

# STRES MNIEJSZOŚCIOWY A WYBRANE ZABURZENIA PSYCHICZNE U OSÓB Z DYSFORIĄ I NIEZGODNOŚCIĄ PŁCIOWĄ – PRZEGLĄD NARRACYJNY

MINORITY STRESS AND SELECTED MENTAL DISORDERS IN PEOPLE WITH GENDER DYSPHORIA  
AND GENDER INCONGRUENCE – A NARRATIVE REVIEW

Magdalena Piegza<sup>1</sup>, Patryk Głowczyński<sup>2</sup>

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach / Medical University of Silesia in Katowice, Katowice, Poland  
Wydział Nauk Medycznych w Zabrze / Faculty of Medical Science in Zabrze

<sup>1</sup> Katedra Psychiatrii w Tarnowskich Górach / Department of Psychiatry in Tarnowskie Góry

<sup>2</sup> Katedra Psychiatrii w Tarnowskich Górach, Studenckie Koło Naukowe / Department of Psychiatry in Tarnowskie Góry,  
Students Research Circle

## STRESZCZENIE

Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11), opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia w 2019 r., niezgodność płciowa to poczucie niespójności między płcią doświadczaną a przypisaną, które nie musi wiązać się z dyskomfortem lub cierpieniem. Aspekt cierpienia podkreślany jest w rozumieniu jednostki diagnostycznej, którą wg Kryteriów Diagnostycznych Zaburzeń Psychiczych (DSM-5) jest dysforia płciowa. Osoby z niezgodnością płciową narażone są na niezrozumienie, prześladowania oraz stygmatyzację, która często jest związana z doświadczanym stresem mniejszościowym. Celem przeglądu była analiza dostępnej literatury pod kątem związku dysforii płciowej z niektórymi zaburzeniami psychicznymi i stresem mniejszościowym oraz zwrócenie uwagi na cierpienie osób niezgodnych płciowo w kontekście konfrontacji społecznej ze zjawiskiem transpozycji płci. Kreowany przez niektóre media niekorzystny wizerunek osoby niezgodnej płciowo, prześladowania oraz zakaz przeprowadzania korekty płci w niektórych krajach powodują, że można spodziewać się stałego wzrostu częstości występowania zaburzeń psychicznych u tych pacjentów. Główne problemy psychiczne występujące u osób z dysforią płci z towarzyszącym przez większość życia stresem mniejszościowym dotyczą współwystępowania zaburzeń depresyjnych, lękowych, zachowań autodestrukcyjnych oraz skłonności do uzależnień. Istotnym aspektem funkcjonowania osób z dysforią płciową są także trudności z podjęciem i utrzymaniem zatrudnienia oraz obawa przed utratą dochodu z powodu próby życia zgodnego z płcią odczuwaną. Autorzy prezentowanego przeglądu chcą podkreślić znaczenie stresu mniejszościowego w życiu tych osób oraz potrzebę edukacji społecznej i zmiany podejścia do pojęcia „pracownik”. Wyłączenie z pojęcia „pracownik” płci metrykalnej mogłoby pomóc osobom z niezgodnością płciową w życiu zawodowym, ograniczając stres mniejszościowy. Med. Pr. 2022;73(2):163–172

**Słowa kluczowe:** zaburzenia psychiczne, depresja, stres mniejszościowy, transpłciowość, dysforia płciowa, niezgodność płciowa

## ABSTRACT

Gender incongruence according to the ICD-11, compiled by the World Health Organization in 2019, is a sense of inconsistency between experienced and assigned gender that does not have to be associated with discomfort or suffering. However, the aspect of suffering is emphasized in the understanding of the diagnostic unit of gender dysphoria according to the DSM-5 of the American Psychiatric Association. People with gender incongruence are exposed to misunderstanding, persecution and stigmatization, often related to experienced minority stress. The aim of this study was to analyze the available literature in terms of the relationship between gender dysphoria and some mental disorders and minority stress, and to draw attention to the suffering of these people in the context of social confrontation with the phenomenon of gender transposition. The unfavorable image of a person with gender dysphoria created by some media, persecution and, as a result, bans on gender reassignment in some countries mean that a steady increase in mental disorders in these patients can be expected. The main psychiatric problems in people with gender dysphoria, accompanied by minority stress for most of their lives so far, concern the coexistence of depressive and anxiety disorders, self-destructive behaviors and the tendency to addiction. An important aspect of the functioning of people with gender dysphoria are also difficulties in taking up and maintaining employment, fear of losing income due to attempting to live in accordance with the perceived gender. The authors of the presented review wanted to emphasize the importance of minority stress in the lives of these people and the need for social education and a change in the approach to the concept of “employee,” excluding the record gender from it, which – according to the authors – could help people with gender incompatibility in their working life by reducing minority stress. Med. Pr. 2022;73(2):163–72

