczu wokół bioder i pośladków, aby uzyskać bardziej kobiecy wygląd. Podobnie transpłciowi mężczyźni przyjmujący testosteron nie będą mieli miesiączki i doświadczą zwiększonej masy mięśniowej oraz obniżenia głosu (Seal, 2007).

Jeśli chodzi o interwencje chirurgiczne, osoby z kobiecą płcią rozpoznaną przy urodzeniu mogą zdecydować się na poddanie się operacjom w celu zmaskulinizowania ciała: obustronnej mastektomii albo/i operacji na narządach płciowych np. histerektomii, metoidioplastyce, falloplastyce lub skrotoplastyce. W przypadku osób z płcią męską rozpoznaną przy urodzeniu najczęściej wykonuje się operacje feminizacji narządów płciowych obejmujące orchidektomię i plastykę pochwy. Inne interwencje chirurgiczne obejmują feminizację twarzy i głosu (Decaro in., 2021).

Poza interwencjami medycznymi (tranzycją medyczną) zarówno wymiar psychologiczny, jak i społeczny są obecnie uznawane za ważne aspekty indywidualnych procesów tranzycji (Byne i in., 2012) i są najczęściej określane procesem tranzycji społecznej (Coleman i in., 2012). Jest to szeroka definicja obejmująca praktyki osób transpłciowych, które podejmują w celu przedstawienia swojej odczuwanej tożsamości

otoczeniu m.in. poprzez zmianę zaimków, imienia, fryzury czy ubrania (Olson i in., 2022).

Obecnie toczy się debata czy źródło dysforii płciowej wynika z niezgodności płci między jednostką a jej ciałem, czy też ze stygmatyzacji związanej z społeczeństwem cishnormatywnym (Riggs i in., 2015). W najnowszej literaturze uznano, że dysforia płciowa może być rozumiana jako doświadczenie odnoszące się zarówno do doświadczeń cielesnych, jak i społecznych (Jones i in., 2019; Galupo i in., 2020; Hill-Meyer i Searborough, 2014; Lindley i Galupo, 2020; Riggs i Bartolomaeus, 2018). Dysforia płci cielesnej obejmuje cierpienie, którego doświadcza jednostka z powodu różnicy między odczuwaną płcią a ciałem i jest to intrapersonalny aspekt dysforii płciowej (Pulice-Farro i in., 2020). Jest to odczucie definiowane w odniesieniu do trzech obszarów ciała: narządów płciowych, klatki piersiowej i innych drugo- i trzeciorzędowych cech płciowych (Jones i in., 2019). Społeczna dysforia płciowa odnosi się do cierpienia, które pojawia się, gdy istnieje różnica między odczuwaną przez jednostkę płcią a jej kontekstem społecznym i reprezentuje interpersonalny aspekt dysforii płciowej (Galupo i in., 2020). Kontekst społeczny może obejmować obecność ról społecznych związanych z płcią, sposób, w jaki płeć osoby jest odczytywana przez innych, a także sposób, w jaki jej płeć jest potwierdzana (np. poprzez społeczne uznanie i wsparcie) lub unieważniania przez innych w komunikacji (Lindley, Anzani i Galupo, 2022). Pomimo koncepcyjnych różnic między dysforią cielesną a społeczną dysforią płci, ważne jest, aby pamiętać, że w przypadku osób transpłciowych te dwa doświadczenia mogą nie być łatwe do rozdzielenia oraz że dysforia płciowa nie musi dotyczyć wszystkich osób transpłciowych (Bauman, de Vries i T'Sjoen, 2016; Byne i in., 2018; Chen i in., 2016; Drescher i Pula, 2019).

2.3.1. Diagnostyka dysforii płciowej

Obecne klasyfikacje psychiatryczne zostały początkowo opracowane przez autorów niemieckojęzycznych w XIX wieku. W tamtym czasie homoseksualizm, transwestytyzm lub zachowania transpłciowe były konceptualizowane jako różne stopnie jednego wymiaru „inwersji płci/seksualnej” (Crocq, 2021). To połączenie homoseksualności i płci kontrastuje ze współczesnymi poglądami, że tożsamość seksualna jest niezależna od tożsamości płciowej i jest związana wyłącznie z wyborem obiektu seksualnego/romantycznego.

Przed I wojną światową w Berlinie Magnus Hirschfeld po raz pierwszy dokonał rozróżnienia między kwestiami orientacji seksualnej i tożsamości płciowej, kładąc kres myśleniu obszarów homoseksualności i tożsamości płciowej. Jednak Hirschfeld nadal używał słowa transwestyta w odniesieniu do tego, co dziś nazywamy transpłciowością. Po wojnach światowych w Stanach Zjednoczonych Harry Benjamin jasno określił różnicę między transwestytą a transseksualistą. Po latach 70. termin transseksualizm ustąpił miejsca transpłciowości (Yarbrough 2018).

Leczenie osób uważanych za zdrowe somatycznie, a chorujące psychicznie, za pomocą terapii hormonalnej i interwencji chirurgicznych spotkało się z oporem środowiska lekarskiego, dlatego Harry Benjamin opracował zasady kwalifikacji pacjentów do medycznego leczenia uzgadniającego płeć. Pomimo świadomości dużego zróżnicowania osób transpłciowych i ich potrzeb zdrowotnych, Benjamin niezwykle wąsko i konserwatywnie zakreślił kategorię „Transseksualizmu”, która przetrwała do niedawno obowiązującej jeszcze klasyfikacji ICD-10 (Mijas i Koziara, 2020).

W ICD-10 transseksualizm oznaczał pragnienie życia i bycia akceptowanym jako przedstawiciel płci przeciwnej, któremu zwykle towarzyszy poczucie dyskomfortu lub nieadekwatności do własnej płci anatomicznej oraz chęć poddania się hormonalnym i chirurgicznym zabiegom mający na celu jak największe zbliżenie wyglądu ciała do preferowanej płci. Aby kwalifikować się do tej diagnozy, tożsamość transseksualna musiała utrzymywać się przez co najmniej dwa lata (ICD-10, 2000).

W DSM-5 bycie transpłciowym nie jest uważane per se za zaburzenie psychiczne, tylko wynikająca z tego dysforia uzasadnia diagnozę. Kryterium w DSM-5 (APA, 2013) określa, że ból wynikający z rozdzwieńki między przypisaną płcią danej osoby a jej tożsamością płciową, jest kluczem do zdiagnozowania dysforii płciowej (Priest, 2019).

Dwadzieścia trzy lata po publikacji klasyfikacji ICD-10 odbyło się spotkanie przedstawicieli WPATH (World Professional Association for Transgender Health) oraz wypracowanie konsensusu w procesie przygotowania jedenastej klasyfikacji ICD (WPATH, 2013). W nowej klasyfikacji usunięto część pozycji znajdujących się w kategorii „Zaburzenia identyfikacji płciowej”, a przede wszystkim zmieniono nazwę kodu F64.0 „Transseksualizm” i przeniesiono tę diagnozę z działu „Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych”, na inną, niezwiązaną z zdrowiem psychicznym (WPATH, 2013). Zagadnienia związane z tożsamością płciową umieszczono w rozdziale dotyczącym zdrowia seksualnego, a termin „transseksualizm” zastąpiono „niespójnością płci w adolescencji i dorosłości”, którą zdefiniowano jako utrzymującą się wyraźną

niezgodność między doświadczaną przez osobę płcią oraz płcią przypisaną. Same zachowania i preferencje związane z płcią nie są podstawą do diagnozy niezgodności płciowej w tej grupie, czy to u nastolatków, dorosłych czy dzieci (Crocq, 2021). Idąc za DSM-5, ICD-11 porzuciło terminy używane w klasyfikacji ICD-10, takie jak „płeć przeciwna” czy „płeć anatomiczna”, używając bardziej współczesnych i mniej binarnych terminów jak „płeć doświadczana” i „płeć przypisana”. Ponadto nowa definicja kładzie nacisk na indywidualne i subiektywne doświadczenie niezgodności pomiędzy przypisywaną a doświadczaną płcią, która może wywoływać znaczne cierpienie kliniczne i upośledzenie funkcjonowania (zwłaszcza w obliczu dyskryminacji), ale nie jest to konieczne do rozpoznania. Usunięcie kryterium cierpienia jest oczywistą konsekwencją usunięcia diagnozy z obszaru psychopatologii, ale przede wszystkim odzwierciedla ideę depsychiatryzacji różnorodności płciowej (Dora, Grabski i Dobroczyński, 2021).

Jest to zgodne z obecnymi badaniami i zaleceniami opieki nad osobami transpłciowym, które zakładają szerokie rozumienie tożsamości płciowych i oczekiwań wobec leczenia (Koehler i in., 2018; Wylie i in., 2016). Obejmuje to wielowymiarowe spojrzenie na płeć, w tym tożsamości płciowe binarne i niebinarne. W dużych badaniach w krajach zachodnich około 80% osób transpłciowych identyfikuje się z binarną tożsamością płciową, podczas gdy pozostałe 20% przynajmniej częściowo identyfikuje się poza tą dychotomią (Grant i in., 2011).

Osoby transpłciowe były zwykle poddawane ustalonym oczekiwaniom w odniesieniu do ich tożsamości płciowej – zakładano, że osoby transpłciowe identyfikują się z płcią przeciwną (Neider i Richter-Appelt, 2011). W kontekście leczenia powszechnym oczekiwaniem było, żeby osoby trans jak najbardziej zbliżyły swoje cechy wyglądu fizycznego do płci przeciwnej (Cohen-Kettenis i Pfafflin, 2010) poprzez dostęp do wszystkich dostępnych medycznych interwencji afirmujących płeć. Jednak już w 1998 roku Standardy Opieki (SOC-5) opublikowane w tym czasie przez Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIIGDA; Levine i in., 1998) zalecały elastyczność pod względem wskazywanych możliwości leczenia.

2.3.2. Etiologia niezgodności płciowej

Kategoria diagnostyczna wymaga hipotezy etiologicznej, aby zwiększyć jej ważność. Badacze poszukiwali wpływów, które mogą sprawić, że osoba będzie transpłciowa, w trzech głównych dziedzinach: psychologii, socjologii i biologii (Crocq, 2021). Zwolennikiem roli socjologii i edukacji był nowozelandzki psycholog John Money. W

latach 50. opublikował teorie, że poczucie bycia mężczyzną lub kobietą zostało nabyte i zdeterminowane przez zewnętrzne czynniki środowiskowe, opierając się na przypadkach przypisania płci u dzieci interplciowych urodzonych z niejednoznacznymi genitaliami, Money uważał, że postawy rodziców miały istotny wpływ na to, czy dziecko akceptuje kategorię płci, która została przypisana chirurgicznie i medycznie (Money, 1957).

Harry Benjamin wierzył, że kobiety transplciowe mają mózg, który prawdopodobnie został „sfeminizowany” w macicy (Crocq, 2021). Rzeczywiście istnieją dowody, które sugerują, że istnieje biologiczna/anatomiczna podstawa niezgodności płciowej. Przekonanie to zdawał się potwierdzać przełomowy artykuł opublikowany w *Nature* w 1995 r. (Zhou et al. 1995), w którym badano objętość centralnej części jądra łożyska striatum terminalis (BSTc). Jest to obszar mózgu niezbędny do zachowań seksualnych, który jest bardziej widoczny u mężczyzn niż u kobiet. Wielkość tej części mózgu u kobiet transplciowych odpowiada wielkości u kobiet cisplciowych (nietransplciowych). Na wielkość BSTc nie miały wpływu hormony płciowe w wieku dorosłym i była niezależna od orientacji seksualnej. Zdaniem autorów, badanie to było pierwszym, które wykazało kobiecą strukturę mózgu u transplciowych kobiet i potwierdziło hipotezę, że tożsamość płciowa rozwija się w wyniku interakcji między rozwijającym się mózgiem a hormonami płciowymi.

Ostatnie badania koncentrowały się na łączności mózgowej między osobami z i bez niezgodności płciowej, pokazując różnice w sieciach mózgowych związanych z obrazem ciała (Pasquino i in., 2008). Nadal jednak wiele nie wiadomo na temat zakresu i okresu, w jakim czynniki psychospołeczne i biologiczne mają (specyficzny) udział w rozwoju, a także możliwych interakcji między różnymi zaangażowanymi czynnikami (de Graff, 2018).

Wcześniejsze badania nad rozwojem niezgodności płciowej koncentrowały się przede wszystkim na wpływie indywidualnych czynników psychologicznych, takich jak interakcja matka – dziecko i/lub nieobecność lub bierna obecność ojca (Stoller, 1975; za: van der Grinten i in., 2020). Dowody na rolę poszczególnych czynników psychologicznych są jednak ograniczone (Steensma i in., 2013). Późniejsze teorie sugerują, że rozwój niezgodności płciowej był procesem wieloczynnikowym, w którym swój udział mają czynniki rodzicielskie i środowiskowe. Zgodnie z tymi założeniami, niezgodność płciowa rozwija się w momencie, gdy czynniki temperamentne dziecka (takie jak reaktywność emocjonalna) i czynniki rodzicielskie (trudności psychiczne u rodziców) oraz czynniki specyficzne (takie jak brak wyznaczania granic przez rodziców)

występują jednocześnie w pewnym krytycznym przedziale czasowym w rozwoju dziecka (van der Grinten i in., 2020). Chociaż w przypadku niektórych ogólnych czynników, takich jak poziom lęku u dziecka, badania wykazały pewne potwierdzenie, że dowody na określone czynniki związane z dzieckiem i rodzicami są ograniczone lub ich brakuje (Steensma i in., 2013).

Badania nad rolą czynników biologicznych zaangażowanych w rozwój niezgodności płciowej koncentrowały się głównie na czynnikach genetycznych, roli (prenatalnych) hormonów płciowych i różnicach w mózgu. Wkład genetyczny w rozwój niezgodności płciowej wykazano w badaniach bliźniąt, wykazując wysokie współwystępowanie niezgodności płciowej u par bliźniąt monozygotycznych i brak takiej zależności u par bliźniąt dwuzygotycznych (Heylens i in., 2012).

Innymi słowy przyczynowa rola między genami, hormonami, strukturą mózgu, zachowaniem i niezgodnością płciową jest nadal kwestionowana (Glidden i in., 2016), a sposób, w jaki te różne czynniki wchodzą w interakcje, jest mniej jasny i mniej zbadany.

2.3.3. Szacowana wielkość populacji osób transpłciowych

Obecna literatura na temat liczby i odsetka osób transpłciowych jest wysoce heterogeniczna. Podczas gdy w większości badań skupiających się na osobach, które szukają lub korzystają z wsparcia związanego z dysforią płciową, szacunki zainteresowania ogólnie wahały się od 1 do 30 na 100 000 osób, stwierdzono, że liczba osób identyfikująca się jako osoby transpłciowe może być o rząd wielkości większa. Szacunki dotyczące osób, które same siebie określiły jako osoby transpłciowe, wahały się od 100 do 2000 na 100 000 osób lub od 0,1% do 2% wśród dorosłych, a wśród osób niepełnoletnich – od 1,3% do 2,7% (Goodman i in., 2019).

Szacowanie liczby osób transpłciowych w Polsce jest trudna, ponieważ dotychczas statystyki odnosiły się wyłącznie do osób uzyskujących diagnozę zaburzeń identyfikacji płciowej według bardzo rygorystycznych kryteriów (między innymi odnoszącymi się do wymogów pełnej binarności, potrzeby pełnego procesu tranzycji oraz identyfikowania się jako osoba heteroseksualna), które były poddawane procedurom leczenia dysforii płciowej i procesowi prawnego uzgodnienia danych metrykalnych (Kłonkowska, 2015). Oznacza to, że liczebność osób transpłciowych w Polsce jest mocno niedoszacowana, ponieważ obejmuje jedynie część populacji, która uzyskała pełną diagnozę oraz z powodzeniem ukończyła procedurę prawnego uzgodnienia płci (Ibidem).

Liczba osób z dysforią płciową i odczuwaną niezgodnością płci, które szukają diagnostyki, wsparcia i leczenia w poradniach zajmujących się tożsamością płciową, znacznie wzrosła na przestrzeni ostatnich dekad w Europie i Ameryce Północnej (Aitken i in., 2015; de Vries i in., 2015). Na przykład odnotowano wzrost częstości zgłoszeń do poddania się operacjom uzgodnienia płci lub terapii hormonalnej w latach 1960-2010 w Szwecji (Dhejne i in., 2014), w Holandii w latach 1975-1992 (van Kesteren, Gooren i Megens, 1996) oraz w Serbii w latach 1999-2006 (Vujovic i in., 2009). Liczba osób z rozpoznaniem niezgodności płciowej w dokumentacji medycznej wzrosła w latach 1975-2015 w Holandii (Wiepjes i in., 2018) oraz w latach 2007-2015 w Hiszpanii (Becerra-Fernandez i in., 2017).

Widoczne są również czasowe zmiany w odsetku osób, które identyfikują się jako osoby transpłciowe. Meerwijk i Sevelius (2017) podsumowali dane z pięciu różnych badań populacyjnych, które gromadzą dane na temat tożsamości transpłciowych w Stanach Zjednoczonych w latach 2007-2015. Metaanaliza wykazała, że odsetek respondentów identyfikujących się jako osoby transpłciowe wzrastał średnio o 0,026% rocznie.

Wzrost rozpowszechnienia dysforii płciowej i niezgodności płciowej w ostatnich latach jest prawdopodobnie spowodowany szeregiem interaktywnie powiązanych czynników np. zwiększoną widocznością osób transpłciowych w mediach. Pojawianie się transpłciowych postaci w telewizji i kinie sprawia, że osoby transpłciowe wkraczają do świadomości społecznej jako coraz powszechniejsze zjawisko i prawdopodobnie przyczynia się do przynajmniej częściowej destygmatyzacji transpłciowości (Bouman, de Vries i T'Sjoen, 2016). Powszechna dostępność informacji w Internecie i innych kanałach komunikacji na temat dysforii płciowej i niezgodności płciowej prawdopodobnie również przyczynia się do destygmatyzacji (Coleman i in., 2012; Wylie i in., 2014).

Na podstawie dostępnych dotychczas wiarygodnych dowodów naukowych, odsetek osób identyfikujących się jako osoby transpłciowe waha się obecnie między 0,1% do 2,7% w populacji w zależności od kryteriów włączania, wieku uczestników badania i położenia geograficznego, co oznacza, że osoby transpłciowe reprezentują znaczącą część populacji ogólnej (Goodman i in., 2019).

2.3.4. Współwystępowanie dysforii płciowej z zaburzeniami psychicznymi

Badanie Bränströma i Pachankisa (2020) wskazuje, że osoby z rozpoznaniem dysforii płciowej około sześć razy częściej zgłaszały się do lekarzy z powodu jakichkolwiek zaburzeń nastroju lub zaburzeń lękowych, od trzech do czterech razy częściej otrzymały

receptę na leki przeciwdepresyjne lub przeciwlękowe i ponad sześć razy częściej były hospitalizowane po próbie samobójczej w porównaniu do ogółu populacji.

Badania wykazały podwyższone wskaźniki depresji, lęku i problemów somatycznych wśród dorosłych osób transpłciowych, a badacze przypisali te podwyższone wyniki problemom ze zdrowiem psychicznym, odczuwanemu stresowi mniejszościowemu (Bockting i in., 2013; Perez-Brumer i in., 2015). Te wyniki wśród dorosłych są zgodne z badaniami przeprowadzonymi wśród transpłciowej młodzieży. Moyer i współpracownicy (Moyer, Connelly i Holley, 2019) stwierdzili wysokie wskaźniki depresji, lęku i myśli samobójczych wśród transpłciowych nastolatków. Podobnie Parodi i współpracownicy (2022) stwierdzili, że wśród tej grupy najczęściej zgłaszane są objawy zaburzeń lękowych, a następnie odpowiednio depresja, samookaleczenia i objawy PTSD. W badaniu Stewarta i współpracowników (2021) młodzież transpłciowa zgłaszała znacznie wyższy poziom lęku, depresji, wycofania społecznego, wysokiego poziomu ryzyka samobójstwa i/lub samookaleczenia oraz częściej doświadczała przemocy emocjonalnej oraz słabszych i mniej wspierających relacji rodzinnych niż młodzież cisplciowa.

Terapie afirmujące płeć wydają się redukować zarówno dysfориę płciową (Bandini i in., 2013; Nguyen i in., 2018; Nota i in., 2019) jak i objawy zaburzeń psychicznych (Colizzi i in., 2013, 2014; Witcomb i in., 2018; Heylens i in., 2014). Wciąż jednak wyższe wskaźniki psychopatologii w porównaniu do populacji cisplciowych utrzymują się po interwencjach medycznych (np. Bandini i in., 2013). Niektóre badania sugerują nawet, że wskaźniki lęku i depresji nie różnią się przed i po leczeniu afirmującym płeć (Megeri i Khoosal, 2007). Zatem prawdopodobnie istnieją inne czynniki, które wpływają na wyższe wskaźniki psychopatologii w populacji transpłciowej.

Niekorzystne reakcje rodziców na niezgodność płciową nastolatka zostały odnotowane jako szczególne ryzyko wystąpienia problemów ze zdrowiem psychicznym w tej populacji (Mayer, Garofalo i Makadon, 2014). „Coming out”, czyli przedstawienie swojej odczuwanej tożsamości płciowej, może zakłócić relację rodzic-dziecko i dynamikę rodziny, ponieważ rodzice mogą negatywnie zareagować na poszukiwanie przez nastolatka swojej tożsamości płciowej lub mogą nie być w stanie odpowiednio wspierać nastolatka w tym procesie (Ibidem). Stwierdzono dodatnie związki między odrzuceniem przez rodziców, a skutkami takimi jak samobójstwo, depresja, używanie substancji psychoaktywnych i bezdomności (Bauer i in., 2015; Grossman i D’augelli, 2007; Simons i in., 2013; Travers i in., 2012). Ponadto Travers i współpracownicy (2012) stwierdzili, że 57% młodzieży transpłciowej, które deklarują brak wsparcia rodziców, zgłosiło próbę

samobójczą w ciągu ostatniego roku w przeciwieństwie do osób odczuwających wsparcie rodziców, gdzie próbę zgłosiło 4% nastolatków. Co więcej, stwierdzono, że dzieci, które są wspierane w swojej tożsamości przez rodziny, mają wskaźniki depresji takie same jak ich cispłciowi rówieśnicy, poza minimalnie wyższym poziomem lęku (Olson i in., 2016). Badania wykazały, że więź z rodzicami działa jako czynnik ochronny przed negatywnymi skutkami w zakresie zdrowia psychicznego wśród młodzieży transpłciowej (Taliaferro i in., 2014; Gower i in., 2018). Jednocześnie nieproporcjonalnie duży odsetek transpłciowych nastolatków zgłasza brak wsparcia rodziców (Clark i in., 2014; Kaltiala i in., 2023).

Również badania na dorosłych osobach transpłciowych wskazują, że związek pomiędzy wsparciem rodziny a dobrostanem psychicznym jest istotny, a także szczególnie widoczny w trakcie procesu tranzycji (Budge i Howard, 2013). W badaniu Puchett i współpracowników (2019) wykazano istnienie silnej korelacji między wsparciem rodziny a objawami lęku i depresji. Jednocześnie badanie Kaptana i współpracowników (2021) pokazało, że postrzegane wsparcie rodziny u osób z dysforią płciową jest niższe niż w grupie kontrolnej.

2.3.5. Rola stresu mniejszościowego

Osoby transpłciowe są narażone na wysoki poziom dyskryminacji ze względu na swoją tożsamość płciową lub ekspresję płciową (Glynn i in., 2016). Mogą doświadczać form stresu związanego z należeniem do grupy mniejszościowej, które są wspólne dla osób LGBT+ lub innych grup mniejszościowych, takich jak dyskryminacja, odrzucenie społeczne czy przestępstwa z nienawiści, a także wyjątkowych dla tej grupy stresorów, takich jak przymus ukrywania swojej tożsamości (McConnell i in., 2018) czy zinternalizowana transfobia (Scandura i in., 2018). Te wyjątkowe stresory, z którymi borykają się grupy mniejszościowe, mogą mieć negatywne konsekwencje dla zdrowia psychicznego i fizycznego (Brewster i in., 2013; Brewster i in., 2014; Lombardi i in., 2002).

Teoria stresu mniejszościowego zakłada, że osoby należące do grup mniejszościowych są narażone na wyższy poziom stresorów społeczno-kulturowych w porównaniu z grupami niebędącymi mniejszościami oraz że takie stresory negatywnie wpływają na ich zdrowie psychiczne (Brooks, 1981; Meyer, 2003). Czynniki stresowe związane z przynależnością do grupy mniejszościowej zostały opisane jako stresory mniejszościowe i doprowadziły do powstania Modelu Stresu Mniejszościowego (Meyer, 2003). Model

ten został wykorzystany do wyjaśnienia, w jaki sposób długoterminowa akumulacja stresorów mniejszościowych prowadzi do zwiększonego wskaźnika psychopatologii w populacjach mniejszościowych.

Model Stresu Mniejszościowego (Meyer, 2003) definiuje dwie szerokie kategorie stresorów: stresory dystalne, które są zewnętrznie wyrażanymi uprzedzeniami skierowanymi przeciwko jednostce, takimi jak odrzucenie i nękanie ze względu na status mniejszościowy jednostki, oraz stresory proksymalne, które są wewnętrznymi doświadczeniami jednostki lub subiektywne reakcje emocjonalne związane z dystalnymi stresorami. Jednym z stresorów proksymalnych jest stres związany z koniecznością bycia świadomym swojej tożsamości mniejszościowej podczas poruszania się w codziennym życiu w celu uniknięcia krzywdy, konfliktu i odrzucenia oraz poczucia konfliktu z dominującymi wartościami społecznymi. Ogólny wpływ zarówno dystalnych, jak i proksymalnych stresorów na zdrowie psychiczne został szeroko udokumentowany zarówno w badaniach przekrojowych (Kelleher, 2009), jak i podłużnych (np. Bränström, 2017; Burton i in., 2013). Model ten sprawdził się również w populacjach innych niż zachodnie (np. Sattler i Lemke, 2019; Stojanovski i in., 2018).

Model Stresu Mniejszościowego został pierwotnie zastosowany do populacji lesbijek, gejų i osób biseksualnych (LGB) przez Meyera (2003), który badał jego związki z psychopatologią, taką jak lęk i depresja. Model został następnie zaadaptowany przez Hendricksa i Testa (2012) w celu wykorzystania go jako ramy wyjaśniającej wyższe wskaźniki psychopatologii w populacji transpłciowej. Potrzeba takiego modelu dla tej populacji została uznana za niezbędną, ponieważ badania sugerują, że wysokie wskaźniki depresji i lęku w populacjach transpłciowych są istotnie związane z koniecznością ukrywania tożsamości i wiktymizacją (Bockting i in., 2013; Hoffman, 2014; Pflum i in., 2015; Scandurra i in., 2017), które można prawdopodobnie rozumieć jako stresory mniejszościowe.

Badanie Testy i współpracowników (2012) potwierdziło, że osoby transpłciowe, które doświadczyły przemocy fizycznej lub seksualnej, miały czterokrotnie wyższe ryzyko podjęcia próby samobójczej niż te osoby, które nie doświadczyły tych form przemocy. Ta zależność była widoczna zarówno w grupie mężczyzn transpłciowych, jak i kobiet transpłciowych. Zauważyli również istotny związek między historią przemocy fizycznej i seksualnej a historią nadużywania alkoholu (Testa i in., 2012).

Oporając się na modelu stresu mniejszościowego (Meyer, 1995), Testa i in. (2015) zidentyfikowali 3 specyficzne dla osób transpłciowych stresory proksymalne:

zinternalizowaną transfobię, antycypację odrzucenia i ukrywanie swojej tożsamości. Zinternalizowana transnegatywność, czasami określana jako zinternalizowana transfobia (Testa i in., 2017), odnosi się do internalizacji przez osobę transpłciową negatywnych przekonań na temat osób transpłciowych (Staples i in., 2018). Jak dotąd kilka badań wykazało, że zinternalizowana transnegatywność wiąże się wyższym ryzykiem samobójstwa, depresją i lękiem społecznym (Perez-Brumer i in., 2015; Testa i in., 2015; Testa i in., 2017). Antycypacja odrzucenia odczuwana przez dorosłe osoby transpłciowe, czyli przekonanie, że osoby transpłciowe doświadczą odrzucenia lub dyskryminacji z powodu ich statusu społecznego (Testa i in., 2017), jest związana z wyższym ryzykiem samobójstwa i cierpieniem psychicznym (Bockting i in., 2013; Testa i in., 2017). Badania dotyczące związku między ukrywaniem się, czyli próbami ukrywania swojej tożsamości transpłciowej (Testa i in., 2017), a zdrowiem psychicznym są niejednoznaczne. Podczas gdy niektóre badania wykazały związek między ukrywaniem swojej tożsamości płciowej a myślami samobójczymi (np. Testa i in., 2017), inne badania nie wykazały takiego związku (np. Scandurra i in., 2017). Tę niejednoznaczność można wytłumaczyć rolą, jaką pełni ukrywanie tożsamości, czyli zapobieganie dystalnym stresorom, takim jak dyskryminacja lub przemoc i związane z nimi problemy ze zdrowiem psychicznym (Rood i in., 2017; Scandurra i in., 2017).

Model teoretyczny Lindley'a i Galupo (2020) sugeruje włączenie dysforii płciowej do proksymalnych stresorów Modelu Stresu Mniejszościowego. W ostatnich latach uznano, że istnieje istotny element społeczny dysforii płciowej, który mogą wywoływać sytuacje społeczne np. błędne odczytanie płci przez innych lub kwestionowanie własnej tożsamości (Galupo i in., 2020; McGuire i in., 2016). Autorzy wskazali, że doświadczenie dysforii płciowej obejmuje internalizację doświadczeń społecznych, co poszerza perspektywę kliniczną, która skupia się przede wszystkim na rozpoznaniu cierpienia związanego z cielesnością. Stopień, w jakim jednostki doświadczają zgodności płciowej, zależy również od ich przekonań na temat własnej transpłciowej tożsamości np. zinternalizowana transfobia wpływa na poziom odczuwanej dysforii płciowej (Lindley i Galupo, 2020; Castellini i in., 2017; Fisher i in., 2017). Oznacza to, że dysforia płciowa może być związana z czynnikami kontekstowymi, które są internalizowane przez osoby trans, takimi jak zinternalizowana transfobia lub transnormatywność (Anzani i in., 2022).

Transnormatywność można zdefiniować jako społeczne zasady i oczekiwania wobec osób transpłciowych (Bradford i Syed, 2019). Jest to pewien rodzaj nacisku, aby jak

najbardziej dopasować się do normatywnych standardów poprzez wyglądanie i zachowywanie się jak najbardziej zgodnie ze stereotypami dotyczącymi płci odczuwanej. Zgodnie z tym systemem przekonań, zasadność tożsamości osób transpłciowych jest poddawana społecznej ewaluacji, a osoby transpłciowe są nagradzane lub karane w zależności od tego, jak bardzo wpasowują się w te założenia. Wykazano, że transnormatywność ma negatywny wpływ na samoocenę osób transpłciowych (Carver, Yunger i Perry, 2003), a także ma wpływ na potencjalne problemy ze zdrowiem psychicznym (Menon, 2017).

Chociaż często podkreśla się tylko najbardziej negatywne aspekty doświadczeń osób transpłciowych, pozytywne doświadczenia mogą odgrywać ważną rolę w zakresie dobrego samopoczucia, rozwoju osobistego, rezyliencji i wsparcia społecznego (Budge i in., 2014; Galupo i in., 2014; Riggle i Mohr, 2015). Matsuno i Israel (2018) stworzyli model interwencji w zakresie odporności osób transpłciowych (TRIM) składający się z czynników na poziomie indywidualnym i grupowym: poczucie własnej wartości, samoakceptacja i/lub duma, oraz posiadanie pozytywnych wzorców do naśladowania i bycie pozytywnym wzorem do naśladowania. Zasoby indywidualne (np. duma z własnej tożsamości) i zasoby społeczne (np. powiązania ze społecznością; Puckett i in., 2019) mogą złagodzić powiązania między stresem mniejszościowym a negatywnym wpływem psychicznym (Testa i in., 2015). Riggle i in. (2008, 2011) przeprowadzili badania jakościowe, aby zbadać pozytywne aspekty tożsamości transpłciowej oparte na indywidualnych narracjach i wyróżnili pięć czynników: autentyczność, intymność, społeczność, sprawiedliwość społeczna i wgląd. Te pozytywne czynniki tożsamościowe były związane z dobrostanem psychicznym (Rostosky i in., 2018).

Cechy intrapsychiczne, które promują rezyliencję w populacjach ogólnych, takie jak poczucie własnej wartości, są również korzystne dla osób transpłciowych (Singh i in., 2011). Na poczucie własnej wartości osób transpłciowych może mieć wpływ ich postrzeganie własnej wartości przez pryzmat tożsamości transpłciowej. Pozytywne nastawienie do własnej tożsamości (np. przekonanie, że bycie osobą transpłciową jest ważne, akceptowalne i wartościowe) oraz pozytywne postrzeganie innych członków swojej grupy społecznej to komponenty koncepcji określanej jako duma z tożsamości (Testa i in., 2015). Zarówno badania ilościowe, jak i jakościowe pokazują, że duma z tożsamości jest kojarzona negatywnie z cierpieniem psychicznym (Bockting i in., 2013; Singh, 2013).

2.3.6. Obraz ciała osób transpłciowych

Niektórzy badacze sugerują, że to niezadowolenie z ciała jest głównym powodem cierpienia osób transpłciowych przed rozpoczęciem leczenia dysforii płciowej, co wynika z niegodności między biologicznymi aspektami płci a odczuwaną tożsamością płciową (np. Algars i in., 2012). Badanie Becker i współpracowników (2018) wskazuje, że osoby odczuwające dysfориę płciową czuły się mniej atrakcyjne i miały niższą pewność siebie, a także doświadczały większego dyskomfortu związanego z seksualnością niż osoby cispłciowe. Wyniki te są zgodne z wcześniejszymi badaniami, które wskazują, że osoby z dysfориą płciową są ogólnie mniej zadowolone ze swojego ciała i wyglądu niż populacje kontrolne (Algars i in., 2010; Becker i in., 2016, Jones i in., 2016; Kraemer i in., 2008; van de Grift i in., 2016; Witcomb i in., 2015).

Badania dotyczące obrazu ciała wśród osób binarnych koncentrują się na niezadowoleniu ciała w kontekście zaburzeń odżywiania (Algars i in., 2012; Vocks i in., 2009; Witcomb i in., 2015) oraz dysforii płciowej (Miarabella i in., 2020; Morris i Galupo, 2019). Te obawy dotyczące obrazu ciała są rozumiane w odniesieniu do niezgodności płci (Jones i in., 2019) i uprzedzeń wobec osób transpłciowych (Velez i in., 2016) jako napędzające potrzebę, by transpłciowe kobiety i mężczyźni dostosowali swoje ciała do swojej tożsamości płciowej.

Według badań (Algars i in., 2010; Bandini i in., 2013; Kraemer i in., 2007, Vocks i in., 2009; van de Grift i in., 2016) osoby transpłciowe zgłaszały najwyższy stopień niezadowolenia ze swoich pierwszorzędowych i drugorzędowych cech płciowych. Transpłciowe kobiety zgłaszały wyższe i inne niezadowolenie z ciała w porównaniu do transpłciowych mężczyzn (de Vries i in., 2011; Becker i in., 2016; Fisher i in., 2014; van de Grift i in., 2016). W grupie kobiet niezadowolenie dotyczyło głównie genitaliów i owłosienia na ciele, podczas gdy mężczyźni zgłaszali większe niezadowolenie z klatki piersiowej i bioder. Van de Grift i współpracownicy (2016) stwierdzili, że tranzycja społeczna oraz uzyskanie „passingu”, czyli społeczne uznanie doświadczanej płci (inaczej stan, w którym inni ludzie odbierają osobę transpłciową jako osobę płci odczuwanej) koresponduje z wyższą satysfakcją z ciała. Ponadto pozytywny wpływ interwencji medycznych afirmujących płeć na zadowolenie z ciała (Jones i in., 2016) również potwierdza znaczenie „passingu”.

W przypadku osób niebinarnych, badania wskazują, że ta grupa zgłasza mniejszą dysfориę płciową (Jones i in., 2019). Ostatnie badania wykazały, że niektóre osoby niebinarne

popierają androgyniczne ideały ciała. Cusack i Galupo (2020) opisują sposoby, w jakie osoby niebinarne angażują się w unikalne zachowania polegające na sprawdzaniu ciała, które nie służą podtrzymywaniu objawów zaburzeń odżywiania, ale mają na celu zmniejszenie prawdopodobieństwa błędnej interpretacji płci lub identyfikacji na podstawie domniemanej przypisanej płci. Podobnie w kolejnych badaniach Galupo i współpracownicy (2021) opisuje, że wiele niebinarnych osób transpłciowych wyznaje ideał androgynii i postrzega to jako sposób na lepsze odzwierciedlenie swojej tożsamości płciowej i osiągnięcie spójności wyglądu. Osoby uczestniczące w badaniu deklarowały, że androgyniczne ideały były przez nich postrzegane jako wolność od posiadania części ciała, które wyznaczają płć binarną i służą zmniejszeniu znaczenia płci w sposobie, w jaki jest ona społecznie odczytywana przez innych. Odkrycia te rezonują z badaniem McGuire i współpracowników (2016) dotyczącym obrazu ciała osób transpłciowych, w którym uczestnicy opisywali swoje ciało w sposób celebrujący wyzwolenie z ról związanych z płcią, norm społecznych i związanych z płcią oczekiwań wobec ciała.

Niezadowolenie z własnego ciała może wynikać z dysforii płciowej, ale także z kulturowo podkreślanych ideałów związanych z płcią w celu osiągnięcia bardziej kobiecego lub męskiego kształtu ciała, w zależności od tożsamości płciowej. Langer (2014) rozróżnia transpłciowe doświadczenie cielesne na publiczne i prywatne. Podczas gdy decyzja o rozpoczęciu terapii testosteronem w celu wywarcia wpływu na ciało u osoby transpłciowej męskiej może być prywatnie motywowana zakończeniem miesiączki lub potwierdzeniem męskości, może także służyć celowi publicznemu, wpływając na postrzeganie społeczne tożsamości osoby np. poprzez pojawienie się zarostu i obniżenie głosu. W badaniu van de Grift i współpracowników (2016) pokazały, że to te publiczne części ciała najbardziej wpływają na ogólne zadowolenie z ciała. Badani zgłaszali głównie relatywnie wysokie niezadowolenie z aspektów wyglądu, które wpływają na „passing”. Ponadto transpłciowe kobiety zgłaszają dążenie do tego, by szczupła sylwetka wyglądała bardziej kobieco (Algars i in., 2012; Witcomb i in., 2015), co może sugerować, że kobiety transpłciowe są podatne na takie przekazy kulturowe. Uważa się, że w populacjach cispłciowych zinternalizowany ideał szczupłej sylwetki bezpośrednio sprzyja niezadowoleniu z ciała, ponieważ ideał ten jest praktycznie nieosiągalny dla większości kobiet (np. Thompson i Stice, 2001). Osiągnięcie tego ideału może być jeszcze bardziej nierealne w przypadku kobiet transpłciowych, ponieważ niektórych cech ciała nie można zmienić medycznie lub fizycznie (np. szerokie ramiona). Internalizacja przekazu kulturowego, że szczupłe jest piękne, jest czynnikiem ryzyka zaburzeń

odżywiania się u kobiet cispłciowych (Witcomb i in., 2013) i dlatego może być także szczególnym zagrożeniem dla kobiet transpłciowych (np. Algars i in., 2010).

Zakłada się, że niezadowolenie z ciała odgrywa kluczową rolę w rozwoju zaburzeń odżywiania wśród osób transpłciowych (Algars i in., 2010; Diemer i in., 2015; Jones i in., 2016; Khoosal i in., 2009; Vocks i in., 2009; Witcomb i in., 2015). Wcześniejsze badania sugerowały, że wyższe wskaźniki zaburzeń odżywiania wynikają z tego, że osoby transpłciowe próbują kontrolować swoją wagę i kształt ciała, aby złagodzić dysfориę płciową (Gordon i in., 2016; Jones i in., 2016) oraz być postrzeganym zgodnie z odczuwaną tożsamością płciową (Brewster i in. 2019). Na przykład mężczyzna transpłciowy może się angażować w nieprawidłowe zachowania żywieniowe, aby zmniejszyć swój rozmiar bioder i piersi, aby wyglądać bardziej męsko. Przegląd literatury dotyczącej niebinarnych nastolatków z zaburzeniami odżywiania wykazał, że ograniczenia żywieniowe i zachowania kompensacyjne były stosowane przez osoby w celu opóźnienia rozwoju dojrzewania lub uzyskania cech fizycznych bardziej zgodnych z tożsamością płciową (Coehlo i in., 2019).

Badania wskazują, że zmniejszenie dysfории płciowej poprzez medyczny proces uzgodnienia płci może również zmniejszyć zaburzenia odżywiania (Jones i in., 2018; Testa i in., 2017). Jednak nawet po otrzymaniu leczenia wskaźniki zaburzeń odżywiania są wyższe wśród osób transpłciowych niż cispłciowych (Bandini i in., 2013). Sugeruje to, że nie tylko dysfORIA płciowa zorientowana na cielesność jest predyktorem zaburzeń odżywiania u osób transpłciowych.

Również rola stresorów mniejszościowych w zaburzeniach odżywiania była badana w populacji transpłciowej (Velez i in., 2016; Brewster i in., 2019). Velez i współpracownicy (2016) stwierdzili, że dyskryminacja pozytywnie przewidywała monitorowanie ciała i kompulsywne ćwiczenia fizyczne, a negatywnie – zadowolenie z ciała u mężczyzn transpłciowych. Brewster i współpracownicy (2019) stwierdzili, że ten sam stresor pozytywnie przewidywał niezadowolenie z ciała i zaburzenia odżywiania wśród kobiet transpłciowych.

Czynniki związane z zaburzeniami odżywiania w populacji cispłciowej mogą być szczególnie istotne wśród osób transpłciowych. Badania konsekwentnie wykazały, że osoby transpłciowe poszukujące leczenia zgłaszają wysoki poziom problemów ze zdrowiem psychicznym, takich jak zaburzenia lękowe i depresja (np. Davey i in., 2015; Millet i in., 2017), perfekcjonizm (Khoosal i in., 2009) oraz problemy interpersonalne (Davey i in., 2015) w porównaniu z osobami cispłciowymi. Badanie Khoosal i

współpracowników (2009) wykazały, że średni wynik perfekcjonizmu pacjentów transpłciowych przed i po operacji uzgodnienia płci był znacznie wyższy niż u cisplciowych mężczyzn i kobiet, a nawet wyższy niż w grupie porównawczej z objawami zaburzeń odżywiania. Pozostałe wskaźniki zaburzeń odżywiania w skali Inwentarza Zaburzeń Odżywiania wśród pacjentów transpłciowych były niższe niż grupa porównawcza z zaburzeniami odżywiania.

Część badań wskazała, że leczenie farmakologiczne może w dłuższej perspektywie zwiększać zadowolenie z ciała, zarówno wśród młodzieży (de Vries i in., 2014), jak i u dorosłych (Smith i in., 2005; van de Grift i in., 2017). Znaczący wpływ na obraz ciała w badaniach przekrojowych u dorosłych odnotowano w przypadku leczenia hormonalnego (Fisher i in., 2014) oraz operacji (Bandini i in., 2013). Jednocześnie Becker i współpracownicy (2015) stwierdzili, że transpłciowi mężczyźni byli niezadowoleni ze wszystkich cech ciała kulturowo łączonych z płcią żeńską (nie tylko cech charakterystycznych dla dymorfizmu płciowego) i dlatego doszli do wniosku, że obawy związane z obrazem ciała u osób transpłciowych nie powinny być zredukowane do części ciała związanych z płcią (jak piersi, genitalia itp.). To odkrycie można wytłumaczyć faktem, że nie wszystkie części ciała związane z kobiecością (np. zaokrąglone biodra) i męskością (np. duże dłonie) można modyfikować (np. przez operacje lub ćwiczenia). W kolejnym badaniu Becker i współpracownicy (2018) zauważyli, że poczucie zadowolenia z ciała, atrakcyjności i pewności siebie było wciąż niskie nawet po interwencji hormonalnej i operacji. Jest to ważne odkrycie biorąc pod uwagę, że niezadowolenie z własnego ciała u osób transpłciowych jest związane z wieloma aspektami zdrowia psychicznego, takimi jak zaburzenia odżywiania (Algars i in., 2010; Jones i in., 2016; Khoosal i in., 2009; Witcomb i in., 2015), dystresu psychospołecznego (Bouman i in., 2016), a także może obniżać ogólną jakość życia (Smith i in., 2005; van de Grift i in., 2017). Zatem dodatkowe poradnictwo podczas interwencji medycznych związanych z tranzycją wydaje się niezbędne dla osób z dysforią płciową, aby zapewnić im dobrostan psychiczny w dłuższej perspektywie (Becker i in., 2018). Na przykład, zamiast skupiać się wyłącznie na poprawie zadowolenia z części ciała związanych bezpośrednio z płciowością poprzez interwencje medyczne, należy zająć się psychologicznymi i społecznymi aspektami obrazu ciała (Jones i in., 2016).

3. Metodologia:

3.1. Cel badania

Celem badania jest weryfikacja czy wśród osób transpłciowych występuje wyższy perfekcjonizm niż w grupie osób cispłciowych oraz zbadanie potencjalnego wpływu perfekcjonizmu na odczuwanie dysforii płciowej oraz niskiej satysfakcji z ciała wśród osób transpłciowych.

Postawiono następujące pytania badawcze:

1. Czy istnieje różnica w poziomie perfekcjonizmu pomiędzy osobami transpłciowymi a osobami nietranspłciowymi?
2. Czy istnieje różnica w poziomie perfekcjonizmu, satysfakcji z ciała i dysforii płciowej pomiędzy transpłciowymi kobietami a transpłciowymi mężczyznami?
3. Czy występuje związek pomiędzy spójnością wyglądu a perfekcjonizmem wśród osób transpłciowych?
4. Czy występuje związek pomiędzy perfekcjonizmem a zadowoleniem w ciała wśród osób transpłciowych?
5. Czy występuje związek pomiędzy zadowoleniem z ciała a spójnością wyglądu wśród osób transpłciowych?
6. Czy perfekcjonizm wpływa na zadowolenie z ciała i spójność wyglądu wśród osób transpłciowych?

Postawiono następujące hipotezy badawcze:

H1: Perfekcjonizm wśród osób transpłciowych jest wyższy niż wśród osób nietranspłciowych.

H2: Kobiety transpłciowe mają niższą samoocenę swojego ciała oraz a) wyższy poziom perfekcjonizmu i b) wyższy poziom dysforii płciowej niż mężczyźni transpłciowi.

H3: Wysoka spójność wyglądu koreluje ujemnie z wysokim poziomem perfekcjonizmu wśród osób transpłciowych.

H4: Wysoki poziom perfekcjonizmu koreluje ujemnie z wysokim poziomem zadowolenia z ciała wśród osób transpłciowych.

H5: Wysoki poziom zadowolenia z ciała koreluje dodatnio z wysoką spójnością wyglądu (niską dysforią płciową) wśród osób transpłciowych.

H6: Perfekcjonizm wśród osób transpłciowych ma wpływ na a) odczucie dysforii płciowej i b) niskie zadowolenie z wyglądu.

3.2. Procedura badania

Badanie przeprowadzono za pomocą metody kwestionariuszowej poprzez formularz online. Osoby transpłciowe będące grupą badaną były rekrutowane poprzez udostępnianie linku do badania na grupach, forach i stronach internetowych dedykowanych osobom transpłciowym. Czas wypełnienia formularza to ok. 30 minut. W badaniu mogły wziąć udział jedynie osoby pełnoletnie. Przed przystąpieniem do wypełnienia kwestionariuszy, uczestnicy badania musieli wyrazić świadomą zgodę w udziale w badaniu poprzez zaznaczenie odpowiedzi potwierdzającej chęć udziału w badaniu.

Pierwotnie w badaniu wzięło udział 386 osób, jednakże dane 7 uczestników badania zostały usunięte ze względu na dwukrotnie nieprawidłowe udzielenie odpowiedzi na pytania kontrolne.

3.3. Metody badania

3.3.1. Dane metrykalne

Formularze dla obu grup obejmowały pytania dotyczące wieku, miejsca zamieszkania (gęstości zaludnienia), poziomu wykształcenia, zatrudnienie, status związku oraz tożsamość seksualną. W przypadku grupy badanej osoby deklarowały zarówno odczuwaną tożsamość płciową oraz płeć rozpoznaną przy urodzeniu. Grupa kontrolna deklarowała swoją płeć. W obu wersjach formularza pytania dotyczące płci miały formę odpowiedzi otwartej, aby uczestnicy badania mogli swobodnie zadeklarować swoją tożsamość zgodnie ze swoim odczuciem.

Formularz przeznaczony dla grupy badanej obejmował również deklaracje dotyczące etapu tranzycji (opiniowanie seksuologiczne, terapia hormonalna zastępcza, inhibitory dojrzewania, korekta klatki piersiowej, histerektomia, operacje uzgodnienia płci i prawne uzgodnienie płci). Osoby uczestniczące mogły udzielić następujących odpowiedzi: jestem po, jestem w trakcie, planuję w przyszłości, nie planuję oraz nie dotyczy. Osoby badane odpowiadały także na pytanie w jaki sposób funkcjonują w swoim otoczeniu: zgodnie z swoją tożsamością, zależnie od otoczenia lub kontekstu czy może w żadnych okolicznościach (pytanie otwarte).

3.3.2. Narzędzia psychologiczne

3.3.2.1. Skala Zgodności Płciowej (TCS)

Skala Zgodności Płciowej (Transgender Congruence Scale, Kozee i in., 2012) składa się z 12 stwierdzeń dotyczących odczuć wobec swojej tożsamości na przestrzeni ostatnich dwóch tygodni. Odpowiedzi znajdują się na pięciostopniowej skali Likerta (1–5 punktów za każde stwierdzenie). Skala mierzy dwa czynniki: zgodność wyglądu (stwierdzenia 1–9), który sprawdza, czy zdaniem osoby jej wygląd zewnętrzny adekwatnie reprezentuje jej tożsamość płciową oraz akceptację swojej tożsamości płciowej (stwierdzenia 10–12). Niższy średni wynik wiąże się z większymi objawami dysforii płciowej.

Skala została zaprojektowana w celu podejścia do tożsamości płciowej jako spektrum, w przeciwieństwie do poprzednich skal (Utrecht Gender Dysphoria Scale oraz The Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire), które opierały się na binarnym modelu tożsamości płciowej. Wszystkie stwierdzenia w kwestionariuszu zostały przetłumaczone w taki sposób, aby nie odnosiły się do żadnej konkretnej płci, dlatego mogą być stosowane także wobec osób niebinarnych.

Kwestionariusz nie był nigdy znormalizowany na polskiej populacji, dlatego wcześniej przeprowadzono badanie normalizacyjne za zgodą autorów kwestionariusza. Pozycje kwestionariusza zostały przetłumaczone przez dwóch niezależnych tłumaczy. Następnie zrealizowano badanie na grupie 108 osób deklarujących odczucie niezgodności płciowej. Badanie zostało przeprowadzone poprzez kwestionariusz online ze względu na trudny dostęp do grupy badanej. Ankieta składała się z danych dotyczących m.in. wieku, miejsca zamieszkania, odczuwanej tożsamości płciowej oraz płci rozpoznanej przy urodzeniu, a także przetłumaczonego na język polski kwestionariusza TCS oraz kwestionariusza sprawdzającego, w tym przypadku Skali Samooceny Rosenberga. Przeprowadzono eksploracyjną oraz confirmacyjną analizę czynnikową. Badanie alfy Cronbacha przy użyciu oryginalnej struktury czynnikowej TCS (łączy wynik skali oraz dwóch czynników, czyli podskali spójności wyglądu i podskali akceptacji tożsamości płciowej) wskazała, że stopień wewnętrznej spójności czynników był prawie tak samo wysoki w obecnej próbie ($\alpha = 0,93$, $\alpha = 0,95$, $\alpha = 0,73$) jak w pierwotnym badaniu walidacyjnym (odpowiednio $\alpha = 0,93$, $\alpha = 0,94$, $\alpha = 0,77$) (Kozee i in., 2012).

Konfirmacyjna analiza czynnikowa zaproponowanego przez autorów kwestionariusza modelu dwuczynnikowego wykazała zbliżone wyniki we wskaźnikach dopasowania modelu (CFI = 0,96, RMSEA = 0,09, 90% CI [0,065–0,132] i SRMR = 0,04) w porównaniu do oryginalnego badania walidacyjnego (Kozee et al., 2012), w którym

stwierdzono, że model dwuczynnikowy wykazuje odpowiednie dopasowanie (CFI = 0,96, RMSEA = 0,08 i SRMR = 0,04). Przetestowano również zredukowaną skalę (do 10 itemów) Huit et al. (2021), jednakże wyniki nie różniły się znacząco od skali przed redukcją.

Dla porównania przeprowadzono również analizy na Skali Samooceny Rosenberga, która również wykazała wysoki stopień wewnętrznej spójności ($\alpha = 0,90$). Badanie potwierdziło odpowiednie dopasowanie modelu 12-elementowego TCS oraz wskazuje, że wersja TCS w języku polskim jest skalą o dobrych właściwościach psychometrycznych.

3.3.2.2. Skali Samooceny Ciała dla Adolescentów i Dorosłych (BESAA)

Skali Samooceny Ciała dla Adolescentów i Dorosłych (Body Esteem in Adolescents and adults, Mendelson, Mendelson i White, 2001, Słowińska, 2019) składa się z 23 pozycji tworzących 3 podskale. Podskala samooceny wyglądu tworzona jest przez 10 pozycji odnoszących się do ogólnych odczuć dotyczących własnego wyglądu (np. „Podoba mi się to, co widzę, gdy patrzę w lustro”). Podskala samooceny wagi zbudowana jest z 8 pozycji dotyczących satysfakcji z własnej wagi (np. „Czuję, że moja waga jest odpowiednia dla mojego wzrostu”). Tworzona przez 5 pozycji podskala przypisanej oceny wyglądu odnosi się do przekonań na temat ocen własnego wyglądu formułowanych przez innych.

Polska wersja skali BESAA charakteryzuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi - każda z podskal ma zadowalającą rzetelnością (α Cronbacha $>0,75$).

3.3.2.3. Wielowymiarowa Skala Perfekcjonizmu (HMPS)

Wielowymiarowa Skala Perfekcjonizmu (Hewitt Multidimensional Perfectionism Scale, Hewitt i Flett, 1991) składa się z trzech odrębnych podskal: perfekcjonizmu zorientowanego na siebie (np. "Jednym z moich celów jest bycie perfekcyjnym we wszystkim, co robię"), perfekcjonizm zorientowany na innych (np. „Jeśli poproszę kogoś o zrobienie czegoś, oczekuję, że zostanie to zrobione bezbłędnie”) oraz perfekcjonizm społecznie narzucony (np. „Ludzie oczekują ode mnie wyłącznie doskonałości”).

Kwestionariusz nie był nigdy znormalizowany na polskiej populacji, dlatego wcześniej przeprowadzono badanie normalizacyjne za zgodą autorów kwestionariusza. Pozycje kwestionariusza zostały przetłumaczone przez dwóch niezależnych tłumaczy. Badanie zostało przeprowadzone poprzez formularz online na grupie 256 osób badanych. Konfirmacyjna analiza czynnikowa zaproponowanego przez autorów kwestionariusza modelu dwuczynnikowego wykazała zadawalające wyniki we wskaźnikach dopasowania modelu (CFI = 0,75, RMSEA = 0,07, 90% CI [0,068–0,076] i SRMR = 0,09).

3.3.2.4. Wielowymiarowa Skala Perfekcjonizmu Frosta (FMPS)

Wielowymiarowa Skala Perfekcjonizmu Frosta (Frost Multidimensional Perfectionism Scale, Frost et al., 1990; Piotrowski i Bujanowska, 2021) składa się z pięciu odrębnych podskal: standardy osobiste (np. "Gdybym nie stawiał(a) sobie najwyższych wymagań, to prawdopodobnie skończył(a)bym jako ktoś gorszy od innych"), obawa przed błędami (np. "Gdy coś mi się nie udaje w pracy/w szkole, myślę wtedy że nie nadaję się do niczego"), wątplenie w jakość swoich działań (np. "Nawet gdy robię coś bardzo uważnie, często czuję że to nie jest zrobione całkiem dobrze"), oczekiwania rodziców (np. "Moi rodzice stawiali (stawiają) mi bardzo wysokie wymagania") oraz krytycyzm rodziców (np. "Moi rodzice nigdy nie starali się być wyrozumiali dla moich błędów").

Polska wersja skali FMPS charakteryzuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi - każda z podskal charakteryzuje się zadowalającą rzetelnością (α Cronbacha >0,88).

3.3.2.5. Zastosowane metody statystyczne

Nie wykryto żadnych brakujących danych w obserwacjach. Za istotną statystycznie przyjęto wartość $p < 0,05$. Obliczenia przeprowadzono przy użyciu pakietu statystycznego IBM SPSS Statistics 27.

Zgodnie z teorią Centralnego Twierdzenia Granicznego im większa liczebność badanej próby w pojedynczym badaniu, tym większe jest prawdopodobieństwo, że pochodzi ona z rozkładu średnich z cechy o rozkładnie normalnym. W praktyce oznacza to, że im większa jest badana próba, tym większa jest szansa na bardziej precyzyjne odzwierciedlenie średniej z populacji. Przyjmuje się, że wystarczająco wysoką próbą jest minimum 100 osób badanych, co oznacza, że opisywane w pracy badanie spełnia te kryterium.

Przeprowadzono eksplorację zmiennych w celu sprawdzenia miary asymetrii rozkładu. Analiza wykazała, że skośność wszystkich zmiennych przyjmuje wartości maksymalne $SKE = 0,69$. W przypadku kurtozy najwyższa wartość rozkładu zmiennej badanej to $K = -1,09$. Przyjmuje się, że dla rozkładów o wartości skośności mniejszej niż wartość bezwzględna 1 (i wartości kurtozy mniejszej niż wartość bezwzględna 2), zasadne jest stosowanie testów parametrycznych.

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, badana próba spełnia założenia o rozkładzie normalnym, dlatego w celu weryfikacji postawionych hipotez zastosowano testy parametryczne.

3.4. Charakterystyka demograficzna i kliniczna badanych grup

3.4.1. Grupa badana

Grupa badana obejmowała 132 osoby transpłciowe, z czego 44 transpłciowe kobiety, 45 transpłciowych mężczyzn oraz 43 osoby niebinarne. Wśród osób badanych 81 osób (61%) miało rozpoznaną przy urodzeniu żeńską płęć, a 51 osób (39%) płęć męską. Średni wiek osób badanych to 24,3 lata ($SD = 5,95$; $Mdn = 23$). Większość badanych stanowiły osoby mieszkające w dużych miastach, powyżej 100 tys. Mieszkańców (70%) oraz legitymujące się wykształceniem średnim (55%) lub wyższym (37%). Ponad połowa osób badanych w czasie trwania badania nie była w związku romantycznym (62%). Szczegółowa charakterystyka demograficzna próby została przedstawiona w tabeli 1.

Dodatkowo przedstawiono również charakterystykę grupy badanej pod względem ukończenia lub bycia w trakcie etapów tranzykcji społecznej, medycznej i prawnej.

Prawie połowa osób badanych (49%) w czasie trwania badania była już po zakończeniu opiniowania seksuologicznego. Większość badanych stanowiły osoby będące w trakcie hormonalnej terapii zastępczej (45%) lub planujące ją w przyszłości (36%). Ponad połowa badanych (66%) nigdy nie podjęła ani nie planuje leczenia inhibitorami dojrzewania. Prawdopodobnie jest to związane z wiekiem osób badanych – wszystkie osoby w trakcie trwania badania były już dorosłe i najprawdopodobniej zakończyły już okres dojrzewania.