**Key words:** mental disorders, depression, minority stress, transgender, gender dysphoria, gender incongruence

Autorka do korespondencji / Corresponding author: Magdalena Piegza, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach,  
Wydział Nauk Medycznych w Zabrze, Katedra Psychiatrii w Tarnowskich Górach, ul. Pyskowska 47, 42-612 Tarnowskie Góry,  
e-mail: magdalena.piegza@gmail.com  
Nadesłano: 25 lipca 2021, zatwierdzono: 16 marca 2022

## WSTĘP

Zgodnie z obowiązującymi standardami opieki zdrowotnej dla osób transseksualnych, transpłciowych i różnorodnych płciowo [1] Światowego Stowarzyszenia Specjalistów do spraw Zdrowia Osób Transpłciowych (World Professional Association for Transgender Health – WPATH) wszystkie odstępstwa od cisplciowości określa się jako „różnorodność płciową”. Pojęcie „transseksualność” (Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych / International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD-10 [2]) opiera się na dychotomicznym rozumieniu płci i jest pojęciem węższym niż pojęcie „transpłciowość”, która obejmuje wszystkie postaci i doświadczenia niezgodności między płcią przypisaną a identyfikacją płciową bez względu na konkretną treść wykształconej tożsamości. „Różnorodność płciowa” odnosi się do mnogości ekspresji, ról i tożsamości płciowych z wykluczeniem cisplciowości [3].

Na przestrzeni lat klasyfikacja zjawisk z szerokiego spektrum różnorodności płciowej ulegała zmianom. Początkowo nadrzędną kategorię opisującą te zjawiska stanowiły „dewiacje seksualne” (ICD-9 [4]; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2 revision – DSM-II, Klasyfikacja Zaburzeń Psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, wersja 2 [5]), później „zaburzenia tożsamości płciowej” (DSM-IV [6]) czy „zaburzenia identyfikacji płciowej” (ICD-10 [2]).

Obecnie obowiązujące klasyfikacje chorób i zaburzeń psychicznych także się różnią: w DSM-5 występuje „dysforia płciowa” [7], a w ICD-11 [8] wprowadzono pojęcie „niezgodność płciowa”, które znalazło się w grupie stanów odnoszących się do zdrowia seksualnego, a nie, jak do tej pory, w grupie zaburzeń osobowości i zachowania dorosłych (ICD-10 [2]).

Zmiany wprowadzone w najnowszych klasyfikacjach spowodowały odwrót od traktowania transpłciowości jako zaburzenia psychicznego, wskazując w ten sposób, że potrzebne jest indywidualne podejście do każdej wymagającej pomocy osoby transpłciowej, oraz niejako wymusiły podjęcie próby ujednoczenia zasad postępowania diagnostyczno-terapeutycznego wobec osób transpłciowych w Polsce [9–11].

Skutkiem ewolucji rozumienia pojęcia „płeć” była rezygnacja z postrzegania płci binarnie na rzecz dostrzeżenia spektrum płci żeńskiej i męskiej, które nie musi być zauważalne w wyglądzie zewnętrznym [11].

Dlatego obecnie bardziej adekwatne wydaje się operowanie pojęciem „transpłciowość” i określeniem „inna płeć”, a nie „płeć przeciwna” w celu podkreślenia specyficznych aspektów doświadczenia własnej płci w ramach różnorodnych tożsamości płciowych innych niż tożsamość transseksualna [3,12].

Zarówno osoby niezgodne płciowo (ICD-11), jak i osoby z dysforią płciową (DSM-5) oraz z zaburzeniami identyfikacji płciowej (ICD-10) stanowią niejednorodną grupę i nie wszystkie dążą do operacyjnej zmiany płci. Jednak zarówno operacyjna, jak i nieoperacyjna korekta płci przypisanej wiąże się z nadzieją na poprawę dotychczasowego życia [13]. Raz ukształtowana identyfikacja jest niezmienna, dlatego osoby te starają się – w różnym stopniu – dopasować swoje ciało do przeżywanej płci psychicznej, by doprowadzić do zniesienia lub redukcji przeżywanej rozbieżności i cierpienia, które towarzyszy im w każdej dziedzinie życia. W niniejszym opracowaniu wszystkie 3 pojęcia będą używane w rozumieniu formalnej diagnozy medycznej stawianej na podstawie odpowiednich systemów diagnostycznych, często zamiennie z uwagi na preferencje autorów omawianych badań oraz kontekst czasowy.

## Rozpowszechnienie niezgodności płciowej / dysforii płciowej

Zjawisko różnorodności płciowej jest coraz popularniejszym tematem rozważań badaczy. Niektórzy autorzy twierdzą, że dysforia płciowa częściej występuje u dziewczynek, inni podają tę informację w wątpliwość [14]. Uznano, że środowisko (a więc i model wychowania) powstrzymuje chłopców przed swobodną ekspresją emocji i bardziej skłania do ukrywania problemu niezgodności płciowej. Intrygujące jest, że w okresie dzieciństwa zachowania związane z dezaprobatą płci przypisanej prezentuje większy odsetek biologicznych chłopców, co mogłoby potwierdzać powyższą tezę oraz brak świadomości presji otoczenia wywieranej w tym okresie na jednostkę [15]. Zaburzenia ilościowe i jakościowe natury psychicznej u pacjentów z dysforią płciową mogą być uzależnione od akceptacji otoczenia rówieśniczego (starsze dzieci) czy od wsparcia rodziny (szczególnie u młodszych pacjentów) [16].

Przypuszczenie, że dysforia płciowa u dzieci występuje częściej niż u dorosłych, znajduje uzasadnienie w badaniach naukowych, które podkreślają zjawisko jej zanikania. Wydaje się jednak, że po okresie dojrzewania szansa przetrwania dysforii płciowej jest wysoka. Dowiodły tego holenderskie badania [17], w których

żaden pacjent po diagnozie psychiatrycznej i farmakoterapii endokrynologicznej nie zrezygnował z operacji potwierdzającej odczuwaną płeć. Clark i wsp. [18] oraz Shields i wsp. [19] w 2 niezależnych projektach dotyczących uczniów szkół średnich, odpowiednio, w Nowej Zelandii i Stanach Zjednoczonych, wykazali, że transpłciowość występuje u 1,2–1,3% osób. W dużej ankiecie Conrona i wsp. [20] z 2012 r. przeprowadzonej wśród mieszkańców Massachusetts ok. 0,5% badanych w wieku 18–64 lat zakwalifikowano jako osoby transpłciowe. W 2014 r. w dużym holenderskim badaniu populacyjnym [21] 0,8% osób w wieku 15–70 lat płci żeńskiej określonej przy urodzeniu i 1,1% osób płci męskiej przypisanej przy urodzeniu zgłosiło niezgodną tożsamość płciową rozumianą jako silniejsze utożsamianie się z płcią inną niż metrykalna. W opublikowanej w tym samym roku szwedzkiej analizie [22] dotyczącej rozpowszechnienia dysforii płciowej wykazano, że częstość jej występowania w ostatnich 38 latach to 0,12–0,42% u transpłciowych mężczyzn (w wieku 16–65 lat) oraz 0,16–0,73% u transpłciowych kobiet (w wieku 18–75 lat).

Należy podkreślić, że dorośli pacjenci nadal odczuwają obawy przed udaniem się do specjalisty, m.in. ze względu na strach przed stygmatyzacją. Konieczne są dalsze badania, ponieważ uważa się, że wiele osób niezgodnych płciowo nie zostało uwzględnionych w analizach klinicznych. Warto także pamiętać, że objawy dysforii płciowej u dzieci i młodzieży nie muszą wystąpić w tym samym okresie rozwojowym. Część młodych osób wykazuje niektóre cechy od najwcześniejszego dzieciństwa, a inne manifestują zachowania dopiero w okresie dojrzewania lub po nim.

Odmienną kwestią jest rozumienie i traktowanie dysforii płciowej u nieletnich. Ze względu na ograniczoną liczbę pozycji światowego piśmiennictwa na ten temat nie opracowano algorytmów postępowania i dość często zgłaszanie przez niepełnoletnich pacjentów treści mogących sugerować dysfориę płciową jest traktowane jako jeden z objawów psychopatologii, a przez to marginalizowane. Poza tym w wielu miejscach nastolatkom odmawia się funkcjonowania społecznego zgodnego z odczuwaną płcią, uzasadniając to obawą o umacnianie rzekomych objawów psychotycznych [23].