W podgrupie osób badanych identyfikujących się jako mężczyźni, największy odsetek osób planuje w przyszłości (69%) lub jest po (27%) operacji korekty klatki piersiowej (mastektomii). Ponad połowa osób w tej podgrupie planuje (53%) operację usunięcia macicy (histerektomia).

Również w podgrupie osób badanych identyfikujących się jako osoby niebinarne największy odsetek (47%) planuje operację korekty klatki piersiowej, jednocześnie 28% osób nie planuje takiej operacji.

46% osób badanych nie planuje w przyszłości poddania się operacji SRS (waginoplastyki, metoidioplastyki albo falloplastyki). Jedyna podgrupa wyróżniająca się na tle całej grupy badanej to transpłciowe kobiety, wśród których 59% planuje w przyszłości ten typ operacji, a 11% w trakcie badania już rozpoczęło lub zakończyło ten proces.

W kontekście prawnej procedury uzgodnienia danych osobowych największy odsetek w grupie badanej stanowią osoby planujące rozpoczęcie tej procedury (52%), jednocześnie w grupie badanej znalazły się również osoby będące po (11%) lub w trakcie (13%) tego etapu tranzycji.

Osoby badane odpowiadały również na pytanie odnośnie do funkcjonowania w roli zgodniej z swoją tożsamością płciową. Ponad połowa osób (58%) odpowiedziała, że jest to zależne od otoczenia lub kontekstu np. używa swojego imienia i odpowiednich zaimków jedynie w otoczeniu rodziny lub przyjaciół, ale nie w miejscu pracy lub na uczelni. Osoby funkcjonujące w pełni w zgodzie z swoją tożsamością w każdym aspekcie życia stanowiły 37%. Pozostałe osoby badane (5%) w każdym kontekście ukrywają swoją odczuwaną tożsamość płciową. Szczegółowa charakterystyka kliniczna dotycząca procesu tranzycji osób badanych została przedstawiona w tabeli 2.

Tabela 1 Charakterystyka demograficzna grupy badanej (osoby transpłciowe).

		Kobiety	Mężczyźni	Osoby niebinarne	Ogółem
		44 (33%)	45 (34%)	43 (33%)	132
Wiek	Średnia (SD)	26.7 (6.36)	22.7 (5.43)	23.5 (5.34)	24.3 (5.95)
	Mediana (min-max)	25 (18-42)	21 (18-44)	22 (18-42)	23 (18- 44)
Miejsce zamieszkania	Wieś	11%	4%	7%	8%

	Miasto poniżej 50 tyś. mieszkańców	16%	18%	19%	17%
	Miasto poniżej 100 tyś. mieszkańców	7%	7%	5%	5%
	Miasto poniżej 500 tyś. mieszkańców	23%	27%	21%	24%
	Miasto powyżej 500 tyś. mieszkańców	43%	44%	49%	46%
Wykształcenie	Podstawowe	0%	7%	7%	5%
	Średnie	55%	64%	47%	55%
	Zawodowe	2%	0%	7%	3%
	Wyższe	43%	29%	40%	37%
Zatrudnienie ^a	Uczę się	2%	18%	12%	11%
	Studiuję	27%	51%	61%	43%
	Pracuję	64%	31%	44%	46%

	Nie pracuję	21%	13%	14%	16%
Status związku	W związku	39%	38%	37%	38%
	Singiel/ka	61%	62%	63%	62%

^a Pytanie wielokrotnej odpowiedzi

Tabela 2. Charakterystyka grupy badanej (osób transpłciowych) pod względem etapów tranzykcji medycznej, prawnej i społecznej.

		Kobiety 44 (33%)	Mężczyźni 45 (34%)	Osoby niebinarne 43 (33%)	Ogółem 132
Opiniowanie seksuologiczn e	Jestem po	52%	71%	21%	49%
	Jestem w trakcie	21%	7%	9%	12%
	Planuję w przyszłości	18%	20%	37%	25%
	Nie planuję	2%	2%	26%	10%
	Nie dotyczy	7%	0%	7%	5%
Terapia hormonalna zastępcza	Jestem po	11%	2%	2%	5%
	Jestem w trakcie	57%	60%	16%	45%
	Planuję w przyszłości	25%	36%	49%	36%

	Nie planuję	0%	2%	26%	9%
	Nie dotyczy	7%	0%	7%	5%
Inhibitory dojrzewania	Jestem po	18%	0%	2%	7%
	Jestem w trakcie	36%	2%	5%	14%
	Planuję w przyszłości	21%	4%	14%	13%
	Nie planuję	2%	33%	47%	27%
	Nie dotyczy	23%	60%	33%	39%
Korekta klatki piersiowej	Jestem po	0%	27%	9%	12%
	Planuję w przyszłości	16%	69%	47%	44%
	Nie planuję	16%	2%	28%	15%
	Nie dotyczy	68%	2%	16%	29%
Histerektomia	Jestem po	0%	4%	0%	2%
	Planuję w przyszłości	5%	53%	26%	28%
	Nie planuję	0%	40%	54%	31%

	Nie dotyczy	96%	2%	21%	39%
Operacje SRS*	Jestem po	9%	0%	0%	3%
	Jestem w trakcie	2%	2%	0%	2%
	Planuję w przyszłości	59%	24%	9%	31%
	Nie planuję	21%	47%	72%	46%
Prawne uzgodnienie danych	Nie dotyczy	9%	27%	19%	18%
	Jestem po	9%	20%	4,7%	11%
	Jestem w trakcie	18%	18%	2%	13%
	Planuję w przyszłości	64%	58%	35%	52%
Funkcjonowanie w otoczeniu zgodnie z swoją tożsamością płciową	Nie planuję	2%	4%	49%	18%
	Nie dotyczy	7%	0%	9%	5%
	W pełni zgodnie z swoją tożsamością	36%	42%	33%	37%
	Zależnie od otoczenia lub kontekstu	55%	53%	65%	58%

W żadnych okolicznościach	9%	4%	2%	5%
------------------------------	----	----	----	----

*Operacje SRS - grupa zabiegów chirurgicznych, poprzez które zmienia się wygląd fizyczny i funkcje posiadanych przez osobę transpłciową cech płciowych, tak aby przypominały one te, które są społecznie przypisywane płci, z którą się utożsamiają.

3.4.2. Grupa kontrolna

Grupa badana obejmowała 247 osób nietranspłciowych (cispłciowych), z czego 174 kobiety i 73 mężczyzn. Średni wiek osób badanych to 28,3 lata ($SD = 10$; $Mdn = 22$). Większość badanych stanowiły osoby mieszkające w dużych miastach, powyżej 100 tys. mieszkańców (76%) oraz legitymujące się wykształceniem średnim (52%) lub wyższym (48%). Ponad połowa osób badanych w czasie trwania badania była w związku romantycznym (62%). Szczegółowa charakterystyka demograficzna próby została przedstawiona w tabeli 3.

Tabela 3 Charakterystyka demograficzna grupy kontrolnej (osoby cispłciowe).

		Kobiety	Mężczyźni	Ogółem
		174 (70%)	73 (30%)	247
Wiek	Średnia (SD)	26.5 (10.66)	32.8 (10.55)	28.3 (10)
	Mediana (min-max)	21 (18-65)	33 (20-69)	22 (18-69)
Miejsce zamieszkania	Wieś	12%	4%	10%
	Miasto poniżej 50 tys. mieszkańców	9%	4%	7%
	Miasto poniżej 100 tys. mieszkańców	8%	8%	8%

	Miasto poniżej 500 tys. mieszkańców	23%	36%	27%
	Miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	49%	48%	49%
Wykształcenie	Podstawowe	0%	0%	0%
	Średnie	67%	43%	58%
	Zawodowe	0%	0%	0%
	Wyższe	33%	58%	42%
Zatrudnienie*	Uczę się	4%	0%	3%
	Studiuję	72%	36%	61%
	Pracuję	52%	73%	58%
	Nie pracuję	8%	6%	7%
Status związku	W związku	60%	67%	62%
	Singiel/ka	40%	33%	38%

^a Pytanie wielokrotnej odpowiedzi

3.5. Wyniki badań własnych

3.5.1. H1: Perfekcjonizm wśród osób transpłciowych jest wyższy niż wśród osób nietranspłciowych.

W celu weryfikacji hipotezy zastosowano analizę test t-Studenta w celu oceny różnic pomiędzy grupą badaną a grupą kontrolną. Analiza testem t Studenta dla danych niezależnych wykazała, że osoby transpłciowe w porównaniu z osobami nietranspłciowymi charakteryzują się istotnie niższym poziomem perfekcjonizmu zorientowanego na siebie. Siła tego efektu jest umiarkowana. Analiza wykazała również istotnie wyższy perfekcjonizm narzucony społecznie wśród osób transpłciowych. Siła tego efektu jest mała. Wyniki analizy porównania grup w oparciu o model HMPS są przedstawione w tabeli 4.

Analiza testem t-Studenta dla danych niezależnych wykazała, że osoby transpłciowe w porównaniu z osobami nietranspłciowymi charakteryzują się istotnie wyższym poziomem obawy przed błędami, wątpieniem w jakość swoich działań oraz krytycyzmem rodziców. W przypadku zmiennej „obawy przed błędami” oraz „krytycyzm rodziców” siła efektu jest mała. Siła efektu dla zmiennej „wątpienie w jakość swoich działań” siła efektu jest umiarkowana. Wyniki analizy porównania grup w oparciu o model FMPS są przedstawione w tabeli 5.

Tabela 4 Porównanie osób transpłciowych (grupa badana) i osób cisplciowych (grupa kontrolna) pod względem poziomu perfekcjonizmu (HMPS).

	Grupa badana (n=132)		Grupa kontrolna (n=247)		<i>t</i>	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Perfekcjonizm zorientowany na siebie	4.22	1.47	4.36	1.28	0.88	.383	.10
Perfekcjonizm zorientowany na innych	3.04	0.98	3.50	0.89	4.64	<.001	.50
	3.63	1.10	3.40	1.03	-2.08	.040	-.22

Perfekcjonizm
narzucony
społeczne

Tabela 5 Porównanie osób transpłciowych (grupa badana) i osób cisplciowych (grupa kontrolna) pod względem poziomu perfekcjonizmu (FMPS).

	Grupa badana (n=132)		Grupa kontrolna (n=247)		<i>t</i>	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Standardy osobiste	4.22	1.47	3.35	0.86	1.64	.103	.18
Obawa przed błędami	3.25	1.00	2.89	0.97	-3.35	<001	-.36
Wątpienie w jakość swoich zadań	3.41	1.04	2.90	1.02	-4.65	<001	-.50
Oczekiwania rodziców	2.84	1.13	2.70	1.20	-1.08	.279	-.12
Krytycyzm rodziców	2.76	1.14	2.33	1.13	-3.53	<001	-.38

Dodatkowo przeprowadzono również analizy testem t-Studenta w celu oceny różnic pomiędzy grupą badaną a grupą kontrolną pod względem spójności wyglądu, akceptacji tożsamości oraz wskaźników samooceny. Osoby transpłciowe w porównaniu z osobami nietranspłciowymi charakteryzują się istotnie niższym odczuwaniem spójności wyglądu oraz akceptacji tożsamości. W obu przypadkach siła tego efektu jest duża. Wyniki analizy

porównania grup pod względem wskaźników zgodności płciowej są przedstawione w tabeli 6.

Osoby transpłciowe w porównaniu z osobami nietranspłciowymi charakteryzują się także istotnie niższą samooceną wyglądu, wagi oraz przypisywanej ocenie wyglądu. Ta różnica jest szczególnie widoczna w przypadku najbardziej ogólnej kategorii – samooceny wyglądu, gdzie siła efektu jest duża. Siła efektu w przypadku przypisywanej oceny jest umiarkowana, a samooceny wagi – mała. Wyniki analizy porównania grup pod względem wskaźników samooceny są przedstawione w tabeli 7.

Tabela 6 Porównanie osób transpłciowych (grupa badana) i osób cisplciowych (grupa kontrolna) pod względem spójności wyglądu i akceptacji tożsamości.

	Grupa badana (n=132)		Grupa kontrolna (n=247)		<i>t</i>	<i>p</i>	Cohen's d
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Spójność wyglądu	2.50	1.16	4.62	0.47	20.16	<001	2.71
Akceptacja tożsamości	3.76	1.07	4.53	0.65	7.54	<001	.94

Tabela 7 Porównanie osób transpłciowych (grupa badana) i osób cispłciowych (grupa kontrolna) pod względem samooceny wyglądu.

	Grupa badana (n=132)		Grupa kontrolna (n=247)		<i>t</i>	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
	Samoocena wyglądu	2.26	0.93	3.02			
Samoocena wagi	2.75	1.10	3.12	1.15	3.05	.002	.33
Przypisywana ocena	2.66	1.01	3.22	1.03	5.04	<.001	.54

3.5.2. H2: Kobiety transpłciowe mają niższą samoocenę swojego ciała oraz a) wyższy poziom perfekcjonizmu i b) wyższy poziom dysforii płciowej niż mężczyźni transpłciowi.

W celu weryfikacji hipotezy zastosowano analizę test t-Studenta w celu oceny różnic pomiędzy podgrupą transpłciowych kobiet a podgrupą transpłciowych mężczyzn. Analiza testem t Studenta dla danych niezależnych wykazała, że kobiety i mężczyźni nie różnią się statystycznie pod względem poziomu perfekcjonizmu w żadnym z zastosowanych modeli teoretycznych. Wyniki analizy porównania grup są przedstawione w tabeli 8 i 9.

Analiza wykazała istotnie wyższą odczuwaną akceptację tożsamości płciowej wśród transpłciowych mężczyzn. Siła tego efektu jest umiarkowana. Jednocześnie nie wykazano istotnej statystycznie różnicy pod względem odczuwanej spójności wyglądu. Wyniki analizy porównania grup pod względem wskaźników zgodności płciowej są przedstawione w tabeli 10.

Nie wykazano również istotnych różnic pomiędzy podgrupami pod względem wskaźników samooceny wyglądu, samooceny wagi ani przypisywanej oceny. Wyniki analizy porównania grup pod względem wskaźników samooceny są przedstawione w tabeli 11.

Tabela 8 Porównanie transpłciowych mężczyzn i transpłciowych kobiet pod względem poziomu perfekcjonizmu (HMPS).

	Kobiety (n=44)		Mężczyźni (n=45)		<i>t</i>	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Perfekcjonizm zorientowany na siebie	4.05	1.39	4.29	1.52	0.79	.431	.17
Perfekcjonizm zorientowany na innych	2.87	0.98	3.25	1.02	1.80	.076	.38
Perfekcjonizm narzucony społeczne	3.48	1.10	3.72	1.07	1.03	.306	.22

Tabela 9 Porównanie transpłciowych mężczyzn i transpłciowych kobiet pod względem poziomu perfekcjonizmu (FMPS).

	Kobiety (n=44)		Mężczyźni (n=45)		<i>t</i>	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Standardy osobiste	3.05	1.00	3.21	0.91	0.81	.420	.17
Obawa przed błędami	3.08	0.96	3.34	1.02	1.23	.223	.26

Wątpienie w jakość swoich zadań	3.34	1.11	3.38	1.05	0.19	.854	.04
Oczekiwania rodziców	2.80	1.11	3.00	1.18	.84	.401	.18
Krytycyzm rodziców	2.55	1.26	2.93	1.12	1.49	.140	.32

Tabela 10 Porównanie transpłciowych mężczyzn i transpłciowych kobiet pod względem poziomu spójności wyglądu i akceptacji tożsamości płciowej.

	Kobiety (n=44)		Mężczyźni (n=45)		<i>t</i>	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Spójność wyglądu	2.49	1.32	2.65	1.22	0.61	.542	.13
Akceptacja tożsamości	4.08	1.02	3.32	1.05	-3.50	<.001	-.74

Tabela 11 Porównanie transpłciowych mężczyzn i transpłciowych kobiet pod względem poziomu samooceny wyglądu, samooceny wagi i przypisywanej oceny.

	Kobiety (n=44)		Mężczyźni (n=45)		<i>t</i>	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Samoocena wyglądu	2.17	0.96	2.24	0.92	0.35	.727	.07

Samoocena							
wagi	2.71	1.08	2.66	1.03	-.024	.808	-.05
Przypisywana ocena							
	2.81	1.08	2.57	0.90	-1.16	.248	-.25

Pomimo braków wiedzy na temat możliwych predykcji poziomu perfekcjonizmu wśród osób niebinarnych, dodatkowo przeprowadzono porównanie wszystkich trzech podgrup grupy badanej. W tym celu przeprowadzono jednoczynnikową analizę wariancji. Analiza wykazała brak istotnych różnic pomiędzy mężczyznami, kobietami a osobami niebinarnymi pod względem poziomu perfekcjonizmu, odczuwanej spójności wyglądu ani poziomu samooceny wyglądu. Wyniki analizy porównania grup są przedstawione w tabeli 12.

Analiza wykazała istotnie statystyczną różnicę w podgrupach pod względem akceptacji tożsamości płciowej. W celu porównania trzech podgrup między sobą wykonano analizę testu post hoc Gamesa-Howella, która wykazała istotną statystycznie różnicę pomiędzy kobietami i mężczyznami, co wykazały już poprzednie analizy, ale także istotnie wyższą akceptację tożsamości płciowej wśród osób niebinarnych w porównaniu do transpłciowych mężczyzn. Podsumowując analizy, transpłciowi mężczyźni odczuwają statystycznie niższą akceptację swojej tożsamości niż transpłciowe kobiety i osoby niebinarne. Wyniki analizy porównania grup pod względem akceptacji tożsamości płciowej przedstawione w tabeli 13.

Tabela 12 Jednoczynnikowa analiza wariancji zmiennych w podziale na transpłciowych mężczyzn, transpłciowe kobiety i osoby niebinarne.

		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F (2,129)	Istotność
Perfekcjonizm zorientowany na siebie	Między grupami	2.06	2	1.03	0.47	.626
	Wewnątrz grup	282.11	129	2.19		

	Ogółem	284.17	131			
Perfekcjonizm zorientowany na innych	Między grupami	3.41	2	1.71	1.78	.172
	Wewnątrz grup	123.44	129	0.96		
	Ogółem	126.85	131			
Perfekcjonizm narzucony społecznie	Między grupami	1.55	2	0.78	0.64	.527
	Wewnątrz grup	155.56	129	1.21		
	Ogółem	157.11	131			
Standardy osobiste	Między grupami	1.58	2	0.79	0.87	.422
	Wewnątrz grup	117.39	129	0.91		
	Ogółem	118.97	131			
Obawa przed błędami	Między grupami	1.86	2	0.93	0.92	.401
	Wewnątrz grup	129.90	129	1.01		
	Ogółem	131.75	131			
Wątpienie w jakość swoich działań	Między grupami	.69	2	0.34	0.31	.733
	Wewnątrz grup	141.83	129	1.10		

	Ogółem	142.52	131			
Oczekiwania rodziców	Między grupami	1.90	2	0.95	0.74	.478
	Wewnątrz grup	164.94	129	1.28		
	Ogółem	166.84	131			
Krytycyzm rodziców	Między grupami	3.26	2	1.63	1.26	.287
	Wewnątrz grup	166.85	129	1.29		
	Ogółem	170.11	131			
Spójność wyglądu	Między grupami	1.99	2	1.00	0.74	.478
	Wewnątrz grup	173.30	129	1.34		
	Ogółem	175.30	131			
Akceptacja Tożsamości płciowej	Między grupami	13.95	2	6.97	6.56	.002
	Wewnątrz grup	137.13	129	1.06		
	Ogółem	151.08	131			
Samooce na wyglądu	Między grupami	1.03	2	0.51	0.59	.556
	Wewnątrz grup	112.15	129	0.87		

	Ogółem	113.17	131			
Samooce nawagi	Między grupami	1.31	2	0.65	0.54	.585
	Wewnątrz grup	156.69	129	1.22		
	Ogółem	158.00	131			
Przypisywana ocena	Między grupami	1.52	2	0.76	0.75	.475
	Wewnątrz grup	130.99	129	1.02		
	Ogółem	132.51	131			

Tabela 13 Porównanie wielokrotne grupy badanej w podziale na tożsamość płciową (test post hoc Gamesa-Howella).

Zmienna zależna	Tożsamość płciowa (I)	Tożsamość płciowa (J)	Różnica średnic h (I-J)	Błąd standardo wy	Istotność	95% przedział ufności	
						Dolna granic a	Górna granic a
Akceptacja tożsamości płciowej	Kobiety	Mężczyźni	0.76*	0.22	.002	0.24	1.29
		Osoby niebinarne	0.21	0.22	.613	-0.32	0.73
	Mężczyźni	Kobiety	-0.76*	0.22	.002	-1.29	-0.24

	Osoby niebinarne	-0.56*	0.22	.036	-1.09	-0.03
Osoby niebinarne	Kobiety	-0.21	0.22	.613	-0.73	0.31
	Mężczyźni	0.56*	0.22	.036	0.03	1.09

3.5.3. H3: Wysoka spójność wyglądu koreluje ujemnie z wysokim poziomem perfekcjonizmu wśród osób transpłciowych.

Do weryfikacji postawionej hipotezy wykorzystano współczynnik korelacji R Pearsona. Analiza pokazała, że związek między spójnością wyglądu a perfekcjonizmem jest istotny statystycznie w modelu teoretycznym Frosta (1990). Odczucie spójności płciowej koreluje ujemnie i umiarkowanie z obawą przed błędami, wątpieniem w jakość swoich działań i krytycyzmem rodziców, co oznacza, że wraz z wzrostem tych wskaźników perfekcjonizmu, będzie obniżała się odczuwana spójność wyglądu. Obawa przed błędami oraz krytycyzm rodziców koreluje również ujemnie i umiarkowanie z akceptacją tożsamości płciowej.

Nie wykazano zależności pomiędzy spójnością płciową a perfekcjonizmem w modelu teoretycznym Hewitta (1991). Zauważono jednak związek pomiędzy akceptacją tożsamości płciowej a perfekcjonizmem zorientowanym na siebie. Korelacja jest słaba i ujemna, co oznacza, że wraz z wzrostem perfekcjonizmu, będzie obniżała się akceptacja tożsamości płciowej. Wyniki korelacji perfekcjonizmu z wskaźnikami zgodności płciowej są przedstawione w tabeli 14 i 15.

Tabela 14 Statystyki opisowe (średnia i odchylenie standardowe) oraz korelacje pomiędzy spójnością wyglądu i akceptacją tożsamości płciowej a perfekcjonizmem (HMPS) wśród osób transpłciowych.

	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4
1. Spójność wyglądu	2.50	1.16	--			
2. Akceptacja tożsamości płciowej	3.76	1.07	.182*	--		
3. Perfekcjonizm zorientowany na siebie	4.22	1.47	-.084	-.188*	--	
4. Perfekcjonizm zorientowany na innych	3.04	0.98	.164	-.146	.411**	--
5. Perfekcjonizm narzucony społecznie	3.63	1.10	-.252	-.202	.484	.208

Tabela 15 Statystyki opisowe (średnia i odchylenie standardowe) oraz korelacje pomiędzy spójnością wyglądu i akceptacją tożsamości płciowej a perfekcjonizmem (FMPS) wśród osób transpłciowych.

	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4	5	6
1. Spójność wyglądu	2.50	1.16	--					
2. Akceptacja tożsamości płciowej	3.76	1.07	.182*	--				

3. Standardy osobiste	3.19	0.95	.020	-.092	--			
4. Obawa przed błędami	3.25	1.00	-.265**	-.262**	.514**	--		
5. Wątpienie w jakość swoich działań	3.41	1.04	-.373**	-.107	.405**	.666**	--	
6. Oczekiwania rodziców	2.84	1.13	-.163	-.128	.184*	.280**	.223*	--
7. Krytycyzm rodziców	2.76	1.14	-.262**	-.237**	.224**	.422**	.366**	.722**

3.5.4. H4: Wysoki poziom perfekcjonizmu koreluje ujemnie z wysokim poziomem zadowolenia z ciała wśród osób transpłciowych.

Do weryfikacji postawionej hipotezy wykorzystano współczynnik korelacji R Pearsona. Analiza pokazała, że związek między zadowoleniem z ciała a perfekcjonizmem jest istotny statystycznie w modelu teoretycznym Hewitta (1991). Samoocena wyglądu, samoocena wagi oraz przypisywana ocena korelują ujemnie i słabo bądź umiarkowanie z perfekcjonizmem zorientowanym na siebie i narzuconym społecznie, co oznacza, że wraz z wzrostem tych wskaźników perfekcjonizmu, będzie obniżało się odczuwane zadowolenie z ciała. Nie wykazano takiego związku pomiędzy samooceną a perfekcjonizmem zorientowanym na innych.

Analiza pokazała, że związek między samooceną a perfekcjonizmem jest istotny statystycznie w modelu teoretycznym Frosta (1990). Samoocena wyglądu, samoocena wagi oraz przypisywana ocena korelują ujemnie i umiarkowanie z obawą przed błędami, wątpieniem w jakość swoich działań i krytycyzmem rodziców, co oznacza, że wraz z wzrostem tych wskaźników perfekcjonizmu, będzie obniżało się zadowolenie z ciała. Nie wykazano takiego związku pomiędzy samooceną a standardami osobistymi i oczekiwaniami rodziców.

Wyniki korelacji perfekcjonizmu z wskaźnikami zgodności płciowej są przedstawione w tabeli 16 i 17.

Tabela 16 Statystyki opisowe (średnia i odchylenie standardowe) oraz korelacje pomiędzy samooceną a perfekcjonizmem (HMPS) wśród osób transpłciowych.

	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4	5
1. Samoocena wyglądu	2.26	0.93	--				
2. Samoocena wagi	2.75	1.10	.552**	--			
3. Przypisywana ocena	2.66	1.01	.554**	.318**	--		
4. Perfekcjonizm zorientowany na siebie	4.22	1.47	-.253**	-.245**	-.206*	--	
5. Perfekcjonizm zorientowany na innych	3.04	0.98	.084	-.002	.159	.411**	--
6. Perfekcjonizm narzucony społecznie	3.63	1.10	-.340**	-.280**	-.320**	.484**	.208*

Tabela 17 Statystyki opisowe (średnia i odchylenie standardowe) oraz korelacje pomiędzy samooceną a perfekcjonizmem (FMPS) wśród osób transpłciowych.

	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4	5	6	7
1. Samoocena wyglądu	2.26	0.93	--						
2. Samoocena wagi	2.75	1.10	.552**	--					
3. Przypisywa na ocena	2.66	1.01	.554**	.318**	--				
4. Standardy osobiste	3.19	0.95	-.091	-.114	-.026	--			
5. Obawa przed błędami	3.25	1.00	- .459**	- .369**	- .265**	.514**	--		
6. Wątpienie w jakość swoich działań	3.41	1.04	- .442**	- .264**	- .281**	.405**	.666**	--	
7. Oczekiwani a rodziców	2.84	1.13	-.221*	-.149	-.180*	.184*	.280**	.223*	--
8. Krytycyzm rodziców	2.76	1.14	- .370**	- .356**	- .319**	.224**	.422**	.366**	.722**

3.5.5. H5: Wysoki poziom zadowolenia z ciała koreluje dodatnio z wysoką spójnością wyglądu (niską dysforią płciową) wśród osób transpłciowych.

Do weryfikacji postawionej hipotezy wykorzystano współczynnik korelacji R Pearsona. Analiza pokazała, że związek między spójnością wyglądu a samooceną jest istotny statystycznie. Odczucie spójności płciowej koreluje dodatnio i umiarkowanie z samooceną wyglądu, samooceną wagi oraz przypisywaną oceną, co oznacza, że wraz z wzrostem tych wskaźników samooceny, będzie zwiększała się odczuwana spójność wyglądu.

Zauważono również związek pomiędzy akceptacją tożsamości płciowej a samooceną. Korelacja jest słaba bądź umiarkowana i dodatnia, co oznacza, że wraz z wzrostem samooceny, będzie zwiększała się akceptacja tożsamości płciowej. Wyniki korelacji samooceny z wskaźnikami zgodności płciowej są przedstawione w tabeli 18.

Tabela 18 Statystyki opisowe (średnia i odchylenie standardowe) oraz korelacje pomiędzy samooceną a wskaźnikami niezgodności płciowej wśród osób transpłciowych.

	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4
1. Spójność wyglądu	2.50	1.16	--			
2. Akceptacja tożsamości płciowej	3.76	1.07	.182*	--		
3. Samoocen a wyglądu	2.26	0.93	.672**	.362**	--	
4. Samoocen a wagi	2.75	1.10	.229**	.266**	.552**	--
5. Przypisyw ana ocena	2.66	1.01	.411**	.298**	.554**	.318**

3.5.6. H6: Perfekcjonizm wśród osób transpłciowych ma wpływ na a) odczucie dysforii płciowej i b) niskie zadowolenie z wyglądu.

Do weryfikacji hipotezy wykorzystano analizę regresji wielorakiej metodą krokową. Tabela 19 pokazuje, że perfekcjonizm narzucony społecznie i perfekcjonizm zorientowany na innych są istotnymi predyktorami odczuwanej spójności wyglądu wśród osób transpłciowych. Wartość R^2 wskazuje, że predyktory wyjaśniły 4% wariacji zmiennej wyjaśnianej z $F(2,129) = 09,87, p < 001$. Wyniki analizy wskazują, że perfekcjonizm zorientowany na siebie nie ma statystycznie istotnego wpływu na odczucie spójności wyglądu ($\beta = -0.48, p = .639$).

Tabela 20 pokazuje, że perfekcjonizm narzucony społecznie jest również istotnym statystycznie predyktorem akceptacji tożsamości płciowej. Wartość R^2 wskazuje, że predyktory wyjaśniły 11% wariacji zmiennej wyjaśnianej z $F(1,30) = 5,54, p = .002$. Wyniki analizy wskazują, że perfekcjonizm zorientowany na siebie ($\beta = -0.12, p = .235$), ani perfekcjonizm zorientowany na innych ($\beta = -0.10, p = .215$) nie mają statystycznie istotnego wpływu na akceptację tożsamości płciowej.