Nie można także zapominać o osobach *gender fluid*, pacjentach otrzymujących hormony poza specjalistycznymi ośrodkami, a także o tych, którzy podczas badania identyfikują się z osobami transpłciowymi, ale nie spełniają kryteriów diagnostycznych niezgodności płciowej (ICD-11) [8].

### Stres mniejszościowy

Termin „stres mniejszościowy” wywodzi się z teorii psychologicznych i socjologicznych omawiających niekorzystne warunki społeczne, na które narażone są różne mniejszości. Już w latach 50. XX w. Durkheim [24] wskazywał, że konieczna jest zewnętrzna (środowiskowa) regulacja moralna/etyczna jednostki, aby mogła ona zaspokajać swoje aspiracje czy potrzeby. Podkreślał autodestrukcyjne znaczenie braku tej regulacji.

Aby zrozumieć obecne pojmowanie pojęcia „stres mniejszościowy”, konieczne jest odniesienie się do założeń teorii autokategoryzacji i tożsamości społecznej opracowanych przez Tajfela i Turnera [25]. Zgodnie z nimi różnicowanie grup społecznych prowadzi do rywalizacji i dyskryminacji oraz do określenia miejsca człowieka w społeczeństwie. Podstaw dla tych rozważań (pojęcie „lustra jaźni”) dostarczył Cooley [26], podkreślając, że negatywny stosunek innych generuje negatywne postrzeganie siebie, a mniej więcej 50 lat później Pettigrew [27] kontynuował tę myśl, wskazując, że ludzie uczą się poprzez ciągłe porównywanie się z jednostkami ze swojego środowiska.

Pierwszym badaczem, który odniósł się bezpośrednio do wpływu otoczenia na mniejszości, był Allport [28], profesor psychologii, który w latach 50. XX w. wskazał, że istnieją mniejszościowe grupy cech wynikających z wiktymizacji. Można więc wnioskować, że stereotypy i uprzedzenia mogą negatywnie wpływać na stan psychiczny jednostki.

Według koncepcji Meyera [29] stres mniejszościowy to dodatkowe, przewlekłe i społecznie uwarunkowane obciążenie psychiczne osób pochodzących z grup społecznie stygmatyzowanych, do których bez wątpienia należą osoby transpłciowe (z dysfориą płciową i bez niej) oraz o orientacji seksualnej innej niż heteroseksualna. Stres ten wywołuje stan ciągłego napięcia psychicznego oraz wpływa bezpośrednio na funkcjonowanie jednostki. Istotne jest, że koncepcja stresu mniejszościowego może być związana z dysonansem między społecznie akceptowalną wizją życia i systemem wartości a własnymi potrzebami w tym zakresie [30,31].

Najbardziej aktualna koncepcja stresu mniejszościowego została przedstawiona przez Riggsa i Treharne’a [32]. Położono w niej nacisk na negatywny wpływ na osoby z dysfориą płciową dominacji cisplciowej wizji życia oraz związanych z nią norm społecznych. Badacze wykazali, że stres mniejszościowy przesądza o sposobie funkcjonowania osób transpłciowych / z dysfориą płciową w świecie, w którym inny „wzór” tożsamości płciowej jest uprzywilejowany. Za kluczowe uznali

pojęcie „dekompensacja” jednostki (nie „kompensacja”, jak u Meyera), podkreślając potrzebę zmiany społecznej, a nie ciągłego dostosowywania się mniejszości do niezbyt chętnej do zmiany większości, które spowodza funkcjonowanie osób z dysforią płciową do ciągłej walki. Co ważne, dekompensacja może się wiązać z aktywnym podejściem do zjawiska marginalizacji społecznej [33].

Zarówno Meyer, jak i modyfikujący jego założenia Riggs i Treharne utrzymują podział stresorów stresu mniejszościowego na stresory dystalne, negatywne oczekiwania i zinternalizowaną transfobię.

Stresorami dystalnymi, związanymi z manifestacją przez jednostkę własnych przekonań i odczuwania, są: narażenie na przemoc fizyczną i psychiczną, brak akceptacji przez pracowników instytucji publicznych, trudniejsza sytuacja na rynku pracy oraz utrudniony dostęp do opieki medycznej.