Tabela 19 Wieloraka regresja liniowa: wpływ perfekcjonizmu (HMSP) na odczucie spójności wyglądu wśród osób transpłciowych.

Zmienna niezależna	B	SD _B	β	t	p	95% przedział ufności	
						Dolna granica	Górna granica
Stała	2.84	0.41		6.97	<001	2.03	3.64
Perfekcjonizm narzucony społecznie	-0.32	0.09	-0.30	-3.53	<001	-0.49	-0.14

Perfekcjonizm zorientowany na innych	0.27	0.10	0.23	2.67	.009	0.07	0.46
R = .34		R ² = .11		F _(2,129) = 9.87		p = <001	

Zmienna zależna: spójność wyglądu

Tabela 20 Wieloraka regresja liniowa: wpływ perfekcjonizmu (HMSP) na akceptację tożsamości płciowej wśród osób transpłciowych.

Zmienna niezależna	B	SD _B	β	t	p	95% przedział ufności	
						Dolna granica	Górna granica
Stała	4.48	0.32		14.00	<001	3.84	5.12
Perfekcjonizm narzucony społecznie	-0.20	0.08	-0.30	-2.35	.020	-0.37	-0.03
R = .20		R ² = .04		F _(1,130) = 5.54		p = .020	

Zmienna zależna: akceptacja tożsamości płciowej

Tabela 21 i 22 pokazuje, że perfekcjonizm narzucony społecznie jest istotnymi predyktorem samooceny wyglądu i samooceny wagi wśród osób transpłciowych. W przypadku zmiennej zależnej dotyczącej samooceny wagi wartość R^2 wskazuje, że predyktory wyjaśniły 16% wariacji zmiennej wyjaśnianej z $F(1,130) = 16.95, p < 001$. Predyktor wyjaśnił 8% wariacji samooceny wagi z $F(1,130) = 11.04, p < 001$. Pozostałe wskaźniki perfekcjonizmu nie miały istotnego wpływu na samoocenę wyglądu i wagi. Tabela 23 pokazuje, że perfekcjonizm narzucony społecznie oraz perfekcjonizm zorientowany na innych są istotnym statystycznie predyktorami przypisywanej oceny.

Wartość R^2 wskazuje, że predyktory wyjaśniły 16% wariacji zmiennej wyjaśnianej z $F(2,29) = 11.84, p = p < 0.01$. Wyniki analizy wskazują, że perfekcjonizm zorientowany na siebie ($\beta = -0.19, p = .059$) nie ma statystycznie istotnego wpływu na przypisywaną ocenę.

Tabela 21 Wieloraka regresja liniowa: wpływ perfekcjonizmu (HMSP) na odczucie samooceny wyglądu wśród osób transpłciowych.

Zmienna niezależna	B	SD _B	β	<i>t</i>	<i>p</i>	95% przedział ufności	
						Dolna granica	Górna granica
Stała	3.31	0.27		12.45	<001	2.78	3.84
Perfekcjonizm narzucony społecznie	-0.29	0.07	-.34	-4.12	<001	-0.43	-0.15
R = .34		R ² = .16		F _(1.130) = 16.95		p = <001	

Zmienna zależna: samoocena wyglądu

Tabela 22 Wieloraka regresja liniowa: wpływ perfekcjonizmu (HMSP) na odczucie spójności wagi wśród osób transpłciowych.

Zmienna niezależna	B	SD _B	β	<i>t</i>	<i>p</i>	95% przedział ufności	
						Dolna granica	Górna granica
Stała	3.77	0.32		11.76	<001	3.14	4.40

Perfekcjonizm narzucony społecznie	-0.28	0.08	-0.28	-3.32	.001	-0.45	-0.11
	R = .28		R ² = .08		F _(1,130) = 11.04	p = <001	

Zmienna zależna: samoocena wagi

Tabela 23 Wieloraka regresja liniowa: wpływ perfekcjonizmu (HMSP) na przypisywaną ocenę wśród osób transpłciowych.

Zmienna niezależna	B	SD _B	β	t	p	95% przedział ufności	
						Dolna granica	Górna granica
Stała	3.16	0.35		9.15	<001	2.48	3.85
Perfekcjonizm narzucony społecznie	-0.34	0.08	-0.37	-4.45	<001	-0.49	-0.19
Perfekcjonizm zorientowany na innych	0.24	0.09	0.24	2.84	.005	0.07	0.41
	R = .39		R ² = .16		F _(2,129) = 11.84	p = <001	

Zmienna zależna: przypisywana ocena

Tabela 24 pokazuje, że wątplenie w jakość swoich działań i standardy osobiste są istotnymi predyktorami odczuwanej spójności wyglądu wśród osób transpłciowych. Wartość R^2 wskazuje, że predyktory wyjaśniły 17% wariancji zmiennej wyjaśnianej z $F(2,129) = 13.57, p < 001$. Pozostałe wskaźniki perfekcjonizmu w modelu teoretycznym Frosta (1990) nie mają istotnego statystycznie wpływu na odczucie spójności wyglądu. Tabela 25 pokazuje, że obawa przed błędami jest istotnym statystycznie predyktorem akceptacji tożsamości płciowej. Wartość R^2 wskazuje, że predyktory wyjaśniły 7% wariancji zmiennej wyjaśnianej z $F(1,30) = 9.57, p = .002$. Wyniki analizy wskazują, że

standardy osobiste, wątpienie w jakość swoich działań, oczekiwania rodziców i krytycyzm rodziców nie mają statystycznie istotnego wpływu na akceptację tożsamości płciowej.

Tabela 24 Wieloraka regresja liniowa: wpływ perfekcjonizmu (FMSP) na spójność wyglądu wśród osób transpłciowych.

Zmienna niezależna	B	SD _B	β	t	p	95% przedział ufności	
						Dolna granica	Górna granica
Stała	3.43	0.38		9.01	<.001	2.67	4.18
Wątpienie w jakość swoich działań	-0.51	0.10	-0.46	-5.20	<.001	-0.70	-0.31
Standardy osobiste	0.25	0.17	0.20	2.38	.021	0.04	0.46
R = .78		R ² = .17		F(2,129) = 13.57		p = <.001	

Zmienna zależna: spójność wyglądu

Tabela 25 Wieloraka regresja liniowa: wpływ perfekcjonizmu (FMSP) na akceptację tożsamości płciowej wśród osób transpłciowych.

Zmienna niezależna	B	SD _B	β	t	p	95% przedział ufności	
						Dolna granica	Górna granica
Stała	4.67	0.31		15.16	<.001	4.06	5.27

Obawa przed błędami	-0.28	0.09	-0.26	-3.09	.002	-0.46	-0.10
	R = .26	R ² = .07	F _(1,130) = 9.57			p = .002	

Zmienna zależna: akceptacja tożsamości

Tabela 26 pokazuje, że obawa przed błędami, krytycyzm rodziców, standardy osobiste i wątplenie w jakość swoich działań są istotnym statystycznie predyktorami samooceny wyglądu. Wartość R^2 wskazuje, że predyktory wyjaśniły 31% wariancji zmiennej wyjaśnianej z $F(4,127) = 14.19, p < .001$. Wyniki analizy wskazują, że oczekiwania rodziców ($\beta = 0.49, p = .652$) nie ma statystycznie istotnego wpływu na przypisywaną ocenę.

Tabela 27 pokazuje, że obawa przed błędami i krytycyzm rodziców są istotnymi predyktorami samooceny wagi wśród osób transpłciowych. Wartość R^2 wskazuje, że predyktory wyjaśniły 19% wariancji zmiennej wyjaśnianej z $F(1,130) = 16.95, p < .001$. Predyktor wyjaśnił 8% wariancji samooceny wagi z $F(4,127) = 14.61, p < .001$. Pozostałe wskaźniki perfekcjonizmu nie miały istotnego wpływu na samoocenę wagi.

Tabela 28 pokazuje, że krytycyzm rodziców i wątplenie w jakość swoich działań są istotnymi predyktorami przypisywanej samooceny wśród osób transpłciowych. Wartość R^2 wskazuje, że predyktory wyjaśniły 13% wariancji zmiennej wyjaśnianej z $F(2,129) = 9.86, p < .001$. Pozostałe wskaźniki perfekcjonizmu nie miały istotnego wpływu na przypisywaną samoocenę.

Tabela 26 Wieloraka regresja liniowa: wpływ perfekcjonizmu (FMSP) na samoocenę wyglądu wśród osób transpłciowych.

Zmienna niezależna	B	SD _B	β	t	p	95% przedział ufności	
						Dolna granica	Górna granica
Stała	3.74	0.29		12.83	<.001	3.16	4.31

Obawa przed błędami	-0.31	0.10	-0.33	-3.04	.003	-0.51	-0.11
Krytycyzm rodziców	-0.16	0.07	-0.19	-2.33	.021	-0.29	-0.02
Standardy osobiste	0.21	0.08	0.22	2.54	.012	0.05	0.38
Wątpienie w jakość swoich działań	-0.21	0.09	-0.24	-2.39	.018	-0.39	-0.04
R = .56		R ² = .31		F _(4,127) = 14.19		p = <001	

Zmienna zależna: samoocena wyglądu

Tabela 27 Wieloraka regresja liniowa: wpływ perfekcjonizmu (FMSP) na samoocenę wagi wśród osób transpłciowych.

Zmienna niezależna	B	SD _B	β	t	p	95% przedział ufności	
						Dolna granica	Górna granica
Stała	4.34	0.31		13.89	<001	3.73	4.96
Obawa przed błędami	-0.29	0.10	-0.27	-3.03	.003	-0.48	-0.10
Krytycyzm rodziców	-0.23	0.09	-0.24	-2.78	.006	-0.40	-0.07
R = .43		R ² = .19		F _(4,127) = 14.61		p = <001	

Zmienna zależna: samoocena wagi

Tabela 28 Wieloraka regresja liniowa: wpływ perfekcjonizmu (FMSP) na przypisywaną ocenę wśród osób transpłciowych.

Zmienna niezależna	B	SD _B	β	t	p	95% przedział ufności	
						Dolna granica	Górna granica
Stała	3.44	0.22		15.01	<.001	3.01	3.87
Krytycyzm rodziców	-0.22	0.08	-0.25	-2.82	.005	-0.37	-0.07
Wątpienie w jakość swoich działań	-0.18	0.09	-0.19	-2.15	.034	-0.35	-0.01
R = .36		R ² = .13		F _(2,129) = 9.86		p = <.001	

Zmienna zależna: przypisywana ocena

4. Dyskusja

Wyniki wskazują, że perfekcjonizm jest czynnikiem, który wpływa na odczucie dysforii płciowej oraz satysfakcję z ciała wśród osób transpłciowych. Jednakże stwierdzony wpływ widoczny perfekcjonizmu na dysfориę płciową jest widoczny jedynie w niektórych jego formach. Wyniki badania wskazują, że na odczucie dysforii płciowej istotny wpływ ma perfekcjonizm narzucony społecznie i perfekcjonizm zorientowany na innych, jednocześnie takiej zależności nie stwierdzono w przypadku perfekcjonizmu zorientowanego na siebie. Perfekcjonizm narzucony społecznie jest także istotnym predyktorem samooceny wyglądu oraz samooceny wagi osób transpłciowych. W kontekście modelu wielowymiarowego perfekcjonizmu Frosta (1990), istotnymi predyktorami odczucia dysforii płciowej są perfekcjonistyczne standardy osobiste oraz wątplenie w jakość swoich działań. Wyniki badania wskazują, że standardy osobiste, wątplenie w jakość swoich działań, obawa przed błędami, a także krytycyzm rodziców są istotnymi predyktorami samooceny wyglądu. Ponadto obawa przed błędami i krytycyzm rodziców mają znaczący wpływ na samoocenę wagi, a krytycyzm rodziców i wątplenie w jakość swoich działań – na przypisywaną samoocenę wśród osób transpłciowych.

Rezultaty badania wskazują, że osoby transpłciowe odczuwają niższy perfekcjonizm zorientowany na siebie i zorientowany na innych, jednocześnie osiągają wyższe wskaźniki perfekcjonizmu narzuconego społecznie w porównaniu do osób cisplciowych. Osoby transpłciowe odczuwają także silniejsze obawy przed błędami, wątplenie w jakość swoich działań i krytycyzm rodziców niż osoby w grupie kontrolnej.

W przypadku samooceny dotyczącej cielesności osoby transpłciowe w porównaniu z osobami nietranspłciowymi charakteryzują się także istotnie niższą samooceną wyglądu, wagi oraz przypisywaną oceną wyglądu. Ta różnica jest szczególnie widoczna w przypadku najbardziej ogólnej kategorii – samooceny wyglądu, gdzie siła efektu jest duża.

Badanie nie wykazało żadnych istotnie statystycznie różnic pomiędzy transpłciowymi kobietami i transpłciowymi mężczyznami w samoocenie swojego ciała, poziomu odczucia dysforii płciowej, ani poziomu perfekcjonizmu. Jedyna różnica jaką zauważono, to wyższym poziom akceptacji swojej tożsamości u mężczyzn niż u kobiet. Przy porównaniu wszystkich czynników z grupą osób niebinarnych, również nie wykazano istotnych różnic pomiędzy trzema podgrupami tożsamości płciowej w poziomie

perfekcjonizmu, samooceny własnej cielesności ani dysforii płciowej. Ponownie pojawiła się istotna różnica jedynie w obszarze akceptacji swojej tożsamości - transpłciowi mężczyźni odczuwają statystycznie niższą akceptację swojej tożsamości niż transpłciowe kobiety i osoby niebinarne.

Ważną obserwacją jest brak pozytywnego związku perfekcjonizmu na żadne wskaźniki dotyczące satysfakcji z ciała. Zauważono jedynie pozytywny wpływ perfekcjonizmu zorientowanego na innych na odczucie spójności wyglądu wśród osób transpłciowych.

Zgodnie z założeniami teoretycznymi, wyniki wskazują na pozytywną zależność pomiędzy wskaźnikami samooceny własnego wyglądu na odczuwaną spójność wyglądu i akceptację tożsamości płciowej wśród osób transpłciowych. Oznacza to, że im lepiej osoby transpłciowe postrzegają swój wygląd, wagę i wyobrażoną ocenę ich wyglądu przez otoczenie, tym mniejszą odczuwają dysfориę płciową i tym większą odczuwają akceptację swojej tożsamości.

4.1. Interpretacja wyników badania własnego

Hipoteza dotycząca wyższego perfekcjonizmu wśród osób transpłciowych w porównaniu do osób cispłciowych potwierdziła się częściowo. Perfekcjonizm narzucony społecznie był wyższy w przypadku osób transpłciowych, jednocześnie osoby cispłciowe miały wyższy poziom perfekcjonizmu zorientowanego na siebie i zorientowanego na innych. Osoby transpłciowe osiągały też wyższe wyniki w skalach obaw przed błędami, wątpliwości w jakości swoich działań i krytycyzmu rodziców. Oba wyniki badania są spójne w kontekście dwuczynnikowego modelu perfekcjonizmu, który zakłada dwie formy perfekcjonizmu: perfekcjonistyczne dążenia i perfekcjonistyczne obawy (Frost i in., 1993; Stoeber, 2018; Szczucka, 2010). Wyniki wskazują, że osoby transpłciowe odczuwają silniej perfekcjonistyczne obawy, na które składają się obawy przed błędami, wątpliwości co do jakości swoich działań, krytycyzm rodziców oraz społecznie narzucony perfekcjonizm. Jest to czynnik, który jest nazywany perfekcjonizmem dezadaptacyjnym ze względu na jego udokumentowane powiązanie z wyższym negatywnym afektem (Dunkley, Berg, Zuroff, 2012; Fedewa, Burns i Gomez, 2005; Frost i in., 1993; Molnar i in., 2006), objawami depresji (Enns, Cox i Borger, 2001; Hewitt i Flett, 1991; Sassaroli i in., 2008), zaburzeniami lękowymi (Frost i DiBartoloo, 2002; Antony i in., 1998), zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi (Antony i in., 1998; Frost i in., 1997; Sassaroli i in., 2008), zaburzeniami osobowości (Sherry i in., 2007; Stoeber, 2014; Hewitt i Flett, 1991) i zaburzeniami odżywiania (Sherry i in., 2009; Choo i Chan,

2013; Paulson i Rutledge, 2014). Jest to ważna informacja, biorąc pod uwagę, że osoby transpłciowe ze względu na odczuwanie dysforii płciowej są narażone na wysokie ryzyko zachorowalności na choroby psychiczne m.in. zaburzenia depresyjne i lękowe (Bränström i Pachankis, 2020; Bockting i in., 2013; Perez-Brumer i in., 2015; Moyer, Connelly i Holley, 2019). Biorąc pod uwagę, że perfekcjonizm dezadaptacyjny silnie wpływa na zwiększenie ryzyka wystąpienia objawów tych zaburzeń, współwystępowanie perfekcjonizmu i dysforii płciowej wśród osób transpłciowych może być ważnym czynnikiem zagrażającym dla samopoczucia tych osób.

Dotychczas perfekcjonizm wśród osób transpłciowych przebadano w jednym badaniu (Khoosal, 2009), z którego wynika, że perfekcjonizm w tej grupie jest wyższy niż w grupie kontrolnej osób z zaburzeniami odżywiania. Jest to ważne odkrycie, ponieważ osoby z zaburzeniami odżywiania charakteryzują się wysokim perfekcjonizmem (Sassaroli i in., 2008; Lilenfeld i in., 2000; Chockell i in., 2002). W badaniu perfekcjonizm został zbadany poprzez podskalę perfekcjonizmu w Kwestionariuszu Zaburzeń Odżywiania (EDI), który nie rozróżnia wymiarów perfekcjonizmu. Obecne badanie jest pierwszym badaniem osób transpłciowych przez pryzmat perfekcjonizmu, dlatego niemożliwe jest porównanie tych wyników do poprzednich badań.

Dodatkowo, osoby transpłciowe w badaniu osiągnęły niższy wynik (choć, co warto wspomnieć, że wciąż wysoki), w skali perfekcjonizmu zorientowanego na siebie, który mógłby potencjalnie pełnić rolę czynnika ochronnego, jako że wyższy perfekcjonizm adaptacyjny jest związany z wyższym pozytywnym afektem (Molnar i in., 2006; Frost i in. 1993) i niższym negatywnym afektem w porównaniu z perfekcjonizmem nieadaptacyjnym (Dunkley i in., 2012, Malivoire i in., 2019).

Istotnym odkryciem jest również niższy perfekcjonizm zorientowany na innych wśród osób transpłciowych w porównaniu z grupą kontrolną. Jest to wymiar perfekcjonizmu istotnie powiązany z narcyzmem (np. Sherry i in., 2014; Stoeber, 2014), co może oznaczać, że o ile osoby transpłciowe zakładają, że inni ludzie stawiają wobec nich wysokie oczekiwania, niekoniecznie stawiają takie oczekiwania wobec innych.

Osoby transpłciowe wykazały również niższą satysfakcję z swojego ciała w każdym badanym obszarze, czyli samoocenie wyglądu, wagi i przypisywanej oceny niż osoby cisplciowe. Wyniki te są zgodne z wcześniejszymi badaniami, które wskazują, że osoby z dysforią płciową są ogólnie mniej zadowolone ze swojego ciała i wyglądu niż populacje kontrolne (Algars i in., 2010, 2012; Becker i in., 2016, 2018; Jones i in., 2016; Kraemer i in., 2008; van de Grift i in., 2016; Witcomb i in., 2015). Oznacza to, że osoby

transpłciowe czują się mniej atrakcyjne i mają niższą pewność siebie w odniesieniu do własnego wyglądu. Co ważne, wyniki wskazują, że osoby transpłciowe nie tylko oceniają negatywnie swój wygląd i wagę, ale także zakładają, że inni ludzie również widzą je jako osoby nieatrakcyjne. Te obawy dotyczące obrazu ciała mogą być rozumiane w odniesieniu do samej niezgodności płci (Jones i in., 2019), jak i uprzedzeń wobec osób transpłciowych (Velez i in., 2016) jako obawy związane z zakładanym oczekiwaniem otoczenia, by transpłciowe kobiety i mężczyźni dostosowali swoje ciała do swojej tożsamości płciowej. Jest to spójne z wynikami wskazującymi na wyższy perfekcjonizm narzucony społecznie, który odnosi się do przekonań o wysokich standardach i oczekiwaniach innych osób, które nie muszą być spójne z standardami osoby wobec siebie.

Wbrew założeniom transpłciowe kobiety nie wykazały niższej samooceny swojego ciała i wyższego poziomu dysforii płciowej niż transpłciowi mężczyźni. Jest to sprzeczne z poprzednimi badaniami, które pokazują, że transpłciowe kobiety zgłaszały wyższe i inne niezadowolenie z ciała w porównaniu do transpłciowych mężczyzn (de Vries i in., 2011; Becker i in., 2016; Fisher i in., 2014; van de Grift i in., 2016). Różnice w odczuwaniu satysfakcji z ciała widoczne są również w odniesieniu do cispłciowej populacji. Różnice płci w rozwoju niezadowolenia z ciała są dobrze ugruntowane w literaturze, przy czym młode kobiety zgłaszają większe niezadowolenie niż mężczyźni (np. Lawler i Nixon, 2011; Gardner i in., 2000; Jones, 2004; Eisenberg i in., 2006; Rosenblum i Lewis, 1999). Ważne jest rozróżnienie samooceny w odniesieniu do konkretnych części ciała. Poprzednie badania (de Vries i in., 2011; Becker i in., 2016; Fisher i in., 2014; van de Grift i in., 2016) wskazują, że w grupie transpłciowych kobiet niezadowolenie dotyczyło głównie genitaliów i owłosienia na ciele, podczas gdy transpłciowi mężczyźni zgłaszali większe niezadowolenie z klatki piersiowej i bioder. Również w populacji ogólnej badania wskazują, że kobiety są bardziej zorientowane na zrzucenie wagi (np. Furham i in., 2002; Muth i Cash., 1997), podczas gdy mężczyźni odczuwali niezadowolenie z obrazu ciała chcąc być szczuplejszymi, ale też bardziej umięśnionymi (McCabe i Ricciardelli, 2004; Barnes, 2020). Niestety w opisywanym badaniu nie dokonano rozróżnienia na poszczególne części ciała osób transpłciowych, co jest wskazówką do kierunku dalszych badań.

Wcześniej nie postawiono hipotezy dotyczącej obrazu ciała i dysforii płciowej wśród osób niebinarnych. Literatura wskazuje, że osoby niebinarne to grupa, która zgłasza mniejszą dysfориę płciową z porównaniu z transpłciowymi osobami binarnymi (Jones i

in., 2019). Ten wynik mógłby wskazywać, że osoby niebinarne odczuwają również mniejszą satysfakcję z ciała niż transpłciowe kobiety i mężczyźni. W badaniu własnym nie zauważono takiej zależności. Osoby niebinarne nie różniły się w poziomie odczuwanej spójności ciała ani satysfakcji z ciała. Być może jest to związane z potrzebą osób niebinarnych do osiągnięcia androgenicznego wyglądu (McGruiere i in., 2016), co może być potencjalnie równie trudne co osiągnięcie zadawalającego wyglądu w przypadku osób transpłciowych binarnych, które dążą do idealnego kobiecego bądź męskiego wyglądu.

Zaskakującym wynikiem jest niższa akceptacja tożsamości płciowej wśród transpłciowych mężczyzn w porównaniu do transpłciowych kobiet i osób niebinarnych. Wcześniejsze badania dotyczące samoakceptacji nie wskazują na taką różnicę (Budge i in., 2014; Galupo i in., 2014; Riggle i Mohr, 2015; Rostosky i in., 2018). Jest to ważna informacja, ze względu na rolę akceptacji tożsamości jako czynnika ochronnego. Zasoby indywidualne (np. duma z własnej tożsamości) i zasoby społeczne (np. powiązania ze społecznością; Puckett i in., 2019) mogą złagodzić powiązania między stresem mniejszościowym a negatywnym wpływem psychicznym (Testa i in., 2015). Być może uzyskanie statusu mężczyzny wydaje się transpłciowym mężczyznom w Polsce nieosiągalny lub trudny do zrealizowania, co powoduje u nich niechęć i cierpienie w związku z byciem osobą transpłciową. Jest to potencjalny kierunek do dalszych badań, w celu zgłębienia tematu akceptacji tożsamości płciowej wśród polskiej populacji osób transpłciowych.

Zgodnie z przewidywaniami perfekcjonizm negatywnie korelował z spójnością wyglądu, konkretnie w skalach obawy przed błędami, wątpienie w jakość swoich działań i krytycyzm rodziców, czyli wskaźnikami perfekcjonizmu dezadaptacyjnego. Oznacza to, że w przypadku, gdy osoby transpłciowe odczuwają lęk przed popełnieniem błędu lub niewykonania zadań wystarczająco dobrze mogą odczuwać wyższą dysforię płciową. Wyniki wskazują, że również krytyczna postawa rodziców może korespondować z niższą odczuwaną spójnością wyglądu.

Również samoocena wyglądu, samoocena wagi oraz przypisywana ocena korelowały z perfekcjonizmem zorientowanym na siebie i narzuconym społecznie, co oznacza, że wraz z wzrostem tych wskaźników perfekcjonizmu, będzie obniżało się odczuwane zadowolenie z ciała. Jest to spójne z wcześniejszymi badaniami (Hasse i in., 2013; Stoeber i Stoeber, 2009). Większość literatury wskazuje na związek między perfekcjonizmem a niezadowoleniem z własnego ciała. Hewitt i współpracownicy (1995)

oraz Wade i Tiggemann (2013) stwierdzili, że osoby z wysokim ogólnym perfekcjonizmem często stawiają sobie nierealistyczne oczekiwania, co z kolei może powodować nadmierny krytycyzm w ocenie własnego wyglądu. Taka interpretacja może znaleźć również odzwierciedlenie w wynikach opisywanego badania. W przypadku, gdy osoby transpłciowe stawiają sobie wysokie i nierealistyczne wymagania co do wyglądu w kontekście wagi i atrakcyjności, a także spełnienia standardów odnoszących się do wyglądu kobiecego lub męskiego, mogą odczuwać wyższe niezadowolenie z ciała, a także wyższą dysfориę płciową. Uważa się, że w populacjach cisplciowych zinternalizowany ideał szczupłej sylwetki bezpośrednio sprzyja niezadowoleniu z ciała, ponieważ ideał ten jest praktycznie nieosiągalny dla większości kobiet (np. Thompson i Stice, 2001). Osiągnięcie tego ideału może być jeszcze bardziej nierealne w przypadku kobiet transpłciowych, ponieważ niektórych cech ciała nie można zmienić medycznie lub fizycznie (np. szerokie ramiona). Transpłciowe kobiety mogą odczuwać potrzebę nie tylko szczupłej sylwetki, ale także posiadania cech cielesności kulturowo łączonych z kobiecością jak zaokrąglone biodra, wydatne pośladki czy duże piersi, które mogą być nie do osiągnięcia nawet po rozpoczęciu tranzycji medycznej. Również w przypadku transpłciowych mężczyzn pewne obszary cielesności mogą wpływać na obniżoną satysfакcję z ciała, jeśli są zbyt kobiece lub za mało męskie w kulturowym znaczeniu np. mogą odczuwać niezadowolenie z subiektywnie zbyt grubych ud lub za wąskich ramion. Becker i współpracownicy (2015) stwierdzili, że transpłciowi mężczyźni byli niezadowoleni ze wszystkich cech ciała kulturowo łączonych z płcią żeńską (nie tylko cech charakterystycznych dla dymorfizmu płciowego) i dlatego doszli do wniosku, że obawy związane z obrazem ciała u osób transpłciowych nie powinny być zredukowane do części ciała związanych z płcią (jak piersi, genitalia itp.). Ponadto Becker i współpracownicy (2018) zauważyli, że poczucie zadowolenia z ciała, atrakcyjności i pewności siebie było wciąż niskie nawet po interwencji hormonalnej i operacji. Dodając do tego czynnik perfekcjonizmu, który sam w sobie zwiększa niezadowolenie z ciała, można się spodziewać jeszcze większego niezadowolenia z ciała, a co za tym idzie, większego odczucia dysfории płciowej.

Zgodnie z wcześniejszymi założeniami satysfакcja z ciała dodatkowo koreluje z spójnością wyglądu, czyli pozytywna samoocena wyglądu zmniejsza odczucie dysfории płciowej. Ważne jest także, że spójność wyglądu koreluje pozytywnie z przypisywaną oceną wyglądu, która odnosi się do wyobrażonego obrazu swojego ciała w oczach innych. Jest to

spójne z wcześniejszymi wynikami, które wskazują na korelację spójności ciała z perfekcjonizmem narzuconym społecznie.