Interesującym zagadnieniem są trudności w rozpoczęciu lub utrzymaniu pracy zawodowej przez osoby z grup mniejszościowych. Zajęli się nimi m.in. Singh i O'Brien [33], którzy podkreślili znaczenie braku ochrony przed nieuczciwymi praktykami w miejscu zatrudnienia osób pochodzących z mniejszości – tutaj seksualnej, ale wnioski wynikające z badania wydają się uniwersalne i dotyczą także osób z niepełnosprawnością i dysforią płciową. Autorzy zwrócili uwagę na zjawisko elastyczności oraz możliwości adaptacyjne jednostki – uznali je za mechanizmy ułatwiające zadbanie o własny dobrostan w miejscu zatrudnienia [33]. Trzeba wspomnieć, że narażone na szykanowanie lub dyskryminację w miejscu pracy osoby transpłciowe będą starały się korzystać ze zwolnień lekarskich, a jakość wykonywanej przez nie pracy będzie gorsza w porównaniu z pracą osób cisplciowych. Poza tym często wtórnie występujące objawy psychopatologiczne, przede wszystkim lęk i depresja, tylko nasilają zjawisko absencji i pogarszają sytuację tych osób na rynku pracy.

Nie bez znaczenia jest też traktowanie niektórych zawodów jako „męskich” lub „żeńskich” – osoba z dysforią płciową może czuć się niekomfortowo ze względu na własne odczucia oraz ich afirmację, może być także narażona na przemoc słowną lub fizyczną w środowisku współpracowników. Jednym z badań, które dotyczy obaw osób z grup mniejszościowych jest analiza Mendesa i Pereiry [34]. Uznali, że nieheteronormatywna orientacja seksualna wiązała się z mniejszym zadowoleniem z wykonywanej pracy i zdecydowanie większymi obawami w związku z potencjalną utratą zatrudnienia. Amerykańskie dane statystyczne świadczą o eskalacji

przemocy: w 2015 r. w USA w wyniku postrzelenia zginęło 21 osób z dysforią płciową, a w 2020 r. 44 osoby [35].

Do negatywnych oczekiwań można zaliczyć lęk przed uczestnictwem w życiu społecznym wnikający z wcześniejszych negatywnych doświadczeń osoby transpłciowej.

Zinternalizowana transfobia wiąże się z brakiem samoakceptacji i/lub wypieraniem własnej tożsamości, odnosi się do negatywnych postaw, uczuć i działań wobec osób transpłciowych i jest zinternalizowaną formą uprzedzenia i dyskryminacji [35].

Należy podkreślić, że ze względu na niewielką liczbę pozycji piśmiennictwa dotyczących trudności, jakich doświadczają osoby z dysforią i niezgodnością płciową w środowisku pracy, autorzy niniejszego przeglądu narracyjnego musieli odnosić się do wyników badań obejmujących inne grupy narażone na stres mniejszościowy.

## METODY PRZEGLĄDU

Analiza literatury wskazuje, że u osób z niezgodnością płciową problemy i zaburzenia psychiczne, takie jak negatywny obraz siebie, zaburzenia przystosowawcze, niska samoocena, zaburzenia depresyjne, skłonność do zachowań autodestrukcyjnych, w tym samobójczych, występują częściej niż u osób cisplciowych. Celem niniejszego artykułu jest zwrócenie uwagi czytelnika na problematykę występowania zaburzeń psychicznych u osób z niezgodnością płciową, szczególnie w kontekście doświadczanego przez nie stresu mniejszościowego.

Przeszukano bazy PubMed oraz Cochrane Library i poddano krytycznej analizie 52 pozycje piśmiennictwa z ostatnich 18 lat (2003–2021) z 341 rekordów dotyczących zaburzeń psychicznych u osób z niezgodnością płciową. Uwzględniono także rys historyczny, co – zdaniem autorów – zwiększa wartość tego przeglądu. Bazy danych przeszukano 14 stycznia 2021 r.

Najwięcej wiarygodnych materiałów na temat stresu mniejszościowego dotyczyło współwystępowania dysforii płciowej i stresu mniejszościowego z zaburzeniami depresyjnymi, lękowymi, zachowaniami autoagresywnymi, uzależnieniem od alkoholu i substancji psychoaktywnych. Dlatego podjęto próbę pokazania zależności między stresem mniejszościowym a niezgodnością płciową w kontekście tych czterech aspektów zaburzeń zdrowia psychicznego.

Dokonano także empirycznej oceny treści artykułów na podstawie doświadczenia klinicznego współautorki



niniejszego artykułu, po czym przygotowano artykuł, uzupełniając treść o autorską dyskusję, posługując się nowoczesnym systemem pojęciowym i podkreślając potrzebę szerszego spojrzenia na potrzeby osób różnorodnych płciowo. Zdaniem autorów takie podejście powinno służyć destygmatyzacji i polepszeniu jakości życia tych osób.