Badanie potwierdziło przypuszczenie, że perfekcjonizm ma wpływ na odczucie dysforii płciowej wśród osób transpłciowych. Perfekcjonizm narzucony społecznie i perfekcjonizm zorientowany na innych, a także wątpienie w jakość swoich działań i standardy osobiste są istotnymi predyktorami odczuwanej spójności wyglądu wśród osób transpłciowych. Potwierdziły się także założenia, że perfekcjonizm będzie miał wpływ na satysfakcję z własnego ciała. Perfekcjonizm narzucony społecznie, a także obawa przed błędami, krytycyzm rodziców, standardy osobiste i wątpienie w jakość swoich działań są istotnymi predyktorami samooceny własnego ciała wśród osób transpłciowych. Poza standardami osobistymi, wszystkie te cechy i formy perfekcjonizmu są uważane za dezadaptacyjne (Frost i in., 1993; Stoeber, 2018). Wpływ perfekcjonizmu dezadaptacyjnego na niezadowolenie z własnego ciała jest dobrze udokumentowany (np. Boone i in., 2012; Wade i Tiggemann, 2013; Sherry i in., 2007). Również pojawienie się standardów osobistych związanych z perfekcjonistycznymi dążeniami, czyli perfekcjonizmem adaptacyjnym jako predyktora niezadowolenia z ciała nie jest zaskakujący. Przeglądy metaanalityczne pokazują powiązanie perfekcjonistycznych standardów z niezdrowymi skutkami takimi jak objawy psychopatologii (Limburg i in., 2017), zaburzenia lękowe (Burcas i Cretu, 2021), objawy bulimiczne (Kehayes i in., 2019), objawy depresji (Smith i in., 2021) oraz myśli samobójcze (Smith, Sherry i in., 2018). Ważne jest również, aby wziąć pod uwagę, że dążenie do doskonałości jest częścią perfekcjonistycznej autoprezentacji (Hewitt i in., 2003), która również jest związana z niezadowoleniem z obrazu własnego ciała i objawami bulimii (Cockell i in., 2002; Hewitt i in., 1995; McGee i in., 2005). Wyniki badania wskazują, że zarówno dezadaptacyjna forma perfekcjonizmu odnosząca się nadmiernej samokrytyki, doświadczenia krytycznej postawy rodziców i lęku przed popełnianiem błędów, jak i potencjalnie adaptacyjna forma perfekcjonizmu związana z stawianiem wysokich i wymagających standardów wobec siebie negatywnie wpływa na obraz ciała i poczucie spójności wśród osób transpłciowych. Jest to zgodne z opinią niektórych badaczy (np. (Gaudreau, 2019), którzy twierdzą, że perfekcjonizm jako tendencja do dążenia do wyidealizowanych, bezbłędnych i nadmiernie wysokich standardów w nieustępliwy sposób w samej definicji jest cechą dezadaptacyjną. To założenie jest bliższe pierwotnym teoriom na temat perfekcjonizmu (Burns, 1980, Ellis, 1958; Missildine, 1963), ale także zgodne z konceptualizacją perfekcjonizmu klinicznego jako mechanizmu transdiagnostycznego w

modelu Shafran (Shafran, Egan i Wage, 2010). Ten wynik wskazywałby na to, że zarówno krytyczna ocena siebie i dążenie do bezbłędności, jak i wyznaczanie niezwykle wysokich standardów i celów wśród osób transpłciowych może potencjalnie wpływać na ich obraz ciała oraz dysfориę płciową, a co za tym idzie być predyktorem konsekwencji związanych z odczuwaną dysfориą płciową i niezadowoleniem z ciała jak objawy depresji, zaburzenia lękowe i zaburzenia odżywiania.

Perfekcjonizm narzucony społecznie jest predyktorem zarówno dysfории płciowej jak i niskiej satysfакcji z ciała. Jest to ważny wynik, biorąc pod uwagę nie tylko najbardziej dezadaptacyjny charakter tej formy perfekcjonizmu (Damian i in., 2014, 2017; Roxborough i in., 2012), ale także jego interpersonalny wymiar. Perfekcjonizm narzucony społecznie wyraża przekonanie, że inni ludzie domagają się doskonałości, co oznacza, że muszą spełniać ich oczekiwania, aby zyskać akceptację. Brak zaobserwowanego wpływu perfekcjonizmu zorientowanego na siebie na dysfориę płciową i satysfакcję z ciała może oznaczać, że wymagania co do spójności swojego wyglądu, a także swojej atrakcyjności jakie stawiają przed sobą osoby transpłciowe nie wynikają z ich osobistych standardów i oczekiwań, co do wystarczająco dobrego ciała. Przeciwnie, wyniki badania wskazują, że niska satysfакcja z ciała i niska odczuwania spójność wyglądu jest przynajmniej częściowo efektem zinternalizowanych standardów i oczekiwań otoczenia. Ten wyniki rezonuje z teorią dotyczącą cielesności publicznej i prywatnej Langer (2014), która zakłada, że motywacje do wprowadzenia modyfikacji ciała wśród osób transpłciowych mogą odnosić się zarówno do potrzeb intrapersonalnych (np. zakończenie miesiączki), jak i interpersonalnych, odnoszących się do społecznego postrzegania tożsamości osoby np. poprzez pojawienie się zarostu i obniżenie głosu. Te założenia łączą się z teorią dotyczącą społecznej dysfории płciowej (Galupo i in., 2000), która odnosi się do cierpienia, które pojawia się, gdy istnieje różnica między odczuwaną przez jednostkę płcią a jej kontekstem społecznym. Zgodnie z tą teorią kontekst społeczny może obejmować obecność ról społecznych związanych z płcią, sposób, w jaki płeć osoby jest odczytywana przez innych, a także sposób, w jaki jej płeć jest potwierdzana (np. poprzez społeczne uznanie i wsparcie) lub unieważniania przez innych w komunikacji (Lindley, Anzani i Galupo, 2022). Samo zjawisko dążenia do „passingu”, przez niektórych uznawanego za ostateczny cel tranzycji, czyli społecznego uznania doświadczanej płci opiera się standardach i oczekiwaniach otoczenia osoby transpłciowej, a nie jej samej. To otoczenie decyduje, jak powinna wyglądać osoba transpłciowa, aby spełniać kryteria mężczyzny, kobiety lub osoby androgenicznej.

Jednocześnie kontekst kulturowy w krajach zachodnich jest zdecydowanie zero-jedynkowy i stawia płciowość w dychotomicznej opozycji. Kultura masowa narzuca, że chłopcy i mężczyźni powinni być wysocy, przystojni, szczupli, barczyści i silnie umięśnieni, za to dziewczęta i kobiety – piękne, szczupłe i jednocześnie posiadające krągłe biodra i duże piersi. Są to wymagania często niemożliwe do osiągnięcia dla cis płciowych osób, nie mówiąc już o osobach transpłciowych, których ciało pierwotnie kształtowało się w odwrotnym kierunku niż wskazywałaby na to ich tożsamość płciowa. Nierealistyczne standardy dotyczące płciowości nie zatrzymują jednak osób transpłciowych w staraniach o osiągnięcie tego celu poprzez podejmowanie się terapii hormonalnej, poddawanie się operacjom (korekcje klatki piersiowej oraz genitaliów, ale także feminizacji lub maskulinizacji twarzy, zmniejszenia chrząstki tarczowej, lipoplastyki itp.) oraz zabiegom kosmetycznym (np. depilacja laserowa). Nie są to jednak zabiegi dostępne dla każdej osoby ze względu na koszty i obciążenia zdrowotne. Nie są to także interwencje, których będzie potrzebowała i pragnęła każda osoba transpłciowa. Jednocześnie, w przypadku, gdy osoby transpłciowe mogą odczuwać wysoki perfekcjonizm narzucony społecznie, mogą czuć pewien przymus dopasowania się do tych społecznie indukowanych standardów dotyczących wyglądu i w przypadku niemożliwości ich osiągnięcia, odczuwać niską satysfakcję z swojego wyglądu i wyższą dysforię płciową niż osoby, które nie odczuwają tego przymusu. Jednocześnie biorąc pod uwagę jak silny jest wpływ społeczny na odczuwanie spójności wyglądu i fakt, że kryterium uzyskania tej spójności jest opinia otoczenia (rodziny, znajomych, obcych osób spotykanych w miejscach publicznych lub w przestrzeni Internetu), odrzucenie tych narzuconych standardów staje się niezwykle trudne.

Perfekcjonizm zorientowany na innych (tj. tendencja do narzucania nierealistycznych standardów innym i ocenianie innych w sposób surowy i nadmiernie precyzyjny) w przeciwieństwie do perfekcjonizmu narzuconego społecznie jest predyktorem większej spójności wyglądu i większej satysfakcji z ciała. Badania dotyczące obrazu ciała głównie skupiają się wokół perfekcjonizmu zorientowanego na siebie i narzuconemu społecznie, dlatego brakuje danych dotyczących wpływu tego wymiaru perfekcjonizmu na satysfakcję z ciała. Perfekcjonizm zorientowany na innych wiąże się z wysokim poziomem narcyzmu, makiawelizmu i psychopatii, a także niskim poziomem ugodowości i altruizmu (Stoeber, 2014). Ostatnie badania potwierdzają te wcześniejsze odkrycia, a ponadto pokazują, że perfekcjonizm zorientowany na innych jest silnie powiązany z narcystyczną potrzebą bycia podziwianym przez innych (Nealis i in., 2015).

Być może ta zależność wynika z narcystycznych mechanizmów kompensacyjnych, które mogą przejawiać osoby, które starają się zwalczyć lub zrównoważyć niskie poczucie własnej wartości poprzez demonstrowanie i tworzenie iluzji własnej wyższości (Millon i Davis, 2005). W tym kontekście osoby transpłciowe o wysokim perfekcjonizmie zorientowanym na innych dzięki kompensacji odczuwają większą spójność wyglądu, a w sytuacjach potencjalnego zagrożenia dla tej spójności przerzucają uwagę na wadliwość otoczenia, bardziej niż na swoją wadliwość.

Perfekcjonizm wśród osób transpłciowych może być jednym w czynników wyjaśniających, dlaczego nawet po wprowadzeniu interwencji medycznych, część osób transpłciowych wciąż odczuwa obniżoną satysfakcję z ciała i dysfориę płciową (Bandini i in., 2013; Becker i in., 2018). Dotychczas badania nad niezgodnością płciową odnosiły się głównie do badań nad wpływem tranzycji medycznej na samoocenę i dobrostan osób transpłciowych (np. de Vries i in., 2014; Smith i in., 2005; van de Grift i in., 2017; Fisher i in. 2014). Udokumentowany wpływ czynników społecznych (Galupo i in., 2020; Lindley, Anzani i Galupo, 2022) oraz prawdopodobny wpływ perfekcjonizmu na dysfориę płciową może wskazywać na istotną rolę czynników osobowościowych na konceptualizację niezgodności płciowej, a co za tym idzie potencjalnie szerszego repertuaru użytecznych interwencji psychologicznych, które mogłyby wpływać na obniżenie cierpienia związanego z niespójnością wyglądu.

4.2. Aplikacyjność badań własnych

Badania nad skutecznością interwencji poznawczo-behawioralnych wskazują, że perfekcjonizm jest podatny na modyfikację poprzez działania terapeutyczne (Pleva i Wade, 2007; Arpin-Cribbie i in., 2008; Radhu i in., 2012; Steele and Wade, 2008; Glover i in., 2007; Riley i in., 2007; Egan i in., 2014). Ponadto badania wykazały, że nawet ośmiominutowe interwencje koncentrujące się na restrukturyzacji poznawczej istotnie zmniejszyły perfekcjonistyczne objawy (DiBartolo i in., 2001). Co ważne, ukierunkowanie na perfekcjonizm w terapii może być skuteczne w zmniejszaniu objawów w całym zakresie zaburzeń psychicznych związanych z tą cechą (Bieling i in., 2004; Shafran i in., 2002). Biorąc pod uwagę wyniki badań własnych, interwencje psychologiczne zorientowane na redukcję perfekcjonizmu u osób transpłciowych mogłyby potencjalnie wspomóc zwiększenie satysfakcji z ciała oraz zmniejszenie dysfории płciowej, a co za tym idzie, zwiększyć dobrostan i komfort psychiczny tych osób.

Wyniki badania mogą mieć także potencjalny wpływ na proces diagnostyki dysforii płciowej. Jest to proces ukierunkowany nie tylko na potwierdzenie występowania dysforii płciowej oraz dokonania różnicowania różnych problemów i stanów psychicznych z dysforią płciową, ale także dobór odpowiednich interwencji służących leczeniu (Grabski i in., 2020). Proces tranzycji nie zawsze musi wyglądać jednakowo dla każdej osoby transpłciowej, biorąc pod uwagę, że pragnienia i możliwości odnośnie do różnych etapów tranzycji i potencjalnych interwencji nie są jednorodne w tej grupie (Koehler i in., 2018; Wylie i in., 2016). W procesie diagnostyki ważnym elementem jest psychoedukacja na temat poszczególnych etapów tranzycji (Grabski i in., 2020) oraz omówienie potrzeb osoby diagnozowanej. W tym przypadku perfekcjonizm również może pełnić ważną rolę. Oczekiwania osoby diagnozowanej co do efektów tranzycji mogą być nierealistyczne (np. ze względu na fizyczne ograniczenia budowy ciała) w związku z wysokimi, perfekcjonistycznymi standardami. Brak możliwości osiągnięcia tych celów może wywoływać rozczarowanie efektami interwencji. Inną konsekwencją może być obawa przed popełnieniem błędu i podjęcie interwencji, których efekt mógłby być potencjalnie niewystarczająco satysfakcjonujący, a w efekcie odracanie rozpoczęcia procesu tranzycji pomimo odczuwanej dysforii płciowej. Perfekcjonizm narzucony społecznie może być związany z oczekiwaniami wobec swojego wyglądu wśród osób transpłciowych i przez to kierować procesem decyzyjnym odnośnie do podejmowanych interwencji lub etapów tranzycji. W tym przypadku ważne byłoby omówienie z osobą diagnozowaną jej przekonań dotyczących stereotypów płciowych dotyczących wyglądu. Istnieje prawdopodobieństwo, że osoba diagnozowana mogła zinternalizować wysokie wymagania dotyczące ekspresji kobiecości i męskości i ze względu na trudność w osiągnięciu tych nierealistycznych standardów krytycznie ocenia swoją cielesność i możliwości dopasowania się do społecznych kryteriów kobiecości i męskości lub czuje przymus modyfikacji swojego ciała w celu zdobycia akceptacji otoczenia. W tej sytuacji istotnym elementem wsparcia psychologicznego byłaby praca nad uelastycznieniem i urealnieniem tych standardów, aby zwiększyć samopoczucie osoby wobec swojej realnej cielesności oraz umożliwić jej podjęcie decyzji o możliwych etapach tranzycji i interwencjach w zgodzie z swoimi potrzebami.

Biorąc pod uwagę potencjalny wpływ perfekcjonizmu na zdrowie psychiczne, ale i procesy decyzyjne dotyczące tranzycji wśród osób płciowych, skierowanie uwagi na osobowościowe komponenty odczuwania dysforii płciowej może być obiecującym kierunkiem w stronę bardziej holistycznej opieki nad osobami transpłciowymi.

4.3. Ograniczenia badania własnego

Przedstawione badanie jest pierwszym badaniem dotyczącym wpływu perfekcjonizmu na odczucie dysforii płciowej i satysfakcji z ciała wśród osób transpłciowych. Chociaż wyniki badania potwierdzają założenia, że perfekcjonizm jest istotnym czynnikiem wpływającym na obraz ciała i spójność wyglądu tej grupy, nie są to wystarczające dowody na ostateczne potwierdzenie takiej zależności.

Istotnym ograniczeniem rzetelności wyników badania jest liczebność próby. Chociaż grupa obejmująca 132 osoby transpłciowe jest relatywnie wysokim wynikiem w kontekście badań nad transpłciowością, wciąż nie jest duża grupa z perspektywy statystycznej.

Ograniczeniem, które utrudniło w pełni analizę obrazu ciała osób transpłciowych było użycie narzędzia, które skupiało się na ogólnych cechach cielesności (samooceny wyglądu, wagi i przypisywanej oceny). Wyniki uzyskane z tych skal były użyteczne w kontekście badania wpływu perfekcjonizmu na obraz ciała, ale także pozwoliły na rozróżnienie oceny wyglądu na przekonania dotyczące własnego postrzegania swojej cielesności oraz przekonania dotyczące oceny swojej cielesności przez innych. Było to szczególnie istotnie, biorąc pod uwagę rozróżnienie perfekcjonizmu na perspektywę własną i społeczną w kwestionariuszu HMPS. Jednocześnie zbadanie wpływu perfekcjonizmu na obraz ciała osób transpłciowych w sposób bardziej szczegółowy pozwoliłoby na zebranie informacji czy poszczególne części ciała (np. mocniej związane z płciowością) są bardziej wrażliwe na perfekcjonistyczne dążenia i obawy niż inne. Jest to potencjalny kierunek do dalszych badań nad wpływem perfekcjonizmu na obraz ciała osób transpłciowych.

5. Zakończenie

Badanie dostarczyło dowodów na to, że perfekcjonizm ma statystycznie istotny wpływ na niezadowolenie z ciała i dysfориę płciową wśród osób transpłciowych. Jest to pierwsze badanie przeprowadzone w tej grupie koncentrujące się na tym komponentcie osobowości. Dotychczas zauważono wysokie wyniki perfekcjonizmu w grupie osób transpłciowych w badaniu wykorzystującym kwestionariusz do oceny zaburzeń odżywiania (Khoosal, 2009). Użycie narzędzi psychologicznych skonstruowanych do pomiaru perfekcjonizmu jako wielowymiarowego konstruktowi pozwoliło na bardziej szczegółową konceptualizację wpływu perfekcjonizmu na ocenę swojej cielesności przez osoby transpłciowe. Badanie potwierdziło założenia o wyższym perfekcjonizmie osób transpłciowych w porównaniu z grupą kontrolną tylko w wymiarze perfekcjonizmu narzuconego społecznie. Jest to ważne, biorąc pod uwagę, że to ten wymiar perfekcjonizmu wpływał najsilniej i negatywnie na zadowolenie z ciała i spójność ciała osób transpłciowych. Interpersonalny charakter tego wymiaru perfekcjonizmu potwierdza teorie sugerujące wpływ kontekstu społecznego na dysfориę płciową, w tym przypadku przekonań na temat oczekiwań innych osób odnośnie do wyglądu osób transpłciowych. Badanie wskazuje również, że na satysfакcję z ciała i spójność wyglądu wśród osób transpłciowych wpływają zarówno dezadaptacyjne (obawy przed błędami, wątpliwości w jakości wykonania i krytycyzm rodziców), jak i adaptacyjne (osobiste standardy) komponenty perfekcjonizmu. Wyniki badania potwierdziły pozytywną interakcję między satysfакcją z ciała i postrzeganą spójnością wyglądu oraz odwrotną zależność w przypadku wpływu perfekcjonizmu na te czynniki. Interesującym odkryciem jest brak różnic w żadnym z badanych czynników pomiędzy transpłciowymi kobietami, transpłciowymi mężczyznami i osobami niebinarnymi. Dotychczas badania wskazywały na silniejsze odczuwanie niezadowolenia z ciała u transpłciowych kobiet, co było odzwierciedleniem porównań obrazu ciała kobiet i mężczyzn w populacji cisplciowej. Może to wskazywać na odmienne pojmowanie obrazu ciała wśród osób transpłciowych, które inaczej internalizują oczekiwania społeczne dotyczące wyglądu. Ponadto nieoczekiwanym wynikiem była niższa akceptacja swojej tożsamości u transpłciowych mężczyzn w porównaniu do kobiet i osób transpłciowych, która może być związana z oczekiwaniami dotyczącymi męskości w Polsce. Jest to jednak zagadnienie, które wymaga dalszego pogłębienia w kolejnych badaniach. Wnioski z badania mogą posłużyć jako wskazówka i potencjalny kierunek do dalszych badań nad perfekcjonizmem oraz

innymi komponentami osobowościowymi wśród osób transpłciowych, które mogłyby stanowić podstawę do rozszerzenia możliwości potencjalnego wsparcia psychologicznego osób transpłciowych.

Aneksy

1. Aneks 1 Wielowymiarowa Skala Perfekcjonizmu Hewitta (Hewitt i Flett, 1990).

INSTRUKCJA: **Poniżej** wymieniono szereg stwierdzeń dotyczących cech osobowości. Przeczytaj uważnie każdą pozycję i zdecyduj w jakim stopniu zgadzasz się lub nie zgadzasz z poniższymi stwierdzeniami. Użyj skali, gdzie 1 oznacza, że *zdecydowanie się nie zgadzasz* z danym stwierdzeniem, a 7 że *zdecydowanie się zgadzasz*. Możesz także użyć wartości pośrednich: 2, 3, 4, 5, 6.

1. Kiedy and czymś pracuję, nie mogę się zrelaksować, dopóki efekty pracy nie będą idealne.
2. Raczej nie będę krytykować kogoś za to, że zbyt łatwo się poddaje.
3. Nie jest dla mnie ważne, aby ludzie, z którymi jestem blisko, odnosili sukcesy.
4. Rzadko krytykuję moich znajomych za to, że akceptują półśrodki.
5. Trudno mi sprostać oczekiwaniom innych ludzi.
6. Jednym z moich celów jest bycie perfekcyjnym we wszystkim, co robię.
7. Wszystko, co robią inni, musi być najwyższej jakości.
8. Nigdy nie dążę do perfekcji w mojej pracy.
9. Osoby wokół mnie z łatwością akceptują, że ja też mogę popełniać błędy.
10. Nie ma to dla mnie znaczenia, kiedy ktoś mi bliski nie daje z siebie wszystkiego.
11. Im lepiej sobie radzę, tym więcej się ode mnie oczekuje.
12. Rzadko odczuwam potrzebę perfekcji.
13. Wszystko, co zrobię gorzej niż doskonale, będzie postrzegane jako kiepska praca przez osoby wokół mnie.
14. Staram się być tak doskonały, jak tylko mogę.
15. To dla mnie bardzo ważne, żeby osiągać perfekcję we wszystkim, co robię.
16. Mam wysokie oczekiwania wobec osób, które są dla mnie ważne.
17. Staram się być najlepszy/a we wszystkim, co robię.
18. Ludzie wokół mnie oczekują, że odniosę sukces we wszystkim, co robię.
19. Nie mam bardzo wysokich standardów wobec osób wokół mnie.
20. Nie żądam od siebie niczego innego niż perfekcji.
21. Inni mnie polubią, nawet jeśli nie we wszystkim najlepiej sobie radzę.
22. Nie mogę zawracać sobie głowy ludźmi, którzy nie dążą do bycia lepszą wersją siebie.

23. Niepokoi mnie, gdy widzę błąd w mojej pracy.
24. Nie oczekuję wiele od moich znajomych.
25. Sukces oznacza, że muszę jeszcze ciężiej pracować, aby zadowolić innych.
26. Jeśli poproszę kogoś o wykonanie jakiegoś zadania, oczekuję, że zrobi to bezbłędnie.
27. Nie mogę znieść sytuacji, gdy bliscy mi ludzie popełniają błędy.
28. Jestem perfekcjonistą/ką w wyznaczaniu swoich celów.
29. Ludzie, którzy są dla mnie ważni, nigdy nie powinni mnie zawieść.
30. Inni uważają, że czuję się dobrze, nawet jeśli mi się coś nie uda.
31. Czuję, że ludzie są ode mnie zbyt wymagający.
32. Przez cały czas muszę pracować na pełnych obrotach.
33. Chociaż mogą tego nie powiedzieć, inni ludzie bardzo się na mnie denerwują, kiedy zrobię błąd.
34. Nie muszę być najlepszy/a w wszystkim co robię.
35. Moja rodzina oczekuje, że będę doskonały/a.
36. Nie stawiam sobie bardzo wysokich celów.
37. Mój rodzic rzadko oczekiwał ode mnie doskonałości we wszystkich aspektach mojego życia.
38. Szanuję ludzi przeciętnych.
39. Ludzie oczekują ode mnie wyłącznie doskonałości.
40. Stawiam sobie bardzo wysokie standardy.
41. Ludzie oczekują ode mnie więcej, niż jestem w stanie dać.
42. Zawsze muszę odnosić sukcesy w szkole lub pracy.
43. Nie ma dla mnie znaczenia, kiedy bliski przyjaciel nie stara się dać z siebie wszystkiego.
44. Ludzie wokół mnie myślą, że nadal jestem kompetentny/a, nawet jeśli popełnię błąd.
45. Rzadko oczekuję, że inni będą wyróżniać się w tym, co robią.

Aby ocenić MPS, najpierw należy odwrócić następujące elementy:

2 3 4 8 9 10 12 19 21 24 30 34 36 37 38 43 44 45

Podskala perfekcjonizmu zorientowanego na siebie jest oceniana przez zsumowanie:

1 6 8 12 14 15 17 20 23 28 32 34 36 40 42

Podskala perfekcjonizmu zorientowanego na innych jest oceniana przez zsumowanie:

2 3 4 7 10 16 19 22 24 26 27 29 38 43 45

Podskala perfekcjonizmu narzuconego społecznie jest oceniana przez zsumowanie:

5 9 11 13 18 21 25 30 31 33 35 37 39 41 44

2. Aneks 2 Skala Zgodności Płciowej (Kozee i in., 2012)

Posługując się poniższą skalą zaznacz odpowiedź, która najlepiej opisuje twoje doświadczenia z ostatnich dwóch tygodni. Użyj skali, gdzie 1 oznacza że zdecydowanie się nie zgadzasz z danym stwierdzeniem, a 5 że zdecydowanie się zgadzasz. Możesz także użyć wartości pośrednich: 2, 3, 4.

1. Mój wygląd zewnętrzny odpowiada mojej tożsamości płciowej.
2. Doświadczam spójności pomiędzy moją tożsamością płciową, a moim ciałem.
3. Mój wygląd fizyczny odpowiednio wyraża moją tożsamość płciową.
4. Ogólnie czuję się komfortowo z tym, jak inni postrzegają moją tożsamość płciową, kiedy patrzą na mnie.
5. Zewnętrzne cechy fizyczne mojego ciała odzwierciedlają moją tożsamość płciową.
6. To w jaki sposób moje ciało teraz wygląda, nie odpowiada mojej tożsamości płciowej.
7. Odczuwam zadowolenie z tego, w jaki sposób mój wygląd wyraża moją tożsamość płciową.
8. Nie wydaję mi się, że mój wygląd odzwierciedla moją tożsamość płciową.
9. Czuję, że moje ciało i umysł są ze sobą zgodne.
10. Nie czuję dumy z mojej tożsamości płciowej.
11. Cieszę się, że mam taką tożsamość płciową, jakiej doświadczam.
12. Akceptuję swoją tożsamość płciową.

Odwrócone pozycje: 6, 8, 10

Podskale:

1. Spójność wyglądu: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9
2. Akceptacja tożsamości płciowej: 10, 11, 12

Spis tabel

Tabela 1 Charakterystyka demograficzna grupy badanej (osoby transpłciowe).....	77
Tabela 2. Charakterystyka grupy badanej (osób transpłciowych) pod względem etapów tranzyji medycznej, prawnej i społecznej.	79
Tabela 3 Charakterystyka demograficzna grupy kontrolnej (osoby cispłciowe).	82
Tabela 4 Porównanie osób transpłciowych (grupa badana) i osób cispłciowych (grupa kontrolna) pod względem poziomu perfekcjonizmu (HMPS).	84
Tabela 5 Porównanie osób transpłciowych (grupa badana) i osób cispłciowych (grupa kontrolna) pod względem poziomu perfekcjonizmu (FMPS).	85
Tabela 6 Porównanie osób transpłciowych (grupa badana) i osób cispłciowych (grupa kontrolna) pod względem spójności wyglądu i akceptacji tożsamości.....	86
Tabela 7 Porównanie osób transpłciowych (grupa badana) i osób cispłciowych (grupa kontrolna) pod względem samooceny wyglądu.....	87
Tabela 8 Porównanie transpłciowych mężczyzn i transpłciowych kobiet pod względem poziomu perfekcjonizmu (HMPS).....	88
Tabela 9 Porównanie transpłciowych mężczyzn i transpłciowych kobiet pod względem poziomu perfekcjonizmu (FMPS).	88
Tabela 10 Porównanie transpłciowych mężczyzn i transpłciowych kobiet pod względem poziomu spójności wyglądu i akceptacji tożsamości płciowej.	89
Tabela 11 Porównanie transpłciowych mężczyzn i transpłciowych kobiet pod względem poziomu samooceny wyglądu, samooceny wagi i przypisywanej oceny.....	89
Tabela 12 Jednoczynnikowa analiza wariancji zmiennych w podziale na transpłciowych mężczyzn, transpłciowe kobiety i osoby niebinarne.	90
Tabela 13 Porównanie wielokrotne grupy badanej w podziale na tożsamość płciową (test post hoc Gamesa-Howella).	93
Tabela 14 Statystyki opisowe (średnia i odchylenie standardowe) oraz korelacje pomiędzy spójnością wyglądu i akceptacją tożsamości płciowej a perfekcjonizmem (HMPS) wśród osób transpłciowych.	95
Tabela 15 Statystyki opisowe (średnia i odchylenie standardowe) oraz korelacje pomiędzy spójnością wyglądu i akceptacją tożsamości płciowej a perfekcjonizmem (FMPS) wśród osób transpłciowych.	95

Tabela 16 Statystyki opisowe (średnia i odchylenie standardowe) oraz korelacje pomiędzy samooceną a perfekcjonizmem (HMPS) wśród osób transpłciowych.	97
Tabela 17 Statystyki opisowe (średnia i odchylenie standardowe) oraz korelacje pomiędzy samooceną a perfekcjonizmem (FMPS) wśród osób transpłciowych.	98
Tabela 18 Statystyki opisowe (średnia i odchylenie standardowe) oraz korelacje pomiędzy samooceną a wskaźnikami niezgodności płciowej wśród osób transpłciowych.	99
Tabela 19 Wieloraka regresja liniowa: wpływ perfekcjonizmu (HMSP) na odczucie spójności wyglądu wśród osób transpłciowych.	100
Tabela 20 Wieloraka regresja liniowa: wpływ perfekcjonizmu (HMSP) na akceptację tożsamości płciowej wśród osób transpłciowych.	101
Tabela 21 Wieloraka regresja liniowa: wpływ perfekcjonizmu (HMSP) na odczucie samoocenę wyglądu wśród osób transpłciowych.	102
Tabela 22 Wieloraka regresja liniowa: wpływ perfekcjonizmu (HMSP) na odczucie spójności wagi wśród osób transpłciowych.	102
Tabela 23 Wieloraka regresja liniowa: wpływ perfekcjonizmu (HMSP) na przypisywaną ocenę wśród osób transpłciowych.	103
Tabela 24 Wieloraka regresja liniowa: wpływ perfekcjonizmu (FMSP) na spójność wyglądu wśród osób transpłciowych.	104
Tabela 25 Wieloraka regresja liniowa: wpływ perfekcjonizmu (FMSP) na akceptację tożsamości płciowej wśród osób transpłciowych.	104
Tabela 26 Wieloraka regresja liniowa: wpływ perfekcjonizmu (FMSP) na samoocenę wyglądu wśród osób transpłciowych.	105
Tabela 27 Wieloraka regresja liniowa: wpływ perfekcjonizmu (FMSP) na samoocenę wagi wśród osób transpłciowych.	106
Tabela 28 Wieloraka regresja liniowa: wpływ perfekcjonizmu (FMSP) na przypisywaną ocenę wśród osób transpłciowych.	107

Spis rysunków

Rycina 1 Zrewidowany poznawczo-behawioralny model perfekcjonizmu klinicznego (Shafran, Egan and Wade, 2010; tłumaczenie własne).....	32
Rycina 2 Poznawczo-behawioralny model rozwoju obrazu ciała (Cash, 2012, tłumaczenie własne).	40
Rycina 3 Poznawczy model obrazu ciała w odniesieniu do zaburzeń odżywiania (Williamson i in., 2002; tłumaczenie Brytek-Matera, 2008).....	41

Bibliografia

1. Abramovitz, B. A., & Birch, L. L. (2000). Five-year-old girls' ideas about dieting are predicted by their mothers' dieting. *Journal of the American Dietetic Association, 100*(10), 1157-1163.
2. Ackard, D. M., Croll, J. K., & Kearney-Cooke, A. (2002). Dieting frequency among college females: Association with disordered eating, body image, and related psychological problems. *Journal of Psychosomatic research, 52*(3), 129-136.
3. Adler, A. (1956). *The neurotic disposition*. W: H. L. Ansbacher, & R. R. Ansbacher (Red). *The individual psychology of Alfred Adler*. New York, NY: Harper.
4. Aitken, M., Steensma, T. D., Blanchard, R., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., ... & Zucker, K. J. (2015). Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *The journal of sexual medicine, 12*(3), 756-763
5. Ålgars, M., Alanko, K., Santtila, P., & Sandnabba, N. K. (2012). Disordered eating and gender identity disorder: A qualitative study. *Eating Disorders, 20*(4), 300–311.
6. 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.
7. Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Walshaw, P. D., Gerstein, R. K., Keyser, J. D., Whitehouse, W. G., Urosevic, S., Nusslock, R., Hogan, M. E., & Harmon-Jones, E. (2009). Behavioral approach system (BAS)-relevant cognitive styles and bipolar spectrum disorders: concurrent and prospective associations. *Journal of abnormal psychology, 118*(3), 459–471.
8. American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.
9. Antony, M. M., Purdon, C. L., Huta, V., & Swinson, R. P. (1998). Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 1143–1154.

10. Anzani, A.; Biella, M.; Scandurra, C.; Prunas, A. Desire for Genital Surgery in Trans Masculine Individuals: The Role of Internalized Transphobia, Transnormativity and Trans Positive Identity. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, *19*, 8916.
11. Appleton, P. R., Hall, H. K., & Hill, A. P. (2010). Family patterns of perfectionism: An examination of elite junior athletes and their parents. *Psychology of Sport and Exercise*, *11*(5), 363–371.
12. Arji, M., Borjali, A., Sohrabi, F., & Farrokhi, N. A. (2016). Role of perfectionism and body image in the prediction of body dysmorphic disorder symptoms. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*, *3*(3), 62-65.
13. Ashbaugh, A., Antony, M. M., Liss, A., Summerfeldt, L. J., McCabe, R. E., & Swinson, R. P. (2007). Changes in perfectionism following cognitive-behavioral treatment for social phobia. *Depression and anxiety*, *24*(3), 169–177.
14. Ashby, J. S., & Rice, K. G. (2002). Perfectionism, dysfunctional attitudes, and self-esteem: A structural equations analysis. *Journal of Counseling & Development*, *80*, 197–203.
15. Backholm, K., Isomaa, R., & Birgegård, A. (2013). The prevalence and impact of trauma history in eating disorder patients. *European journal of psychotraumatology*, *4*(1), 22482.
16. Bandini, E., Fisher, A. D., Castellini, G., Lo Sauro, C., Lelli, L., Meriggiola, M. C., Casale, H., Benni, L., Ferruccio, N., Faravelli, C., Dettore, D., Maggi, M., & Ricca, V. (2013). Gender identity disorder and eating disorders: similarities and differences in terms of body uneasiness. *The journal of sexual medicine*, *10*(4), 1012–1023.
17. Bardone-Cone, A. M., Abramson, L. Y., Vohs, K. D., Heatherton, T. F., & Joiner, T. E., Jr (2006). Predicting bulimic symptoms: an interactive model of self-efficacy, perfectionism, and perceived weight status. *Behaviour research and therapy*, *44*(1), 27–42.
18. Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S., & Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, *27*, 384–405.
19. Barker, E. T., & Galambos, N. L. (2003). Body dissatisfaction of adolescent girls and boys: Risk and resource factors. *The Journal of Early Adolescence*, *23*(2), 141-165.

20. Barnes, M., Abhyankar, P., Dimova, E., & Best, C. (2020). Associations between body dissatisfaction and self-reported anxiety and depression in otherwise healthy men: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, *15*(2), e0229268.
21. Bauer, G. R., Scheim, A. I., Pyne, J., Travers, R., & Hammond, R. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: A respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC Public Health*, *15*(1), 525.
22. Bearman, S. K., Presnell, K., Martinez, E., & Stice, E. (2006). The skinny on body dissatisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, *35*, 229–241.
23. Becerra-Fernández, A., Rodríguez-Molina, J.M., Asenjo-Araque, N., et al. (2017). Prevalence, incidence, and sex ratio of transsexualism in the autonomous region of Madrid (Spain) according to healthcare demand. *Arch Sex Behav* *46*(5), 1307–1312.
24. Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Oxford, UK: International Universities Press.
25. Becker, I., Nieder, T. O., Cerwenka, S., Briken, P., Kreukels, B. P. C., Cohen-Kettenis, P. T., ... Richter-Appelt, H. (2016). Body image in young gender dysphoric adults: A European multi-center study. *Archives of Sexual Behavior*, *45*, 559–574.
26. Beischel, W. J., Gauvin, S. E. M., & van Anders, S. M. (2021). "A little shiny gender breakthrough": Community understandings of gender euphoria. *International journal of transgender health*, *23*(3), 274–294.
27. Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of consulting and clinical psychology*, *42*(2), 155.
28. Bem, S. L. (1981). Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological review*, *88*(4), 354.
29. Benton, C., & Karazsia, B. T. (2015). The effect of thin and muscular images on women's body satisfaction. *Body image*, *13*, 22-27.
30. Bergeron, D., & Tylka, T. L. (2007). Support for the uniqueness of body dissatisfaction from drive for muscularity among men. *Body Image*, *4*(3), 288-295.

31. Besser, A., Flett, G., & Hewitt, P. (2004). Perfectionism, cognition, and affect in response to performance failure vs. success. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 22(4), 301– 328.
32. Bethany A. Jones, Walter Pierre Bouman, Emma Haycraft & Jon Arcelus (2019) Mental health and quality of life in non-binary transgender adults: a case control study, *International Journal of Transgenderism*, 20:2-3, 251-262.
33. Birkeland, R., Thompson, J. K., Herbozo, S., Roehrig, M., Cafri, G., & Van den Berg, P. (2005). Media exposure, mood, and body image dissatisfaction: An experimental test of person versus product priming. *Body Image*, 2(1), 53-61.
34. Bissell, K. L., & Zhou, P. (2004). Must-See TV or ESPN: entertainment and sports media exposure and body-image distortion in college women. *Journal of Communication*, 54(1), 5-21.
35. Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism. Implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, 50, 1003–1020.
36. Blatt, S. J., & Zuroff, D. (2005). Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence-based treatments in mental health. *Clinical Psychology Review*, 25, 459–486.
37. 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 US transgender population. *American journal of public health*, 103(5), 943-951.
38. Boone, L., Braet, C., Vandereycken, W., & Claes, L. (2013). Are maladaptive schema domains and perfectionism related to body image concerns in eating disorder patients? *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 21(1), 45–51.
39. Bouman, W. P., de Vries, A. L., & T’Sjoen, G. (2016). Gender dysphoria and gender incongruence: An evolving inter-disciplinary field. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 1–4.
40. Bradford, N.J., Syed, M. (2019). Transnormativity and Transgender Identity Development: A Master Narrative Approach. *Sex Roles* 81, 306–325.
41. Bränström, R. (2017). Minority stress factors as mediators of sexual orientation disparities in mental health treatment: a longitudinal population-based study. *J Epidemiol Community Health*, 71(5), 446-452.

42. Bränström, R., & Pachankis, J. E. (2020). Reduction in mental health treatment utilization among transgender individuals after gender-affirming surgeries: a total population study. *American journal of psychiatry*, 177(8), 727-734.
43. Brewster, L., Mountain, G., Wessels, B., Kelly, C. & Hawley, M. (2013) Factors affecting front line staff acceptance of telehealth technologies: a mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 70(1), 21– 33.
44. Brewster, M. E., Moradi, B., DeBlaere, C., & Velez, B. L. (2013). Navigating the borderlands: The roles of minority stressors, bicultural self-efficacy, and cognitive flexibility in the mental health of bisexual individuals. *Journal of Counseling Psychology*, 60(4), 543–556.
45. Brewster, M. E., Velez, B. L., Breslow, A. S., & Geiger, E. F. (2019). Unpacking body image concerns and disordered eating for transgender women: The roles of sexual objectification and minority stress. *Journal of counseling psychology*, 66(2), 131.
46. Bricker, J., Ramcharan, R., & Krimmel, J. (2014). *Signaling status: The impact of relative income on household consumption and financial decisions* (FEDS Working Paper 2014–76). Washington, DC: Federal Reserve Board.
47. Brooks, V. R. (1981). *Minority stress and lesbian women*. Free Press.
48. Brownell, K.D. and Napolitano, M.A. (1995), Distorting reality for children: Body size proportions of Barbie and Ken dolls. *Int. J. Eat. Disord.*, 18: 295-298.
49. Brytek-Matera A. (2008). *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Warszawa: Difin.
50. Bucchianeri, M. M., Arikian, A. J., Hannan, P. J., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2013). Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. *Body image*, 10(1), 1-7.
51. Budge, S. L., Adelson J.L., Howard K. A. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and coping. *J Counseling Clin Psychol* 81 (3), 545-557.
52. Buhlmann, U., Teachman, B. A., Gerbershagen, A., Kikul, J., & Rief, W. (2008). Implicit and explicit self-esteem and attractiveness beliefs among individuals with body dysmorphic disorder. *Cognitive therapy and research*, 32, 213-225.
53. Buhlmann, U., Wilhelm, S., McNally, R. J., Tuschen-Caffier, B., Baer, L., & Jenike, M. A. (2002). Interpretive biases for ambiguous information in body dysmorphic disorder. *CNS spectrums*, 7(6), 435-443.

54. Bulik, C. M., Sullivan, P. F., & Kendler, K. S. (1998). Heritability of binge-eating and broadly defined bulimia nervosa. *Biological psychiatry*, 44(12), 1210-1218.
55. Burcas, S., & Cretu, R. Z. (2021). Multidimensional perfectionism and test anxiety: A meta-analytic review of two decades of research. *Educational Psychology Review*, 33, 249–273.
56. Burns, D. D. (1980, November). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, 34–52.
57. Burton, C. M., Marshal, M. P., Chisolm, D. J., Sucato, G. S., & Friedman, M. S. (2013). Sexual minority-related victimization as a mediator of mental health disparities in sexual minority youth: A longitudinal analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(3), 394–402.
58. Byne, W., Bradley, S. J., Coleman, E., Eyler, A. E., Green, R., Menvielle, E. J., ... Tompkins, D. A. (2012). Report of the American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 41(4), 759–796. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-9975-x>.
59. Byne, W., Karasic, D. H., Coleman, E., Eyler, A. E., Kidd, J. D., Meyer-Bahlburg, H. F., ... & Pula, J. (2018). Gender dysphoria in adults: An overview and primer for psychiatrists. *Transgender Health*, 3(1), 57–73.
60. Carlat, D. J., Camargo, C. A., & Herzog, D. B. (1997). Eating disorders in males: A report on 135 patients. *American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1127-1132.
61. Carlisle, E., Fildes, J., Hall, S., Hicking, V., Perrens, B., & Plummer, J. (2018). Youth survey report 2018.
62. Carver, C. S. (2004). Negative affects deriving from the behavioral approach system. *Emotion*, 4, 3–22.
63. Carver, P.R., Yunger, J.L., Perry, D.G. (2003) Gender identity and adjustment in middle childhood. *Sex Roles* 49, 95–109.
64. Cash, T. F. (2002). The situational inventory of body-image dysphoria: Psychometric evidence and development of a short form. *International Journal of Eating Disorders*, 32(3), 362-366.
65. Cash, T. F. (2012). Cognitive-behavioral perspectives on body image. In T. F. Cash (Ed.), *Encyclopedia of body image and human appearance* (pp. 334–342). Elsevier Academic Press.
66. Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (Eds.). (1990). *Body images: Development, deviance, and change*. The Guilford Press.

67. Cash, T. F., Ancis, J. R., & Strachan, M. D. (1997). Gender attitudes, feminist identity, and body images among college women. *Sex Roles, 36*, 433-447.
68. Cash, T. F., Theriault, J., & Annis, N. M. (2004). Body image in an interpersonal context: Adult attachment, fear of intimacy and social anxiety. *Journal of social and clinical psychology, 23*(1), 89-103.
69. Castellini, G., Ristori, J., Fisher, A., Ristori, J., Casale, H., Carone, N., Fanni, E., Mosconi, M., Jannini, E., Ricca, V., et al. (2014). Transphobia and Homophobia Levels in Gender Dysphoric Individuals, General Population and Health Care Providers. *The Journal of Sexual Medicine* 13, 124.
70. Castle, D. J., Rossell, S., & Kyrios, M. (2006). Body dysmorphic disorder. *Psychiatric Clinics, 29*(2), 521-538.
71. CBOS (2017). *Czy jesteśmy zadowoleni ze swojego wyglądu?* Warszawa.
72. Celio, A. A., Zabinski, M. F., & Wilfley, D. E. (2002). W: T.F. Cash & T. Pruzinsky. *Body-image: A handbook of theory, research, and clinical practice*, 234-242.
73. Cella, S., Iannaccone, M., Ascione, R., & Cotrufo, P. (2010). Body dissatisfaction, abnormal eating behaviours and eating disorder attitude in homo- and heterosexuals. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 15*, e180-e185.
74. Cervone, D., & Pervin, L. A. (2011). *Osobowość: teoria i badania*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
75. Chang, E. C., Sanna, L. J., Chang, R., & Bodem, M. R. (2008). A preliminary look at loneliness as a moderator of the link between perfectionism and depressive and anxious symptoms in college students: Does being lonely make perfectionistic strivings more distressing? *Behaviour Research and Therapy, 46*, 877–886.
76. Chang, E. C., Watkins, A., & Banks, K. H. (2004). How adaptive and maladaptive perfectionism relate to positive and negative psychological functioning: Testing a stress-mediation model in black and white female college students. *Journal of Counseling Psychology, 51*, 93–102.
77. Chen, C., Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2017). Ethnic variations in other-oriented perfectionism's associations with depression and suicide behaviour. *Personality and Individual Differences, 104*, 504–509.
78. Chen, D., Hidalgo, M. A., Leibowitz, S., Leininger, J., Simons, L., Finlayson, C., & Garofalo, R. (2016). Multidisciplinary care for gender-diverse youth: A

- narrative review and unique model of gender-affirming care. *Transgender Health*, 1(1), 117–123.
79. Chik, H. M., Whittal, M. L., & O'Neill, M. P. (2008). Perfectionism and treatment outcome in obsessive compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 376–388.
 80. Choo, S. Y., & Chan, C. K. Y. (2013). Predicting eating problems among Malaysian Chinese: Differential roles of positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 54(6), 744–749.
 81. Claahsen-van der Grinten, H., Verhaak, C., Steensma, T., Middelberg, T., Roeffen, J., & Klink, D. (2021). Gender incongruence and gender dysphoria in childhood and adolescence—current insights in diagnostics, management, and follow-up. *European journal of pediatrics*, 180, 1349-1357
 82. Clark, T.C., Lucassen, M.F.G., Bullen, P., Denny, S.J., Fleming, T.M., Robinson, E.M., Rossen, F.V. (2014). The health and well-being of transgender high school students: Results from the New Zealand adolescent health survey (youth'12). *J. Adolesc. Health* 55, 93–99.
 83. Cockell, S. J., Hewitt, P. L., Seal, B., Sherry, S., Goldner, E. M., Flett, G. L., & Remick, R. A. (2002). Trait and selfpresentational dimensions of perfectionism among women with anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 26(6), 745–758.
 84. Coelho, J.S., Suen, J., Clark, B.A., Marshall, S.K., Geller, J., Lam, P.Y. (2019). Eating Disorder Diagnoses and Symptom Presentation in Transgender Youth: A Scoping Review. *Curr. Psychiatry Rep.* 21, 107.
 85. Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 499–513.
 86. Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuy- pere, G., Feldman, J., ... Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people (7th ed.). *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165–232.
 87. Colizzi, M., Costa, R., Pace, V., & Todarello, O. (2013). Hormonal treatment reduces psychobiological distress in gender identity disorder, independently of the attachment style. *Journal of Sexual Medicine*, 10(12), 3049–3058.

88. Cooley, E., & Toray, T. (2001). Body image and personality predictors of eating disorder symptoms during the college years. *International Journal of Eating Disorders*, 30(1), 28-36.
89. Cox, B. J., & Enns, M. W. (2003). Relative stability of dimensions of perfectionism in depression. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 35(2), 124–132.
90. Crocq M. A. (2022). How gender dysphoria and incongruence became medical diagnoses - a historical review. *Dialogues in clinical neuroscience*, 23(1), 44–51.
91. Curran, T., & Hill, A. P. (2019). Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological bulletin*, 145(4), 410–429.
92. Cusack, C. E., & Galupo, M. P. (2021). Body checking behaviors and eating disorder pathology among nonbinary individuals with androgynous appearance ideals. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26, 1915-1925.
93. Cusumano, D. L., & Thompson, J. K. (1997). Body image and body shape ideals in magazines: Exposure, awareness, and internalization. *Sex roles*, 37, 701-721.
94. Damian, L. E., Stoeber, J., Negru, O., & Băban, A. (2014). Perfectionism and achievement goal orientations in adolescent school students. *Psychology in the Schools*, 51(9), 960–971.
95. Damiano, S. R., Gregg, K. J., Spiel, E. C., McLean, S. A., Wertheim, E. H., & Paxton, S. J. (2015). Relationships between body size attitudes and body image of 4-year-old boys and girls, and attitudes of their fathers and mothers. *Journal of Eating Disorders*, 3(1), 1-10.
96. Damien W Riggs, Gavriel Y Ansara & Gareth J Treharne (2015) An Evidence-Based Model for Understanding the Mental Health Experiences of Transgender Australians, *Australian Psychologist*, 50(1), 32-39.
97. Davey, A., Bouman, W. P., Meyer, C., & Arcelus, J. (2015). Interpersonal functioning among treatment-seeking trans individuals. *Journal of clinical psychology*, 71(12), 1173-1185.
98. Davison, K. K., Markey, C. N., & Birch, L. L. (2000). Etiology of body dissatisfaction and weight concerns among 5-year-old girls. *Appetite*, 35(2), 143–151.

99. Davison, K. K., Markey, C. N., & Birch, L. L. (2000). Etiology of body dissatisfaction and weight concerns among 5-year-old girls. *Appetite*, *35*(2), 143-151.
100. De Graaf, N. M., Carmichael, P., Steensma, T. D., Zucker, K. J. (2018) Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria: data from the gender identity development service in London (2000-2017). *Journal Sex Med.*, *15*, 1381–1383.
101. De Graaf, N. M., Giovanardi, G., Zitz, C., & Carmichael, P. (2018). Sex ratio in children and adolescents referred to the Gender Identity Development Service in the UK (2009–2016). *Archives of Sexual Behavior*, *47*, 1301-1304.
102. De Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. a H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *Journal of Sexual Medicine*, *8*, 2276–2283.
103. De Vries, A., Cohen-Kettenis, P. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach, *J Homosexuality* *59*, 301-320.
104. Dhejne, C., Oberg, K., Arver, S., et al. (2014). An analysis of all applications for sex reassignment surgery in Sweden, 1960-2010: prevalence, incidence, and regrets. *Arch Sex Behav* *43*, 1535–1545.
105. Diekman, Amanda & Goodfriend, Wind. (2006). Rolling with the Changes: A Role Congruity Perspective on Gender Norms. *Psychology of Women Quarterly*, *30*.
106. 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. *Journal of Adolescent Health*, *57*(2), 144-149.
107. Dimaggio, G., MacBeth, A., Popolo, R., Salvatore, G., Perrini, F., Raouna, A., Osam, C. S., Buonocore, L., Bandiera, A., & Montano, A. (2018). The problem of overcontrol: Perfectionism, emotional inhibition, and personality disorders. *Comprehensive psychiatry*, *83*, 71–78.
108. Dodd, D.R., Parsons, E.M., Clerkin, E.M., Forrest, L.N., Velkoff, E. A., Kunstman, J.W., Smith, A.R. (2019)., Perfectly imperfect: The use of cognitive

- bias modification to reduce perfectionism, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 64, 167-174.
109. Domocus, I. M., & Damian, L. E. (2018). The role of parents and teachers in changing adolescents' perfectionism: A short-term longitudinal study. *Personality and Individual Differences*, 131, 244–248.
110. Dora, M., Grabski, B., & Dobroczyński, B. (2021). Dysforia płciowa, niezgodność płciowa i nonkonformizm płciowy w adolescencji: zmiany i wyzwania diagnostyczne. *Psychiatria Polska*, 55(1).
111. Downey, C. A., Reinking, K. R., Gibson, J. M., Cloud, J. A., & Chang, E. C. (2014). Perfectionistic cognitions and eating disturbance: Distinct mediational models for males and females. *Eating Behaviors*, 15(3), 419–426.
112. Drescher, J., & Pula, J. (2019). Expert Q&A: Gender Dysphoria. American psychiatry association. Retrieved From: <https://www.psychiatry.org/patients-families/gender-dysphoria/expert-q-and-a>
113. Dunkley, D. M., Berg, J. L., & Zuroff, D. C. (2012). The role of perfectionism in daily self-esteem, attachment, and negative affect. *Journal of Personality*, 80, 633–663.
114. Dunkley, D. M., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., & McGlashan, T. H. (2006). Perfectionism and depressive symptoms 3 years later: negative social interactions, avoidant coping, and perceived social support as mediators. *Comprehensive psychiatry*, 47(2), 106–115.
115. Durkin, S. J., & Paxton, S. J. (2002). Predictors of vulnerability to reduced body image satisfaction and psychological wellbeing in response to exposure to idealized female media images in adolescent girls. *Journal of psychosomatic research*, 53(5), 995-1005.
116. Durra, C., Bochicchio, V., Amodeo, A. L., et al. (2018). Internalized transphobia, resilience, and mental health: applying the psychological mediation framework to Italian transgender individuals, *Int J Environ Res Public Health Basel* 15, 508.
117. Egan, S. J., Piek, J. P., Dyck, M. J., & Rees, C. S. (2007). The role of dichotomous thinking and rigidity in perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1813–1822.

118. Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203–212.
119. Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., & Paxton, S. J. (2006). Five-year change in body satisfaction among adolescents. *Journal of psychosomatic research*, 61(4), 521-527.
120. Elison, J., & Partridge, J. A. (2012). Relationship between shame-cop-ing, fear of failure, and perfectionism in college athletes. *Journal of Sport Behavior*, 35(1), 19–39.
121. Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., et al. (1989). NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effec- tiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971–983.
122. Ellis, A. (1958). Rational psychotherapy. *Journal of General Psychology*, 59, 35–49.
123. Enns, M. W., & Cox, B. J. (1999). Perfectionism and depression symptom severity in major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 783–794.
124. Enns, M. W., Cox, B. J., & Borger, S. C. (2001). Correlates of analogue and clinical depression: A further test of the phenomenological continuity hypothesis. *Journal of Affective Disorders*, 66(2-3), 175 183.
125. Enns, M. W., Cox, B. J., & Clara, I. (2002). Adaptive and maladaptive perfectionism: Developmental origins and association with depression proneness. *Personality and Individual Differences*, 33(6), 921–935.
126. Esposito, R. M., Stoeber, J., Damian, L. E., Alessandri, G., & Lombardo, C. (2019). Eating disorder symptoms and the 2 × 2 model of perfectionism: Mixed perfectionism is the most maladaptive combination. *Eating and Weight Disorders*, 24(4), 749–755.
127. Etcoff, N., Orbach, S., Scott, J., D'Agostino, H. (2006). Beyond Stereotypes: Rebuilding the Foundation of beauty Beliefs: Findings of the 2005 Global Study. Dove, pp. 1–63. Unilever PLC.
128. Fabian, L. J., & Thompson, J. K. (1989). Body image and eating disturbance in young females. *International Journal of Eating Disorders*, 8(1), 63-74.

129. Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56, 468–476.
130. Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509–517.
131. Farquhar, J. C., & Wasylkiw, L. (2007). Media images of men: Trends and consequences of body conceptualization. *Psychology of Men & Masculinity*, 8(3), 145.
132. Fedewa, B. A., Burns, L. R., & Gomez, A. A. (2005). Positive and negative perfectionism and the shame/guilt distinction: Adaptive and maladaptive characteristics. *Personality and Individual Differences*, 38, 1609–1619.
133. Felker, K. R., & Stivers, C. (1994). The relationship of gender and family environment to eating disorder risk in adolescents. *Adolescence*, 29(116), 821.
134. Ferreira, C., Duarte, C., Pinto-Gouveia, J. (2018). The Need to Present a Perfect Body Image: Development of a New Measure of Perfectionistic Self-Presentation. *Curr Psychol* 37, 559–567.
135. Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117–140.
136. Field, A.E., Carmargo, C.A., Taylor, C.B., Berkey, C.S., Roberts, S.B., & Colditz, G.A. (2001). Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics*, 107, 54–60.
137. Fisher, A.D., Castellini, G., Ristori, J., Casale, H., Giovanardi, G., Carone, N., Fanni, E., Mosconi, M., Ciocca, G., Jannini, E.A., et al. (2017). Who Has the Worst Attitudes toward Sexual Minorities? Comparison of Transphobia and Homophobia Levels in Gender Dysphoric Individuals, the General Population and Health Care Providers. *J. Endocrinol. Investig.* 40, 263–273.
138. Fitzsimmons-Craft, E. E., & Bardone-Cone, A. M. (2012). Examining prospective mediation models of body surveillance, trait anxiety, and body dissatisfaction in African American and Caucasian college women. *Sex Roles*, 67, 187-200.
139. Fitzsimmons-Craft, E. E., Bardone-Cone, A. M., Bulik, C. M., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., & Engel, S. G. (2014). Examining an elaborated sociocultural

- model of disordered eating among college women: the roles of social comparison and body surveillance. *Body image*, 11(4), 488–500.
140. Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2002). Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues. W: G. L. Flett, & P. L. Hewitt (Red.). *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
 141. Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2019). Reflections on three decades of research on multidimensional perfectionism: An introduction to the special issue on further advances in the assessment of perfectionism. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 38(1), 3–14.
 142. Flett, G. L., Besser, A., Davis, R. A., & Hewitt, P. L. (2003). Dimensions of Perfectionism, Unconditional Self-Acceptance, and Depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 21(2), 119–138.
 143. Flett, G. L., Hewitt, P. L., & De Rosa, T. (1996). Dimensions of perfectionism, psychosocial adjustment, and social skills. *Personality and Individual Differences*, 20, 143–150.
 144. Flett, G. L., Hewitt, P. L., Oliver, J. M., & MacDonald, S. (2002). Perfectionism in children and their parents: A developmental analysis. W: G. L. Flett & P. L. Hewitt (Red.). *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
 145. Fraley, R. C., & Roberts, B. W. (2005). Patterns of Continuity: A Dynamic Model for Conceptualizing the Stability of Individual Differences in Psychological Constructs Across the Life Course. *Psychological Review*, 112(1), 60–74.
 146. Franko, D. L., & Striegel-Moore, R. H. (2002). The role of body dissatisfaction as a risk factor for depression in adolescent girls: are the differences Black and White? *Journal of psychosomatic research*, 53(5), 975-983.
 147. Fredrickson, B. & Roberts, T. (1997). Objectification Theory: Toward Understanding Women's Lived Experiences and Mental Health Risks. *Psychology of Women Quarterly*. 21, 173-206.
 148. French, S. A., Story, M., Remafedi, G., Resnick, M. D., & Blum, R. W. (1996). Sexual orientation and prevalence of body dissatisfaction and eating disordered behaviors: A population-based study of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 19(2), 119-126.

149. Freud, S. (1926/1959). Inhibitions, symptoms, and anxiety. W: J. Strachey (Red.). The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (pp. 77–175). London, UK: Hogarth.
150. Frost, R. O., & DiBartolo, P. M. (2002). Perfectionism, anxiety, and obsessive-compulsive disorder. W: G. L. Flett & P. L. Hewitt (Red.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 341–371). American Psychological Association.
151. Frost, R. O., & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35(4), 291–296.
152. Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14(1), 119–126.
153. Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449–468.
154. Frost, R. Q., Marten, P. A., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of per- fectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449–468.
155. Furnham, A., Badmin, N., & Sneade, I. (2002). Body image dissatisfaction: Gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise. *The Journal of psychology*, 136(6), 581-596.
156. Galioto, R., Karazsia, B. T., & Crowther, J. H. (2012). Familial and peer modeling and verbal commentary: Associations with muscularity-oriented body dissatisfaction and body change behaviors. *Body Image*, 9(2), 293-297.
157. Galupo, M. P., Cusack, C. E., & Morris, E. R. (2021). "Having a non-normative body for me is about survival": Androgynous body ideal among trans and nonbinary individuals. *Body image*, 39, 68–76.
158. Galupo, M.P., Bauerband, L.A., Gonzalez, K.A., Hagen, D.B., Hether, S.D., Krum, T.E. (2014). Transgender Friendship Experiences: Benefits and Barriers of Friendships across Gender Identity and Sexual Orientation. *Fem. Psychol* 24, 193–215.
159. Galupo, M.P., Pulice-Farrow, L., Lindley, L. (2020). Every Time I Get Gendered Male, I Feel a Pain in My Chest, Understanding the Social Context for Gender Dysphoria. *Stigma Health* 5, 199–208.
160. Galupo, M.P., Pulice-Farrow, L., Ramirez, J.L. (2017). “Like a Constantly Flowing River”: Gender Identity Flexibility Among Nonbinary

Transgender Individuals. In: Sinnott, J. (eds) Identity Flexibility During Adulthood. Springer, Cham.