Zwrócenie uwagi kolegów lekarzy różnych specjalności na trudności w funkcjonowaniu mniejszościowej grupy osób z dysforią płci może zmienić postrzeganie i traktowanie tej społeczności, wpisując się w problematykę naszych czasów, i może zostać uznane za walor edukacyjny tego opracowania.

## WYNIKI PRZEGLĄDU

### Zaburzenia depresyjne

Wszyscy autorzy, których badania analizowano w niniejszej pracy, są zgodni, że zaburzenia depresyjne występują częściej u dzieci i młodzieży z dysforią płciową niż u odpowiadających im wiekowo osób cisplciowych. Przyczyną może być cierpienie związane z doświadczaniem płci innej niż przypisana, ale również odczuwanie buntu w związku ze zmieniającym się podczas dojrzewania ciałem, a także uprzedzenia i napięcie związane z przynależnością do mniejszości i stresem mniejszościowym. Młody człowiek z dysforią płciową stoi przed dorosłością z obawami spowodowanymi nie tylko wyborem drogi zawodowej, lecz także wątpliwościami dotyczącymi własnej płci metrykalnej. Obawy związane z poczuciem niedopasowania do ról narzuconych przez społeczeństwo mogą wywoływać myśli rezygnacyjne oraz dysonans poznawczy. Prawdziwym dramatem może być pełnienie ról społecznych niezgodnych z poczuciem płci psychicznej i próba korekty płci w okresie życia zawodowego, co może wiązać się z narażeniem na negatywne reakcje otoczenia zawodowego oraz z obawami o stabilność zatrudnienia.

Najwyższy wynik skłonności do zaburzeń depresyjnych (64%) uzyskano w badaniu fińskim [36], w którym średni wiek badanych wynosił 16 lat. Ten projekt, w którym wykazano dominację zaburzeń depresyjnych wśród adolescentów z dysforią płciową, nie uwzględnił skłonności do zachowań samobójczych. Analiza de Vries i wsp. [37] weryfikowała koincydencje psychiatryczne wśród amsterdamskich nastolatków doświadczających dysforii płciowej. Zaburzenia nastroju występowały u 12,4% badanych: u 3,6% z nich zdiagnozowano dystymię, a 8,6% spełniało kryteria rozpoznania dużej depresji. Spack i wsp. [38] opisali dzieci

niezgodne płciowo skierowane do pediatrycznego centrum medycznego w Bostonie. Wywiad psychiatryczny miało 44,3%, a 25,7% z nich rozpoznane zaburzenia depresyjne. Kanadyjskie doniesienia [39] informowały o 35% młodych osób z zaburzeniami nastroju wśród 84 przebadanych osób z dysforią płciową. W nowozelandzkiej analizie [18] opublikowanej w 2014 r. przedstawiono podobne tendencje: u 41,3% adolescentów z dysforią płci występowały zaburzenia depresyjne (18,1% w grupie kontrolnej), a 19,8% miało tendencje samobójcze (4,1% osób cisplciowych). Aż 45,5% niepełnoletnich dokonywało samookaleceń (23,4% w próbie kontrolnej) [18]. W badaniu Reisnera [40], którego wyniki opublikowano w 2015 r., przeprowadzonym wśród transplciowej amerykańskiej młodzieży i młodych dorosłych wykazano, że zaburzenia depresyjne występują u 50,6% osób w porównaniu z 20,6% w próbie kontrolnej oraz że wyniki w skali depresji Becka są wyższe (od poziomu umiarkowanego do wysokiego u 20% uczestników w porównaniu z 10% u osób cisplciowych z grupy kontrolnej). W opracowaniu dotyczącym nastolatków ubiegających się o rozpoczęcie procedury korekty płci 75% osób miało wywiad psychiatryczny, a 64% było leczonych ze względu na zaburzenia depresyjne [36]. W retrospektywnym badaniu dzieci i młodzieży w wieku 5–17 lat zaobserwowano 45,7% zaburzeń depresyjnych [41]. Podobny odsetek zaburzeń depresyjnych wśród młodocianych z dysforią płci podają także inni badacze (31,6% [42] i 35,3% [43]).

Jak wynika z analizy Birketta i wsp. [44], głównym czynnikiem stresu osób transplciowych jest prześladowanie. Obecność zaburzeń psychicznych, szczególnie depresyjnych i lękowych, u pacjentów z dysforią płciową związana jest m.in. ze stresem mniejszościowym.