161. Gardner, R. M., Stark, K., Friedman, B. N., & Jackson, N. A. (2000). Predictors of eating disorder scores in children ages 6 through 14: A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 199–205.
162. Gaudreau, P. (2019). On the distinction between personal standards perfectionism and excellencism: A theory elaboration and research agenda. *Perspectives on Psychological Science*, 14(2), 197–215.
163. Gaudreau, P., & Thompson, A. (2010). Testing a 2× 2 model of dispositional perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 48, 532–537.
164. Gaudreau, P., Schellenberg, B. J. I., Gareau, A., Kljajic, K., & Manoni-Millar, S. (2022). Because excellencism is more than good enough: On the need to distinguish the pursuit of excellence from the pursuit of perfection. *Journal of personality and social psychology*, 122(6), 1117–1145.
165. Geary, D. C. (2010). *Male/female: The evolution of human sex differences* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
166. Gleason, J. H., Alexander, A. M., & Somers, C. L. (2000). Later adolescents' reactions to three types of childhood teasing: Relations with self-esteem and body image. *Social Behavior and Personality*, 28, 471-480.
167. Glidden, D., Bouman, W. P., Jones, B. A., & Arcelus, J. (2016). Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A systematic review of the literature. *Sexual medicine reviews*, 4(1), 3-14.
168. Glynn, T.R., Gamarel, K. E., Kahler, C.W., et al. (2016). The role of gender affirmation in psychological well-being among transgender women. *Psychol Sex Orientat Gend Divers*3, 336– 344.
169. Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Kreukels, B., Motmans, J., & Coleman, E. (2019). Size and Distribution of Transgender and Gender Nonconforming Populations: A Narrative Review. *Endocrinology and metabolism clinics of North America*, 48(2), 303–321.
170. Gower, A. L., Rider, G. N., Brown, C., McMorris, B. J., Coleman, E., Taliaferro, L. A., & Eisenberg, M. E. (2018). Supporting transgender and gender diverse youth: Protection against emotional distress and substance use. *American journal of preventive medicine*, 55(6), 787-794.

171. Gower, A.L., Rider, G.N., Brown, C., McMorris, B.J., Coleman, E., Taliaferro, L.A., Eisenberg, M.E. (2018). Supporting Transgender and Gender Diverse Youth: Protection Against Emotional Distress and Substance Use. *Am. J. Prev. Med.* 55, 787–794.
172. Goya Arce, A. B., & Polo, A. J. (2017). A test of the Perfectionism Social Disconnection Model among ethnic minority youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45, 1181–1193.
173. Grabe, S., Ward, L. M., & Hyde, J. S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological bulletin*, 134(3), 460.
174. Grabski, B., Dora, M., Baran, D., Żołądek, S., & Mijas, M. (2020). Zasady diagnostyki i oceny. W: B. Grabski, M. Mijas, M. Dora, G. Iniewicz (Red.) *Dysforia i niezgodność płciowa. Kompendium dla praktyków*. Warszawa: PZWL.
175. Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L., & Keisling, M. (2011). *Injustice at every turn: A report of the National Transgender Discrimination Survey*.
176. Green, S. P., & Pritchard, M. E. (2003). Predictors of body image dissatisfaction in adult men and women. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 31(3), 215-222.
177. Green, S. P., & Pritchard, M. E. (2003). Predictors of body image dissatisfaction in adult men and women. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 31(3), 215-222.
178. Greenspon, T. S. (2000). “Healthy perfectionism” is an oxymoron! Reflections on the psychology of perfectionism and the sociology of science. *Journal of Secondary Gifted Education*, 11(4), 197–208.
179. Groesz, L. M., Levine, M. P., & Murnen, S. K. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. *International Journal of eating disorders*, 31(1), 1-16.
180. Groesz, L. M., Levine, M. P., & Murnen, S. K. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. *International Journal of eating disorders*, 31(1), 1-16.
181. Grossman, A. H., & D’augelli, A. R. (2007). Transgender youth and life-threatening behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(5), 527–537.

182. Guillaume, S., Jaussent, I., Maïmoun, L., Ryst, A., Seneque, M., Villain, L., ... & Courtet, P. (2016). Associations between adverse childhood experiences and clinical characteristics of eating disorders. *Scientific reports*, 6(1), 35761.
183. Gullone, E., & Taffe, J. (2012). The Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA): A psychometric evaluation. *Psychological Assessment*, 24(2), 409–417.
184. Haase, A., Prapavessis, H. & Owens, G. (2013). Domain-specificity in perfectionism: Variations across domains of life. *Personality and Individual Differences*, 55.
185. Habke, A. M., Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1999). Perfectionism and sexual satisfaction in intimate relationships. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21, 307–322.
186. Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 15, 27–33.
187. Haring, M., Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2003). Perfectionism, coping, and quality of intimate relationships. *Journal of Marriage and the Family*, 65, 143–158.
188. Heider, N., Spruyt, A., & De Houwer, J. (2015). Implicit beliefs about ideal body image predict body image dissatisfaction. *Frontiers in psychology*, 6, 1402.
189. Helfert, S., & Warschburger, P. (2011). A prospective study on the impact of peer and parental pressure on body dissatisfaction in adolescent girls and boys. *Body image*, 8(2), 101-109.
190. 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.
191. Herman, J. (2003). *Uraz i powrót do równowagi*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
192. Herzog, D. B., Newman, K. L., & Warshaw, M. (1991). Body image dissatisfaction in homosexual and heterosexual males. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(6), 356-359.
193. Hewitt, P. L. (2020). Perfecting, belonging, and repairing: A dynamic-relational approach to perfectionism. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 61(2), 101–110.

194. Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of abnormal psychology, 100*(1), 98–101.
195. Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*, 456–470.
196. Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*, 456–470.
197. Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2002). Perfectionism and stress in psychopathology. W: G. L. Flett, & P. L. Hewitt (Red.). *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 255–284). Washington, DC: American Psychological Association.
198. Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal of Eating Disorders, 18*(4), 317–326.
199. Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal of eating disorders, 18*(4), 317-326.
200. Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1996). Perfectionism and depression: longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of abnormal psychology, 105*(2), 276–280.
201. Hewitt, P. L., Flett, G. L., Besser, A., Sherry, S. B., & McGee, B. (2003). Perfectionism is multidimensional: A reply to Shafran, Cooper and Fairburn (2002). *Behaviour Research and Therapy, 41*, 1221–1236.
202. Hewitt, P. L., Norton, G. R., Flett, G. L., Callander, L., & Cowan, T. (1998). Dimensions of perfectionism, hopelessness, and attempted suicide in a sample of alcoholics. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 28*, 395–406.
203. Heylens G, De Cuyper G, Zucker KJ, Schelfaut C, Elaut E, Vanden Bossche H, De Baere E, T'Sjoen G (2012) Gender identity disorder in twins: a review of the case report literature. *J Sex Med 9*: 751–757
204. Heylens, G., De Cuyper, G., Zucker, K. J., Schelfaut, C., Elaut, E., Vanden Bossche, H., ... & T'Sjoen, G. (2012). Gender identity disorder in twins: a review of the case report literature. *The Journal of Sexual Medicine, 9*(3), 751-757.

205. Heylens, G., Elaut, E., Kreukels, B., Paap, M., Cerwenka, S., Richter-Appelt, H., . . . De Cuypere, G. (2014). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: Multicentre study in four European countries. *The British Journal of Psychiatry*, *204*(2), 151-156.
206. Heylens, G., Verroken, C., De Cock, S., et al. (2014). Effects of different steps in gender reassignment therapy on psychopathology: a prospective study of persons with a gender identity disorder. *J Sex Med* *11*, 119–126.
207. Hicks, R. E., Kenny, B., Stevenson, S., & Vanstone, D. M. (2022). Risk factors in body image dissatisfaction: gender, maladaptive perfectionism, and psychological wellbeing. *Heliyon*, *8*(6), e09745.
208. Hill, R. W., McIntire, K., & Bacharach, V. R. (1997). Perfectionism and the big five factors. *Journal of Social Behavior & Personality*, *12*(1), 257–270.
209. Hill, R. W., Zrull, M. C., & Turlington, S. (1997). Perfectionism and interpersonal problems. *Journal of Personality Assessment*, *69*(1), 81–103.
210. Hollender, M. H. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry*, *6*(2), 94–103.
211. Holmqvist, K., & Frisén, A. (2010). Body dissatisfaction across cultures: Findings and research problems. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, *18*(2), 133-146.
212. Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth*. New York, NY: Norton.
213. Hospers, H. J., & Jansen, A. (2005). Why homosexuality is a risk factor for eating disorders in males. *Journal of social and clinical psychology*, *24*(8), 1188-1201.
214. Hrabosky, J. I., Cash, T. F., Veale, D., Neziroglu, F., Soll, E. A., Garner, D. M., ... & Phillips, K. A. (2009). Multidimensional body image comparisons among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder, and clinical controls: a multisite study. *Body image*, *6*(3), 155-163.
215. Iranzo-Tatay, C., Gimeno-Clemente, N., Barberá-Fons, M., Rodríguez-Campayo, M. A., Rojo-Bofill, L., Livianos-Aldana, L., Beato-Fernandez, L. L., Vaz-Leal, F., Rojo-Moreno, L. (2015). Genetic and environmental contributions to perfectionism and its common factors. *Psychiatry Research*, *230*(3), 932-939.
216. Isomaa, R., Backholm, K., & Birgegård, A. (2015). Posttraumatic stress disorder in eating disorder patients: The roles of psychological distress and timing of trauma. *Psychiatry Research*, *230*(2), 506-510.

217. Izydorczyk, B., & Rybicka-Klimczyk, A. (2009). Cognitive aspects of women's body image and eating disorders. *Endokrynologia Polska*, *60*(4), 287-294.
218. 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*, 81-94.
219. Jones, D. C., Vigfusdottir, T. H., & Lee, Y. (2004). Body image and the appearance culture among adolescent girls and boys: An examination of friend conversations, peer criticism, appearance magazines, and the internalization of appearance ideals. *Journal of adolescent research*, *19*(3), 323-339.
220. Joyce, F., Watson, H. J., Egan, S. J., & Kane, R. T. (2012). Mediators between perfectionism and eating disorder psychopathology in a community sample. *Eating Behaviors*, *13*(4), 361-365.
221. Józefik, B., Iniewicz, G., & Ulańska, R. (2010). Wzory przywiązania, samoocena i płeć psychologiczna w anoreksji i bulimii psychicznej. *Psychiatria Polska*, *44*(5).
222. Jung, J., & Lee, S. H. (2006). Cross-cultural comparisons of appearance self-schema, body image, self-esteem, and dieting behavior between Korean and US women. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, *34*(4), 350-365.
223. Kaltiala, R., Heino, E., Marttunen, M., Fröjd, S. (2023). Family Characteristics, Transgender Identity and Emotional Symptoms in Adolescence: A Population Survey Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* *20*, 2948.
224. Kamakura, T., Ando, J., Ono, Y., Maekawa, H., 2003. A twin study of genetic and environmental influences on psychological traits of eating disorders in a Japanese female sample. *Twin Res.* *6* (4), 292-296.
225. Kaminski, P. L., Chapman, B. P., Haynes, S. D., & Own, L. (2005). Body image, eating behaviors, and attitudes toward exercise among gay and straight men. *Eating behaviors*, *6*(3), 179-187.
226. Kanfer, F.H., Hagerman, S. (1987). A Model of Self-Regulation. W: Halisch, F., Kuhl, J. (Red.) *Motivation, Intention, and Volition*. Springer, Berlin, Heidelberg.
227. Kaptan, S., Cesur, E., Başar, K., & Yüksel, Ş. (2021). Gender Dysphoria and Perceived Social Support: A Matched Case-Control Study. *The journal of sexual medicine*, *18*(4), 812-820.

228. Karazsia, B. T., & Crowther, J. H. (2008). Psychological and behavioral correlates of the SATAQ-3 with males. *Body Image*, 5(1), 109-115.
229. Karazsia, B. T., Murnen, S. K., & Tylka, T. L. (2017). Is body dissatisfaction changing across time? A cross-temporal meta-analysis. *Psychological bulletin*, 143(3), 293.
230. Karazsia, B. T., van Dulmen, M. H., Wong, K., & Crowther, J. H. (2013). Thinking meta-theoretically about the role of internalization in the development of body dissatisfaction and body change behaviors. *Body Image*, 10(4), 433-441.
231. Kasser, T., Ryan, R. M., Couchman, C. E., & Sheldon, K. M. (2004). *Materialistic values: Their causes and consequences*. Washington, DC: American Psychological Association.
232. Kehayes, I.-L. L., Smith, M. M., Sherry, S. B., Vidovic, V., & Saklofske, D. H. (2019). Are perfectionism dimensions risk factors for bulimic symptoms? A meta-analysis of longitudinal studies. *Personality and Individual Differences*, 138, 117–125.
233. Kelleher, C. (2009). Minority stress and health: Implications for lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning (LGBTQ) young people. *Counselling psychology quarterly*, 22(4), 373-379
234. Khoosal, D., Langham, C., Palmer, B., Terry, T., & Minajagi, M. (2009). Features of eating disorder among male-to-female transsexuals. *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 217-229.
235. Kłonkowska, A. (2013). Kobiety z wyboru. O społecznym wykluczeniu trans-kobiecości. Ed.: A. Kłonkowska, M. Szulc. *Społecznie wykluczeni. Niewygodni, nienormalni, nieprzystosowani, nieadekwatni*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
236. Kłonkowska, A. (2017). *Płeć: dana czy zadana? Strategie negocjacji (nie)tożsamości transpłciowej w Polsce*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
237. Kłonkowska, A. M. (2015). (Trans)mężczyźni, (trans)kobiety i seksualność. O społecznym konstruowaniu seksualności w odniesieniu do osób transpłciowych, *InterAlia: Pismo poświęcone studiom queer* 10, 121 – 144.
238. Klump, K. L., Miller, K. B., Keel, P. K., McGue, M., & Iacono, W. G. (2001). Genetic and environmental influences on anorexia nervosa syndromes in a population-based twin sample. *Psychological medicine*, 31(4), 737-740.

239. Kobori, O., Hayakawa, M., & Tanno, Y. (2009). Do perfectionists raise their standards after success? An experimental examination of the revaluation of standard setting in perfectionism. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 515–521.
240. Koehler, A., Eyssel, J., & Nieder, T. O. (2018). Genders and individual treatment progress in (non-) binary trans individuals. *The journal of sexual medicine*, 15(1), 102-113.
241. 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(2), 179–196.
242. Kraemer, B., Delsignore, A., Schnyder, U., & Hepp, U. (2008). Body image and transsexualism. *Psychopathology*, 41, 96–100.
243. Krueger DW. Integrating body self and psychological self. Creating a new story in psychoanalysis and psychotherapy. London: Brunner–Routledge; 2002.
244. Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2013). The Personality Inventory for DSM-5 (PID-5). Washington, DC: APA.
245. Lakkis, J., Ricciardelli, L. A., & Williams, R. J. (1999). Role of sexual orientation and gender-related traits in disordered eating. *Sex roles*, 41(1/2), 1.
246. Landa, C. E., & Bybee, J. A. (2007). Adaptive elements of aging: Self-image discrepancy, perfectionism, and eating problems. *Developmental Psychology*, 43(1), 83–93.
247. Langer, S. J. (2014). Our body project: From mourning to creating the transgender body. *International Journal of Transgenderism*, 15, 66–75.
248. Lawler, M., & Nixon, E. (2011). Body dissatisfaction among adolescent boys and girls: the effects of body mass, peer appearance culture and internalization of appearance ideals. *Journal of youth and adolescence*, 40, 59-71.
249. Leahey, T. M., & Crowther, J. H. (2008). An ecological momentary assessment of comparison target as a moderator of the effects of appearance focused social comparisons. *Body Image*, 5, 307–311.
250. Leahey, T. M., Crowther, J. H., & Mickelson, K. D. (2007). The frequency, nature, and effects of naturally occurring appearance-focused social comparisons. *Behavior Therapy*, 38(2), 132-143.

251. Lethbridge, J., Watson, H. J., Egan, S. J., Street, H., & Nathan, P. R. (2011). The role of perfectionism, dichotomous thinking, shape and weight overvaluation, and conditional goal setting in eating disorders. *Eating Behaviors*, 12(3), 200–206.
252. Levesque, M. J., & Vichesky, D. R. (2006). Raising the bar on the body beautiful: An analysis of the body image concerns of homosexual men. *Body image*, 3(1), 45-55.
253. Levine, S. B., Brown, G., Coleman, E., Cohen-Kettenis, P., Hage, J. J., Van Maasdam, J., ... Schaefer, L. C. (1998). The Standards of Care for Gender Identity Disorders. *International Journal of Transgenderism*, 2(2).
254. Levine, S. L., & Milyavskaya, M. (2018). Domain-specific perfectionism: An examination of perfectionism beyond the trait-level and its link to well-being. *Journal of Research in Personality*, 74, 56-65.
255. Lilenfeld, L. R., Stein, D., Bulik, C. M., Strober, M., Plotnicov, K., Pollice, C., et al. (2000). Personality traits among currently eating disordered, recovered and never ill first-degree relatives of bulimic and control women. *Psychological Medicine*, 30, 1399–1410.
256. Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73, 1301–1326.
257. Lindley, L., Anzani, A. & Galupo, M.P. (2022). Gender Dysphoria and Sexual Well-Being Among Trans Masculine and Nonbinary Individuals. *Arch Sex Behav* 51, 2049–2063.
258. Lindley, L., Galupo, M.P.(2020). Gender Dysphoria and Minority Stress: Support for Inclusion of Gender Dysphoria as a Proximal Stressor. *Psychol. Sex. Orientat. Gend. Divers* 7, 265–275.
259. Litt, D., & Dodge, T. (2008). A longitudinal investigation of the Drive for Muscularity Scale: Predicting use of performance enhancing substances and weightlifting among males. *Body Image*, 5(4), 346-351.
260. Lombardi, E.L., Wilchins, R.A., Priesing, D. & Malouf, D. (2002) Gender Violence. *Journal of Homosexuality*, 42(1), 89-101.
261. Lundh, L.-G., & Öst, L.-G. (2001). Attentional bias, self-consciousness, and perfectionism in social phobia before and after cognitive-behaviour therapy. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30(1), 4–16.

262. Luo, J., Forbush, K. T., Williamson, J. A., Markon, K. E., & Pollack, L. O. (2013). How specific are the relationships between eating disorder behaviors and perfectionism? *Eating Behaviors*, 14(3), 291– 924.
263. Macedo, A., Soares, M., Amaral, A., Nogueira, V., Madeira, N., Roque, C., ... Pereira, A. (2015). Repetitive negative thinking mediates the association between perfectionism and psychological distress. *Personality and Individual Differences*, 72, 220– 224.
264. MacKinnon, S., & Sherry, S. (2012). Perfectionistic self-presentation mediates the relationship between perfectionistic concerns and subjective well-being: a three-wave longitudinal study. *Personality and Individual Differences*, 53, 22–28.
265. Maes, H. H., Neale, M. C., & Eaves, L. J. (1997). Genetic and environmental factors in relative body weight and human adiposity. *Behavior genetics*, 27, 325-351.
266. Malivoire, B. L., Kuo, J. R., & Antony, M. M. (2019). An examination of emotion dysregulation in maladaptive perfectionism. *Clinical psychology review*, 71, 39–50.
267. Mansell, W. (2005). Control theory and psychopathology: An integrative approach. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, 141–1
268. Markus, H. R., & Kitayama, S. (2010). Cultures and selves: A cycle of mutual constitution. *Perspectives on Psychological Science*, 5, 420– 430.
269. Marmot, M. (2004). Status syndrome. *Significance*, 1, 150–154.
270. Mayer, K.H., Garofalo, R., Makadon, H.J. (2014). Promoting the successful development of sexual and gender minority youths. *Am. J. Public Health* 104, 976–981.
271. McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2001). Body image and body change techniques among young adolescent boys. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 9(5), 335-347.
272. McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2003). A longitudinal study of body change strategies among adolescent males. *Journal of Youth and Adolescence*, 32, 105-113.

273. McConnell, E.A, Janulis , P., Phillips, G., et al. (2018). Multiple minority stress and LGBT community resilience among sexual minority men. *Psychol Sex Orientat Gend Divers*, 5, 1–12.
274. McCown, W. G., & Carlson, G. (2004). Narcissism, perfectionism, and self-termination from treatment in outpatient cocaine users. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive- Behaviour Therapy*, 22, 329–340.
275. McGee, B. J., Hewitt, P. L., Sherry, S. B., Parkin, M., & Flett, G. L. (2005). Perfectionistic self-presentation, body image, and eating dis- order symptoms. *Body Image*, 2(1), 29–40.
276. McGuire, J.K., Doty, J.L., Catalpa, J.M., Ola, C. (2016). Body Image in Transgender Young People: Findings from a Qualitative, Community [SEP]Based Study. *Body Image* 18, 96–107.
277. McKinley, N. M., & Hyde, J. S. (1996). The objectified body consciousness scale: Development and validation. *Psychology of women quarterly*, 20(2), 181-215.
278. Meerwijk, E. L., Sevelius, J. M. (2017). Transgender population size in the United States: a meta-regression of population-based probability samples. *Am J Public Health* 107(2), 1–8.
279. Megeri, D., & Khoosal, D. (2007). Anxiety and depression in males experiencing gender dysphoria. *Sexual and Relationship Therapy*, 22(1), 77–81.
280. Mendelson, B. K., Mendelson, M. J., White, D. R. (2001). Body Esteem Scale for adolescents and adults. *Journal of personality assessment*, 76(1), 90–106.
281. Menon, M. (2017). Multidimensional gender identity and gender-typed relationship styles in adolescence. *Sex Roles* 76, 579–591.
282. Meyer, I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697.
283. Mezzalira, S., Scandurra, C., Mezza, F., Miscioscia, M., Innamorati, M., & Bochicchio, V. (2022). Gender Felt Pressure, Affective Domains, and Mental Health Outcomes among Transgender and Gender Diverse (TGD) Children and Adolescents: A Systematic Review with Developmental and Clinical

- Implications. *International journal of environmental research and public health*, 20(1), 785.
284. Mijas, M., & Koziara, K. (2020). Klasyfikacja i ewolucja rozumienia zjawiska transpłciowości w seksuologii oraz współczesnych systemach diagnostycznych.
285. 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)*, Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
286. 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.
287. Millon, T., & Davis, R. (2005). *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
288. Mirabella, M., Giovanardi, G., Fortunato, A., Senofonte, G., Lombardo, F., Lingiardi, V., & Speranza, A. M. (2020). The body I live in. Perceptions and meanings of body dissatisfaction in young transgender adults: A qualitative study. *Journal of Clinical Medicine*, 9(11), 3733.
289. Missildine, W. H. (1963). Perfectionism—If you must strive to “do better”. W: W. H. Missildine (Red.). *Your inner child of the past (pp. 75–90)*. New York, NY: Pocket Books.
290. Molnar, D. S., Janssen, W. F., & Sirois, F. M. (2020). Sleeping perfectly? Trait perfectionism, perceived stress, and sleep quality. *Personality and Individual Differences*, 167, Article 110244.
291. Molnar, D. S., Reker, D. L., Culp, N. A., Sadava, S. W., & DeCourville, N. H. (2006). A mediated model of perfectionism, affect, and physical health. *Journal of Research in Personality*, 40, 482–500.
292. Mond, J., Van den Berg, P., Boutelle, K., Hannan, P., & Neumark-Sztainer, D. (2011). Obesity, body dissatisfaction, and emotional well-being in early and late adolescence: findings from the project EAT study. *Journal of Adolescent Health*, 48(4), 373-378.
293. Money, J. (1957). *Imprinting and the Establishment of Gender Role*. *Archives of Neurology And Psychiatry*, 77(3), 333 –336.

294. Moore, F., & Keel, P. K. (2003). Influence of sexual orientation and age on disordered eating attitudes and behaviors in women. *International Journal of Eating Disorders*, 34(3), 370-374.
295. Morris, E. R., & Galupo, M. P. (2019). “Attempting to dull the dysphoria”: Nonsuicidal self-injury among transgender individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 6(3), 296-302.
296. Morrison, M. A., Morrison, T. G., & Sager, C. L. (2004). Does body satisfaction differ between gay men and lesbian women and heterosexual men and women?: A meta-analytic review. *Body image*, 1(2), 127-138.
297. Moser, J.S., Slane, J.D., Burt, A.S., Klump, K.L., (2012). Etiologic relationships between anxiety and dimensions of maladaptive perfectionism in young adult female twins. *Depression Anxiety*, 29 (1), 47–53.
298. Moyer, D.N., Connelly, K.J., Holley, A.L. (2019). Using the PHQ-9 and GAD-7 to screen for acute distress in transgender youth: Findings from a pediatric endocrinology clinic. *J. Pediatr. Endocrinol. Metab* 32, 71–74.
299. Murnen, S. K., and Smolak, L. (2009). Are feminist women protected from body image problems? A meta-analytic review of relevant research. *Sex Roles* 60, 186–197.
300. Murnen, S. K., and Smolak, L. S. (1997). Femininity, masculinity, and disordered eating: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders* 22, 231–242.
301. Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatric Clinics*, 33(3), 611-627.
302. Muth, J. L., & Cash, T. F. (1997). Body-Image Attitudes: What Difference Does Gender Make? 1. *Journal of applied social psychology*, 27(16), 1438-1452.
303. Nealis, L. J., Sherry, S. B., Sherry, D. L., Stewart S.H., Macneil, A. M. (2015). Toward a better understanding of narcissistic perfectionism: Evidence of factorial validity, incremental validity, and mediating mechanisms, *Journal of Research in Personality*, 57, 11-25.
304. Nealis, L. J., Sherry, S. B., Sherry, D. L., Stewart, S. H., & Macneil, M. A. (2015). Toward a better understanding of narcissistic perfectionism: Evidence of factorial validity, incremental validity, and mediating mechanisms. *Journal of Research in Personality*, 57, 11–25.

305. Negru-Subtirica, Oana & Pop, Eleonora & Damian, Lavinia & Stoeber, Joachim. (2021). The Very Best of Me: Longitudinal Associations of Perfectionism and Identity Processes in Adolescence. *Child Development*. 92. 10.1111/cdev.13622.
306. Nepon, T., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2016). Self-image goals in trait perfectionism and perfectionistic self-presentation: Toward a broader understanding of the drives and motives of perfectionists. *Self and Identity*, 15(6), 683–706.
307. Neumark-Sztainer, D., Paxton, S. J., Hannan, P. J., Haines, J., & Story, M. (2006). Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 39(2), 244–251.
308. Nguyen, H. B., Chavez, A. M., Lipner, E., Hantsoo, L., Kornfield, S. L., Davies, R. D., & Epperson, C. N. (2018). Gender-affirming hormone use in transgender individuals: Impact on behavioral health and cognition. *Current Psychiatry Reports*, 20(12), 110.
309. Nieder, T. O., & Richter-Appelt, H. (2011). Tertium non datur. Either/or reactions to transsexualism amongst health care professionals: The situation past and present, and its relevance to the future. *Psychology and Sexuality*, 2(3), 224–243.
310. Nilsson, K., Sundbom, E., & Hagglof, B. (2008). A longitudinal study of perfectionism in adolescent onset Anorexia Nervosa-restricting type. *European Eating Disorders Review*, 16, 386–394.
311. Noll, S. M., & Fredrickson, B. L. (1998). A mediational model linking self-objectification, body shame, and disordered eating. *Psychology of women quarterly*, 22(4), 623-636.
312. Nota, N. M., den Heijer, M., & Gooren, L. J. (2019). Evaluation and Treatment of Gender-Dysphoric/Gender Incongruent Adults. *Endotext*. MDText.com, Inc.
313. O'Connor, D. B., O'Connor, R. C., & Marshall, R. (2007). Perfectionism and psychological distress: Evidence of the mediating effects of rumination. *European Journal of Personality*, 21, 429–452.

314. O'Connor, R. C., & O'Connor, D. B. (2003). Predicting hopelessness and psychological distress: The role of perfectionism and coping. *Journal of Counseling Psychology, 50*(3), 362–372.
315. O'Connor, R. C., Rasmussen, S., & Hawton, K. (2010). Predicting depression, anxiety and self-harm in adolescents: the role of perfectionism and acute life stress. *Behaviour research and therapy, 48*(1), 52–59.
316. Olson, K. R., Durwood L., Horton, R., Gallagher N. M., Devor A. (2022). Gender Identity 5 Years After Social Transition. *Pediatrics, 150*(2).
317. Olson, K. R., Durwood, L., DeMeules, M., & McLaughlin, K. A. (2016). Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics, 137*, 1–8.
318. Overholser, J., & Dimaggio, G. (2020). Struggling with perfectionism: When good enough is not good enough. *Journal of Clinical Psychology, 76*(11), 2019–2027. <https://doi.org/10.1002/jclp.23047>
319. Paik, A., & Sanchagrin, K. (2013). Social isolation in America: An artifact. *American Sociological Review, 78*, 339–360.
320. Palmer, R. L., Oppenheimer, R., & Marshall, P. D. (1988). Eating-disordered patients remember their parents: A study using the parental-bonding instrument. *International Journal of Eating Disorders, 7*(1), 101-106.
321. Parment, A. (2013). Generation Y vs. baby boomers: Shopping behavior, buyer involvement and implications for retailing. *Journal of Retailing and Consumer Services, 20*, 189–199.
322. Parodi, K.B., Holt, M.K., Green, J.G., Katz-Wise, S.L., Shah, T.N., Kraus, A.D., Xuan, Z. (2022). Associations between school-related ^[1]_[SEP] factors and mental health among transgender and gender diverse youth. *J. Sch. Psychol*⁹⁰, 135–149.
323. Pasquino AM, Pucarelli I, Accardo F, Demiraj V, Segni M, Di Nardo R (2008) Long-term observation of 87 girls with idiopathic central precocious puberty treated with gonadotropin-releasing hormone analogs: impact on adult height, body mass index, bone mineral content, and reproductive function. *J Clin Endocrinol Metab, 93*, 190–195
324. Pasquino, A. M., Pucarelli, I., Accardo, F., Demiraj, V., Segni, M., & Di Nardo, R. (2008). Long-term observation of 87 girls with idiopathic central precocious puberty treated with gonadotropin-releasing hormone analogs:

- impact on adult height, body mass index, bone mineral content, and reproductive function. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 93(1), 190-195.
325. Pauls, B. S., & Daniels, T. (2000). Relationship among Family, Peer Networks and Bulimic Symptomatology in College Women. *Canadian Journal of Counselling*, 34(4), 260-72.
326. Paulson, L. R., & Rutledge, P. C. (2014). Effects of perfectionism and exercise on disordered eating in college students. *Eating Behaviors*, 15(1), 116–119.
327. Pavanello Decaro, S., Van Gils, S., Van Hoorde, B., Baetens, K., Heylens, G., & Elaut, E. (2021). It Might Take Time: A Study on the Evolution of Quality of Life in Individuals With Gender Incongruence During Gender-Affirming Care. *The journal of sexual medicine*, 18(12), 2045–2055.
328. Pavanello Decaro, S., Van Gils, S., Van Hoorde, B., Baetens, K., Heylens, G., & Elaut, E. (2021). It Might Take Time: A Study on the Evolution of Quality of Life in Individuals With Gender Incongruence During Gender-Affirming Care. *The journal of sexual medicine*, 18(12), 2045–2055.
329. 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 and adolescent psychology*, 35(4), 539-549.
330. Paxton, S. J., Schutz, H. K., Wertheim, E. H., & Muir, S. L. (1999). Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, extreme weight-loss behaviors, and binge eating in adolescent girls. *Journal of abnormal psychology*, 108(2), 255.
331. Perez-Brumer, A., Hatzenbuehler, M. L., Oldenburg, C. E., & Bockting, W. (2015). Individual-and structural-level risk factors for suicide attempts among transgender adults. *Behavioral Medicine*, 41(3), 164-171
332. Pflum, S. R., Testa, R. J., Balsam, K. F., Goldblum, P. B., & Bongar, B. (2015). Social support, trans community connectedness, and mental health symptoms among transgender and gender nonconforming adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 281–286.
333. Phillips, K. A., Coles, M. E., Menard, W., Yen, S., Fay, C., & Weisberg, R. B. (2005). Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(6), 717-725.