### Zachowania autoagresywne, w tym próby samobójcze

Nie ma wątpliwości, że problemy z zatrudnieniem, jakich mogą doświadczać osoby z dysforią płciową, mogą prowadzić do generowania wewnętrznego napięcia związanego z trudną sytuacją finansową, transfobicznym ujęciem „nieatrakcyjności” potencjalnego pracownika czy izolacją społeczną.

Według danych z piśmiennictwa wśród pacjentów niezgodnych płciowo 9,3% podejmowało próby samobójcze, a 20,6% dokonało samookaleceń [39]. Podobne niepokojące tendencje zaobserwowano w Nowej Zelandii: 19,8% nieletnich miało tendencje samobójcze, a 45,5% dokonywało samookaleceń [18]. Brytyjskie badania przeprowadzone w latach 2013–2015 dotyczące

samookaleczania się dostarczyło kolejnych danych na temat tego zjawiska. Skłonność do zachowań autoagresywnych wykazywały częściej młodociane transpłciowe kobiety niż transpłciowi mężczyźni [39,40]. W innym opracowaniu [42] odnotowano 17,2% prób suicydalnych i 16,7% samookaleczeń. Olson i wsp. [45] nie badali zachowań okaleczających u młodzieży, ale zaobserwowali, że aż 30% osób dokonało nieudanej próby samobójczej. W fińskim badaniu z tego samego roku [36] wskazano, że 53% pacjentów niezgodnych płciowo dokonywało samookaleczeń, a w badaniu Holt i wsp. [46] u 13,3% pacjentów w wieku 5–17 lat odnotowano próby samobójcze, a u 38,5% samookaleczanie. Nieco niższy odsetek samookaleczających się (13,1%) podali Chen i wsp. [42], a Arcelus i wsp. [47] zaobserwowali takie zachowania u 46,3% osób, z tym że przeciętny wiek pacjentów był wyższy niż w badaniu Holt (19 lat) [46]. Próby suicydalne podejmowało 18,8% transpłciowych kobiet [43]. W artykule z 2018 r. zebrano dane, z których wynika, że prawie połowa (48,3%) poddawanych retrospektywnej analizie osób z dysforią płciową zgłaszała myśli samobójcze, a 23,8% podjęło przynajmniej 1 próbę odebrania sobie życia [48].

Trudność w porównywaniu opisanych wyników badań wynika z tego, że nie każde dotyczyło tych samych aspektów badanych zaburzeń, np. tendencji suicydalnych czy zachowań autodestrukcyjnych. Jednak od czasu badań Spack (2012 r.) [38], która wykazała, że 9,3% pacjentów z dysforią płciową podejmowało próbę samobójczą, do badań Olsons (2015 r.) [45], który ustalili, że aż 30% dokonało nieudanego samobójstwa, można zauważyć stały, niepokojący wzrost liczby zachowań samobójczych wśród transpłciowych dzieci i młodych dorosłych zamieszkujących Amerykę Północną.

### Zaburzenia lękowe

Prawie 80% transseksualnych badanych doświadczyło przynajmniej 1 zachowania agresywnego ze strony otoczenia. Najczęściej agresja pojawiała się w szkołach oraz, kolejno, w sąsiedztwie, w rodzinie i w miejscu pracy. Obecność stresorów proksymalnych (wewnętrznych) i dystalnych (zewnętrznych) składających się na stres mniejszościowy może być skutkiem wymuszonego ukrywania relacji romantycznych, życia pod presją agresji czy odrzucenia oraz budowania fałszywego obrazu własnej osoby (w celu utrzymania zajmowanego stanowiska). Może to prowadzić do trudności w nawiązywaniu relacji interpersonalnych oraz generować lęk [35,36].