334. Piotrowski, K. & Bojanowska, A. (2021). Factor structure and psychometric properties of a Polish adaptation of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale. *Current Psychology*, 40, 2754–2763.
335. Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual review of psychology*, 53, 187–213.
336. Presnell, K., Bearman, S. K., & Stice, E. (2004). Risk Factors for Body Dissatisfaction in Adolescent Boys and Girls: A Prospective Study. *International Journal of Eating Disorders*, 36(4), 389–401.
337. Priest, M. (2019). Transgender children and the right to transition: Medical ethics when parents mean well but cause harm. *The American Journal of Bioethics*, 19(2), 45-59.
338. Puckett, J. A., Matsuno, E., Dyar, C., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2019). Mental health and resilience in transgender individuals: What type of support makes a difference?. *Journal of Family Psychology*, 33(8), 954–964.
339. Pulice-Farrow, L., Cusack, C.E. & Galupo, M.P. (2020). Certain Parts of My Body Don't Belong to Me, Trans Individuals' Descriptions of Body-Specific Gender Dysphoria. *Sex Res Soc Policy*, 17, 654–667.
340. Pużyński S., Wciórka J. (2000) *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD – 10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
341. Quittkat, H. L., Hartmann, A. S., Düsing, R., Buhlmann, U., & Vocks, S. (2019). Body dissatisfaction, importance of appearance, and body appreciation in men and women over the lifespan. *Frontiers in psychiatry*, 10, 864.
342. Racine, S.E. and Wildes, J.E. (2015), Emotion dysregulation and anorexia nervosa: An exploration of the role of childhood abuse. *Int. J. Eat. Disord.*, 48: 55-58.
343. Rasmussen, S. A., O'Connor, R. C., & Brodie, D. (2008). The role of perfectionism and autobiographical memory in a sample of parasuicide patients: an exploratory study. *Crisis*, 29(2), 64–72.
344. Rice, K. G., & Mirzadeh, S. A. (2000). Perfectionism, attachment, and adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 238–250.
345. Richards, M. H., Casper, R. C., & Larson, R. (1990). Weight and eating concerns among pre-and young adolescent boys and girls. *Journal of Adolescent Health Care*, 11(3), 203-209.

346. Riggle, E.D.B., Mohr, J.J. A Proposed (2015). Multi Factor Measure of Positive Identity for Transgender Identified Individuals. *Psychol. Sex. Orientat. Gen. Divers* 2, 78–85.
347. Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C. (2018). Gaslighting in the context of clinical interactions with parents of transgender children. *Sexual and Relationship Therapy*, 33(4), 382–394.
348. Rnic, K., Hewitt, P.L., Chen, C., Jopling, E., & Lemoult, J. (2021). Examining the link between multidimensional perfectionism and depression: a longitudinal study of the intervening effects of social disconnection. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 40(4), 277–303.
349. Robinson, A., Divers, R., Moscardini, E., & Calamia, M. (2021). Perfectionism, conscientiousness, and neuroticism: Does age matter? *Personality and Individual Differences*, 172, 110563.
350. Rood, B. A., Maroney, M. R., Puckett, J. A., Berman, A. K., Reisner, S. L., & Pantalone, D. W. (2017). Identity concealment in transgender adults: A qualitative assessment of minority stress and gender affirmation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 87(6), 704.
351. Rorty, M., Yager, J., Rossotto, E., & Buckwalter, G. (2000). Parental intrusiveness in adolescence recalled by women with a history of bulimia nervosa and comparison women. *International Journal of Eating Disorders*, 28(2), 202–208.
352. Rosenblum, G. D., & Lewis, M. (1999). The relations among body image, physical attractiveness, and body mass in adolescence. *Child development*, 70(1), 50–64.
353. Rostosky, S. S., Cardom, R. D., Hammer, J. H., & Riggle, E. D. B. (2018). LGB positive identity and psychological well-being. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 5(4), 482–489.
354. Roxborough, H. M., Hewitt, P. L., Kaldas, J., Flett, G. L., Caelian, C. M., Sherry, S., & Sherry, D. L. (2012). Perfectionistic self-presentation, socially prescribed perfectionism, and suicide in youth: A test of the Perfectionism Social Dis-connection Model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42, 217–233.
355. Rozental, A., Shafran, R., Wade, T. D., Kothari, R., Egan, S. J., Ekberg, L., Wiss, M., Carlbring, P., & Andersson, G. (2018). Guided Web-Based Cognitive

- Behavior Therapy for Perfectionism: Results From Two Different Randomized Controlled Trials. *Journal of medical Internet research*, 20(4), e154.
356. Rucker III, C. E., & Cash, T. F. (1992). Body images, body-size perceptions, and eating behaviors among African-American and white college women. *International journal of eating disorders*, 12(3), 291-299.
357. Rybicka-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.
358. Rzeszutek, M., Schier, K. (2008). Tak bolesne, że aż obce? — związek pomiędzy depresją a obrazem ciała u młodych dorosłych 5-16. *Psychoterapia*, 147(4), 5-16.S
359. Sakson-Obada, O. (2007). Autodestrukcja jako obrona przed rzeczywistością niemożliwą do wypowiedzenia. W:] A. Suchańska, J. Wycisk (red.), *Samouszkodzenia: istota, uwarunkowania, terapia* (s. 119-127). Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
360. Sakson-Obada, O. (2009). Trauma jako czynnik ryzyka dla zaburzeń Ja cielesnego. *Przegląd Psychologiczny*, 52(3), 309-326.
361. Santananello, A., & Gardner, F. (2007). The role of experiential avoidance in the relationship between maladaptive perfectionism and worry. *Cognitive Therapy and Research*, 30(3), 319– 332.
362. Sassaroli, S., Lauro, L. J. R., Ruggiero, G. M., Mauri, M. C., Vinai, P., & Frost, R. (2008). Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46(6), 757–765.
363. Sattler, F. A., & Lemke, R. (2019). Testing the cross-cultural robustness of the Minority Stress model in gay and bisexual men. *Journal of Homosexuality*, 66(2), 189–208. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1400310>
364. Scandurra, C., Amodeo, A. L., Valerio, P., Bochicchio, V., & Frost, D. M. (2017). Minority stress, resilience, and mental health: A study of Italian transgender people. *Journal of Social Issues*, 73(3), 563–585.
365. Schier K. (2005) *Bez tchu i bez słowa. Więzy psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

366. Schilder, P. (1935). Psycho-analysis of space. *International Journal of Psycho-Analysis*, 16, 274–295.
367. Schwartz, D. J., Phares, V., Tantleff-Dunn, S., & Thompson, J. K. (1999). Body image, psychological functioning, and parental feedback regarding physical appearance. *International Journal of Eating Disorders*, 25(3), 339-343.
368. Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2004). Obesity and body image. *Body Image*, 1(1), 43–56.
369. Seal, B. N. (2009). *An experimental investigation of the impact of body image on subjective sexual arousal among sexually dysfunctional women*. The University of Texas at Austin.
370. Seal, L. (2017). Adult Endocrinology. W: Richards, C., Bouman, W., Barker, MJ. (Red.) *Genderqueer and Non-Binary Genders. Critical and Applied Approaches in Sexuality, Gender and Identity*. Palgrave Macmillan, London.
371. Senra, C., Merino, H., Ferreiro, F. (2018). Exploring the link between perfectionism and depressive symptoms: Contribution of rumination and defense styles. *J Clin Psychol* 74, 1053–1066.
372. Sevilla, A., & Borra, C. (2015) Parental time investments in children: The role of competition for university places in the UK. Bonn, Germany: Institute for the Study of Labor.
373. Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40(7), 773–791.
374. Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, 40(7), 773-791.
375. Shafran, R., Egan, S. J., & Wade, T. D. (2010). *Overcoming perfectionism: A self-help guide using cognitive-behavioural techniques*. London, UK: Constable & Robinson.
376. Shafran, R., Lee, M., Payne, E., & Fairburn, C. G. (2006). The impact of manipulating personal standards on eating attitudes and behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 911–920.
377. Shafran, R., McManus, F., & Lee, M. (2008). A case of anxiety disorder not otherwise specified (ADNOS): A transdiagnostic approach. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 256–265.

378. Shahar, G., Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Krupnick, J. L., & Sotsky, S. M. (2004). Perfectionism impedes social relations and response to brief treatment for depression. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*, 140–154.
379. Sherry, S. B., Gralnick, T. M., Hewitt, P. L., Sherry, D. L., & Flett, G. L. (2014). Perfectionism and narcissism: Testing unique relationships and gender differences. *Personality and Individual Differences, 61–62*, 52–56.
380. Sherry, S. B., Vriend, J. L., Hewitt, P. L., Sherry, D. L., Flett, G. L., & Wardrop, A. A. (2009). Perfectionism dimensions, appearance schemas, and body image disturbance in community members and university students. *Body Image, 6(2)*, 83–89.
381. Sherry, S. B., Vriend, J. L., Hewitt, P. L., Sherry, D. L., Flett, G. L., & Wardrop, A. A. (2009). Perfectionism dimensions, appearance schemas, and body image disturbance in community members and university students. *Body image, 6(2)*, 83-89.
382. Sherry, S., Hewitt, P., Flett, G., Lee-Baggley, D., & Hall, P. (2007). Trait perfectionism and perfectionistic self-presentation in personality pathology. *Personality and Individual Differences, 42(3)*, 477–490.
383. Shontz, F. C. (1974). Body image and its disorders. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 5(4)*, 461-472.
384. Siever, M. D. (1994). Sexual orientation and gender as factors in socioculturally acquired vulnerability to body dissatisfaction and eating disorders. *Journal of consulting and clinical psychology, 62(2)*, 252.
385. Silberstein, L. R., Mishkind, M. E., Striegel-Moore, R. H., Timko, C., & Rodin, J. (1989). Men and their bodies: a comparison of homosexual and heterosexual men. *Psychosomatic Medicine, 51(3)*, 337-346.
386. Simons, L., Schragar, 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.
387. Singh, A. A. (2013). Transgender youth of color and resilience: Negotiating oppression and finding support. *Sex roles, 68*, 690-702
388. Singh, A. A., & McKleroy, V. S. (2011). “Just getting out of bed is a revolutionary act” the resilience of transgender people of color who have survived traumatic life events. *Traumatology, 17(2)*, 34-44.

389. Slaney, R. B., Rice, K. G., & Ashby, J. S. (2002). A programmatic approach to measuring perfectionism: The almost perfect scales. In G. L. Flett, & P. L. Hewitt (Eds.). *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 63–88). Washington, DC: American Psychological Association.
390. Słowińska, A. (2019). Skala Samooceny Ciała dla Adolescentów i Dorosłych (BESAA)–polska adaptacja metody. *Polish Journal of Applied Psychology*, 17(1), 21-32.
391. Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14, 406 – 414.
392. Smith, M. M., Sherry, S. B., Chen, S., Saklofske, D. H., Mushquash, C., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2018). The perniciousness of perfectionism: A meta-analytic review of the perfectionism-suicide relationship. *Journal of personality*, 86(3), 522–542.
393. Smith, M. M., Sherry, S. B., Ray, C., Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2021). Is perfectionism a vulnerability factor for depressive symptoms, a complication of depressive symptoms, or both? A meta-analytic test of 67 longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*, 84, Article 101982.
394. Smith, M. M., Sherry, S. B., Rnic, K., Saklofske, D. H., Enns, M., & Gralnick, T. (2016). Are perfectionism dimensions vulnerability factors for depressive symptoms after controlling for neuroticism? A meta-analysis of 10 longitudinal studies. *European Journal of Personality*, 30, 201–212.
395. Smith, Martin & Sherry, Simon & Vidovic, Vanja & Saklofske, Don & Stoeber, Joachim & Benoit, Aryn. (2019). Perfectionism and the five-factor model of personality: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*. 23. 367-390.
396. Smith, Y. L., van Goozen, S. H., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine*, 35, 89–99.
397. Soenens, B., Luyckx, K., Vansteenkiste, M., Luyten, P., Duriez, B., & Goossens, L. (2008). Maladaptive perfectionism as an intervening variable between psychological control and adolescent depressive symptoms: a three-wave longitudinal study. *Journal of Family Psychology*, 22(3), 465–474.

398. Soenens, B., Vansteenkiste, M., & Van Petegem, S. (2015). Let us not throw out the baby with the bathwater: Applying the principle of ‘universalism without uniformity’ to autonomy-supportive and controlling parenting. *Child Development Perspectives*, 9, 44–49.
399. Soenens, B., Vansteenkiste, M., Luyckx, K., & Goossens, L. (2006). Parenting and adolescent problem behavior: An integrated model with adolescent self-disclosure and perceived parental knowledge as intervening variables. *Developmental Psychology*, 42(2), 305–318.
400. Sorotzkin, B. (1985). The quest for perfection: Avoiding guilt or avoiding shame? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(3), 564–571.
401. Southgate, L., Tchanturia, K., Collier, D., & Treasure, J. (2008). The development of the childhood retrospective perfectionism questionnaire (CHIRP) in an eating disorder sample. *European Eating Disorders Review*, 16, 451–462.
402. Speirs Neumeister, K. L., Williams, K. K., & Cross, T. L. (2009). Gifted high-school students’ perspectives on the development of perfectionism. *Roeper Review*, 31(4), 198–206.
403. Staples, J. M., Neilson, E. C., Bryan, A. E., & George, W. H. (2018). The role of distal minority stress and internalized transnegativity in suicidal ideation and nonsuicidal self-injury among transgender adults. *The Journal of Sex Research*, 55(4-5), 591-603.
404. Steele, A. L., O’Shea, A., Murdock, A., & Wade, T. D. (2011). Perfectionism and its relation to overevaluation of weight and shape and depression in an eating disorder sample. *International Journal of Eating Disorders*, 44(5), 459–464.
405. Steensma, T. D., Kreukels, B. P., de Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Gender identity development in adolescence. *Hormones and behavior*, 64(2), 288–297.
406. Steensma, T. D., Kreukels, B. P., de Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Gender identity development in adolescence. *Hormones and behavior*, 64(2), 288-297.
407. Stewart, S.L., Van Dyke, J.N., Poss, J.W. (2021). Examining the mental health presentations of treatment-seeking transgender and gender nonconforming (TGD) youth. *Child Psychiatry Hum. Dev*, 1–11.

408. Stice, E. (1994). Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. *Clinical psychology review, 14*(7), 633-661.
409. Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological bulletin, 128*(5), 825.
410. Stice, E., & Whitenton, K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: a longitudinal investigation. *Developmental psychology, 38*(5), 669.
411. Stice, E., Hayward, C., Cameron, R. P., Killen, J. D., & Taylor, C. B. (2000). Body-image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents: a longitudinal study. *Journal of abnormal psychology, 109*(3), 438.
412. Stice, E., Telch, C. F., & Rizvi, S. L. (2000). Development and validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: a brief self-report measure of anorexia, bulimia, and binge-eating disorder. *Psychological assessment, 12*(2), 123.
413. Stoeber, J. (2012). Dyadic perfectionism in romantic relationships: Predicting relationship satisfaction and long-term commitment. *Personality and Individual Differences, 53*, 300–305.
414. Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review, 10*, 295–319.
415. Stoeber, J., & Stoeber, F. S. (2009). Domains of perfectionism: Prevalence and relationships with perfectionism, gender, age, and satisfaction with life. *Personality and individual differences, 46*(4), 530-535.
416. Stoeber, J., & Yang, H. (2015). Physical appearance perfectionism explains variance in eating disorder symptoms above general perfectionism. *Personality and Individual Differences, 86*, 303–307.
417. Stoeber, J., Harvey, L. N., Almeida, I., & Lyons, E. (2013). Multidimensional sexual perfectionism. *Archives of Sexual Behavior, 42*(8), 1593–1604.
418. Stoeber, J., Smith, M. M., Saklofske, D. H., & Sherry, S. B. (2021). Perfectionism and interpersonal problems revisited. *Personality and Individual Differences, 169*, 110106.

419. Stojanovski, K., Zhou, S., King, E., Gjorgjiovska, J., & Mihajlov, A. (2018). An application of the minority stress model in a non-western context: Discrimination and mental health among sexual and gender minorities in Macedonia. *Sexuality Research & Social Policy*, 15(3), 367–376.
420. Strahan, E. J., Wilson, A. E., Cressman, K. E., & Buote, V. M. (2006). Comparing to perfection: How cultural norms for appearance affect social comparisons and self-image. *Body image*, 3(3), 211-227.
421. Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., & Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American psychologist*, 41(3), 246.
422. Striegel-Moore, R. H., Tucker, N., & Hsu, J. (1990). Body image dissatisfaction and disordered eating in lesbian college students. *International Journal of Eating Disorders*, 9(5), 493-500.
423. Szczucka, Katarzyna. (2010). Polski Kwestionariusz Perfekcjonizmu Adaptacyjnego i Dezadaptacyjnego. *Psychologia Społeczna*. 5. 70-94.
424. Taliaferro, L. A., & Muehlenkamp, J. J. (2014). Risk and protective factors that distinguish adolescents who attempt suicide from those who only consider suicide in the past year. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(1), 6-22.
425. Taliaferro, L.A., McMorris, B.J., Rider, G.N., Eisenberg, M.E. (2019). Risk and Protective Factors for Self-Harm in a Population-Based Sample of Transgender Youth. *Arch. Suicide Res* 23, 203–221.
426. Tangney, J. P. (2002). Perfectionism and the self-conscious emotions: Shame, guilt, embarrassment, and pride. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 199–215). American Psychological Association.
427. Tantleff-Dunn, S., Barnes, R. D., & Larose, J. G. (2011). It's not just a "woman thing:" The current state of normative discontent. *Eating disorders*, 19(5), 392-402.
428. Taryn Nepon, Gordon L. Flett & Paul L. Hewitt (2016) Self-image goals in trait perfectionism and perfectionistic self-presentation: Toward a broader understanding of the drives and motives of perfectionists, *Self and Identity*, 15:6, 683-706.
429. Tate, C. C. (2014). Gender identity as a personality process. *Gender identity: Disorders, developmental perspectives and social implications*, 1-22.

430. Tereno, S., Soares, I., Martins, C., Celani, M., & Sampaio, D. (2008). Attachment styles, memories of parental rearing and therapeutic bond: A study with eating disordered patients, their parents and therapists. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 16(1), 49-58.
431. 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.
432. 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.
433. Testa, R. J., Sciacca, L. M., Wang, F., Hendricks, M. L., Goldblum, P., Bradford, J., & Bongar, B. (2012). Effects of violence on transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 452-459.
434. Testa, R. J., Sciacca, L. M., Wang, F., Hendricks, M. L., Goldblum, P., Bradford, J., & Bongar, B. (2012). Effects of violence on transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 452.
435. 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.
436. Thompson, J. K., Covert, M. D., & Stormer, S. M. (1999). Body image, social comparison, and eating disturbance: A covariance structure modeling investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 26(1), 43-51.
437. Thorne N., Yip, A., Bouman, W.P., Marshall, E. & Arcelus, J. (2019) The terminology of identities between, outside and beyond the gender binary – A systematic review, *International Journal of Transgenderism*, 20(2), 138-154.
438. Thornton, B., & Maurice, J. (1997). Physique contrast effect: Adverse impact of idealized body images for women. *Sex roles*, 37, 433-439.
439. Tiggemann, M. (2004). Body image across the adult life span: Stability and change. *Body image*, 1(1), 29-41.
440. Tiggemann, M. (2005). Body dissatisfaction and adolescent self-esteem: Prospective findings. *Body image*, 2(2), 129-135.

441. Tiggemann, M., & Lynch, J. E. (2001). Body image across the life span in adult women: the role of self-objectification. *Developmental psychology*, 37(2), 243.
442. Tiggemann, M., & Slater, A. (2001). A test of objectification theory in former dancers and non-dancers. *Psychology of women quarterly*, 25(1), 57-64.
443. Tiggemann, M., Polivy, J., & Hargreaves, D. (2009). The processing of thin ideals in fashion magazines: A source of social comparison or fantasy?. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(1), 73-93.
444. Tozzi, F., Aggen, S.H., Neale, B.M., Anderson, C.B., Mazzeo, S.E., Neale, M.C., Bulik, C. M. (2004). The structure of perfectionism: a twin study. *Behav. Genet.* 34 (5), 483–494.
445. Travers, R., Bauer, G., Pyne, J., Bradley, K., Gale, L., & Papadimitriou, M. (2012). *Impacts of strong parental support for trans youth: A report prepared for Children's Aid Society of Toronto and Delisle Youth Services*. Toronto, ON: Trans Pulse Project.
446. Twenge, J. M. (2001). Birth cohort changes in extraversion: A cross-temporal meta-analysis, 1966–1993. *Personality and Individual Differences*, 30, 735–748.
447. Twenge, J. M. (2014). *Generation me: Why today's young Americans are more confident, assertive, entitled and more miserable than ever before* (2nd ed.). New York, NY: Atria.
448. Twenge, J. M., Campbell, W. K., & Gentile, B. (2012). Generational increases in agentic self-evaluations among American college students, 1966–2009. *Self and Identity*, 11, 409–427.
449. Tylka, T. L. (2011). Refinement of the tripartite influence model for men: Dual body image pathways to body change behaviors. *Body image*, 8(3), 199-207.
450. Unger C.A., (2016). Hormone therapy for transgender patients. *Transl Androl Urol* 5, 877–884.
451. van de Grift, T. C., Cohen-Kettenis, P. T., Elaut, E., De Cuypere, G., Richter-Appelt, H., Haraldsen, I. R., & Kreukels, B. P. (2016). A network analysis of body satisfaction of people with gender dysphoria. *Body image*, 17, 184–190.
452. van de Grift, T. C., Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T., De Cuypere, G., Richter-Appelt, H., & Kreukels, B. P. C. (2017). Effects of medical

- interventions on gender dysphoria and body image: A follow-up study. *Psychological Medicine*, 79, 815–823.
453. Van den Berg, P., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., & Haines, J. (2007). Is dieting advice from magazines helpful or harmful? Five-year associations with weight-control behaviors and psychological outcomes in adolescents. *Pediatrics*, 119(1), e30-e37.
454. Van Kesteren, P. J., Gooren, L. J., Megens, J.A. (1996). An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands. *Arch Sex Behav* 25(6):589–600.
455. Vartanian, L. R., Giant, C. L., & Passino, R. M. (2001). “Ally McBeal vs. Arnold Schwarzenegger”: Comparing mass media, interpersonal feedback and gender as predictors of satisfaction with body thinness and muscularity. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 29(7), 711-723.
456. Veale, D. (2004). Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body image*, 1(1), 113-125.
457. Velez, B. L., Breslow, A. S., Brewster, M. E., Cox Jr, R., & Foster, A. B. (2016). Building a pantheoretical model of dehumanization with transgender men: Integrating objectification and minority stress theories. *Journal of Counseling Psychology*, 63(5), 497.
458. Verhaeghe, P. (2014). Neoliberalism has brought out the worst in us. *The Guardian*, 29 september 2014. <http://www.theguardian.com>
459. 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.
460. Vois, D., & Damian, L. E. (2020). Perfectionism and emotion regulation in adolescents: A two-wave longitudinal study. *Personality and Individual Differences*, 156, 109756.
461. Vujovic, S., Popovic, S., Sbutega-Milosevic, G., et al. (2009). Transsexualism in Serbia: a twenty-year follow-up study. *J Sex Med* 6(4):1018–23.
462. Wade, T. D. (2018). Prevention of perfectionism in youth. W: J. Stoeber (Red.), *The psychology of perfectionism: Theory, research, applications* (pp. 265–283). Routledge.

463. Wade, T. D., & Bulik, C. M. (2007). Shared genetic and environmental risk factors between undue influence of body shape and weight on self-evaluation dimensions of perfectionism. *Psychological Medicine*, 37, 635–644.
464. Wade, T. D., & Tiggemann, M. (2013). The role of perfectionism in body dissatisfaction. *Journal of eating disorders*, 1, 2.
465. Wade, T. D., Davidson, S., & O'Dea, J. A. (2003). A preliminary controlled evaluation of a school-based media literacy program and self-esteem program for reducing eating disorder risk factors. *International Journal of Eating Disorders*, 33(4), 371-383.
466. Wagenbach, P. (2004). Lesbian body image and eating issues. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 15(4), 205-227.
467. Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Steele, M., Steele, H., & Treasure, J. (2001). Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective. *British Journal of Medical Psychology*, 74(4), 497-505.
468. White Hughto, J. M., Reisner, S. L. (2016). A systematic review of the effects of hormone therapy on psychological functioning and quality of life in transgender individuals. *Transgender Health* 1, 21–31.
469. WHO. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, 1997.
470. Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM, et al. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): trends in prevalence, treatment, and regrets. *J Sex Med* 2018,15(4):582–90.
471. Wilcox, S. (1997). Age and gender in relation to body attitudes: Is there a double standard of aging?. *Psychology of Women Quarterly*, 21(4), 549-565.
472. Wilhelm, S., Phillips, K. A., & Steketee, G. (2012). *Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A treatment manual*. Guilford Press.
473. Williamson, D. A., Womble, L. G., Smeets, M. A., Netemeyer, R. G., Thaw, J. M., Kutlesic, V., & Gleaves, D. H. (2002). Latent structure of eating disorder symptoms: A factor analytic and taxometric investigation. *American Journal of Psychiatry*, 159(3), 412-418.
474. Williamson, I. (1999). Why are gay men a high risk group for eating disturbance?. *European Eating Disorders Review*, 7(1), 1-4.

475. Witcomb, G. L., Bouman, W. P., Brewin, N., Richards, C., Fernandez-Aranda, F., & Arcelus, J. (2015). Body image dissatisfaction and eating-related psychopathology in trans individuals: A matched control study. *European Eating Disorders Review, 23*, 287–293.
476. Witcomb, G. L., Bouman, W. P., Brewin, N., Richards, C., Fernandez-Aranda, F., & Arcelus, J. (2015). Body image dissatisfaction and eating-related psychopathology in trans individuals: A matched control study. *European Eating Disorders Review, 23*, 287–293.
477. Witcomb, G. L., Bouman, W. P., Claes, L., Brewin, N., Crawford, J. R., & Arcelus, J. (2018). Levels of depression in transgender people and its predictors: Results of a large matched control study with transgender people accessing clinical services. *Journal of Affective Disorders, 235*, 308–315.
478. World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Geneva, Switzerland: Author.
479. World Professional Association for Transgender Health. *WPATH consensus process regarding transgender and transsexual-related diagnoses in ICD-11*. WPATH, 2013.
480. Wylie, K., Wylie, R. (2016). Supporting trans people in clinical practice. *Trends in Urology & Men's Health, 7*(6), 9-13.
481. Yean, C., Benau, E. M., Dakanalis, A., Hormes, J. M., Perone, J., & Timko, C. A. (2013). The relationship of sex and sexual orientation to self-esteem, body shape satisfaction, and eating disorder symptomatology. *Frontiers in psychology, 4*, 887.
482. Yesalis, C. E., & Bahrke, M. S. (2005). Anabolic steroid and stimulant use in North American sport between 1850 and 1980. *Sport in History, 25*(3), 434-451.
483. Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009r. (2011). Główny Urząd Statystyczny, Kraków.
484. Zhou, JN., Hofman, M., Gooren, L. *et al* (1995). A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality, *Nature 378*, 68–70.
485. Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sotsky, S. M., Krupnick, J. L., Martin, D. J., & Simmens, S. (2000). Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 114–124.

.....
(Imię i nazwisko doktoranta)

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana(y) oświadczam, iż przedłożona praca doktorska pt: „Wpływ perfekcjonizmu na odczucie dysforii płciowej i satysfakcję z ciała wśród osób transpłciowych” została wykonana przeze mnie samodzielnie, nie narusza praw autorskich, interesów prawnych i materialnych innych osób, jednocześnie oświadczam, że wersja papierowa pracy doktorskiej jest zgodna z wersją elektroniczną załączoną na pamięci USB, zapisaną w formacie Microsoft Word (.DOC) i Adobe Acrobat (.PDF).

.....
data podpis autora pracy doktorskiej