Według Hoy-Ellisa [49] na traumatyzujące sytuacje oraz molestowanie seksualne narażone było więcej osób niebinarnych niż cisplciowych. Osoby niebinarne miały także wyższe wyniki w zakresie parametrów lęku, szczególnie lęku społecznego [49]. W badaniu Gómez-Gil i wsp. [50] z 2009 r. wykazano, że fobia społeczna to najczęstsze zaburzenie lękowe u osób z dysforią płci w Hiszpanii: występuje u 8,2% transpłciowych kobiet i u 11,3% transpłciowych mężczyzn. Zaburzenia lękowe z napadami paniki zgłosiło 5,7% transseksualnych mężczyzn oraz 8,5% transseksualnych kobiet, a zaburzenia lękowe uogólnione dotyczyły 8,8% transpłciowych kobiet i 5,6% transpłciowych mężczyzn. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne odnotowano u 1,9% transpłciowych kobiet i 2,8% transpłciowych mężczyzn, a adaptacyjne u 56% transpłciowych kobiet i 70,4% transpłciowych mężczyzn [50]. Według Trynidad-Bergero i wsp. [51] ok. 31% osób niezgodnych płciowo doświadczało fobii społecznej, częściej obserwowanej u transseksualistów M/K (35,5% vs 27,5% transpłciowych mężczyzn). Lęk był nieznacznie wyższy u pacjentów z wykształceniem podstawowym (33,3% vs 30,4% z wykształceniem wyższym) oraz zdecydowanie wyższy u osób, które nie były w związkach (40,7% vs 25,6% osób w związkach). Niższe wyniki miały osoby pracujące co najmniej raz w życiu w porównaniu z osobami niepracującymi (29,6% vs 38,9%) [51].

Takie wyniki nie zaskakują: wykształcenie podstawowe i bezrobocie mogą przyczyniać się do występowania istotnych obaw o własny byt i utrzymanie. Zarówno brak pracy, jak i szkodliwa atmosfera w miejscu pracy mogą generować lęk, dlatego tak ważne jest rozumienie dysforii płciowej przez współpracowników.

Objawy fobii społecznej częściej występowały także u pacjentów poddawanych terapii hormonalnej w porównaniu z osobami nieleczonymi farmakologicznie (36,9% vs 23,1%). Trynidad-Bergero i wsp. [51] podkreślają znaczenie związku między występowaniem fobii społecznej a prześladowaniem pacjentów niezgodnych płciowo oraz wspomnieniami pacjentów dotyczącymi hospitalizacji rodzica, gdy byli dziećmi.

### Uzależnienie od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych

Jak wynika z danych Amerykańskiego Instytutu Zdrowia [49], osoby niezgodne płciowo, które są stale narażone na przeżywanie stresu mniejszościowego, mają większą skłonność do sięgania po alkohol i do ryzykownego picia (47–48%) oraz częściej upijają się (w zależności od próby: 7–61% ankietowanych) [50]. Według

wyników 2 badań [50,52] 33,2% badanych (przeważa transseksualnych mężczyzn) miało skłonność do nadużywania alkoholu, a 47% ankietowanych w ciągu ostatnich 3 miesięcy upiło się co najmniej raz.

Projekt Keuroghliana i wsp. [53] obejmował m.in. analizę próby badanej pod kątem stosowania innych środków psychoaktywnych. Okazało się, że 10% osób przebyło terapię odwykową (7,3% z nich przyznało się, że nadal stosują środki psychoaktywne). Ponadto 39,6% badanych w ostatnim roku paliło marihuanę, 19% zażywało inne niż marihuana narkotyki, a 10,8% stosowało więcej niż 1 rodzaj narkotyków [53]. Według Sheima i wsp. [54] 4,5% mężczyzn transseksualnych stosowało crack (0,7% transseksualnych kobiet), a 9,4% transseksualnych kobiet zażywało kokainę w proszku (5,0% transseksualnych mężczyzn). Częstość zażywania metamfetaminy była taka sama w obu grupach badanych (0,4%). Ketaminę częściej stosowali transpłciowi mężczyźni (2,9%) w porównaniu z transpłciowymi kobietami (2,3%). Kwas  $\gamma$ -hydroksymasłowy (GHB) zażywało 0,8% transpłciowych mężczyzn i 0,4% transpłciowych kobiet (identyczną wartość procentową jak dla GHB zaobserwowano dla heroiny). Zażywanie więcej niż 1 narkotyku zgłosiło 5,2% transseksualnych kobiet i 2,8% transseksualnych mężczyzn [55].

## WNIOSKI

Jeszcze mniej więcej 30 lat temu pojęcie „transseksualność” było ściśle powiązane z psychopatologią w rozumieniu stanu psychotycznego, który – zdaniem terapeutów – wymagał stosowania innych niż obecnie metod korekcji, np. psychoterapii. Te niedające efektów działania powodowały cierpienie i nieadekwatny przekaz społeczny utrwalający zjawisko stygmatyzacji. Wiele metod terapeutycznych okazało się bezużytecznych lub tylko częściowo łagodziły napięcie emocjonalne [6].

Dzisiejsze rozumienie problematyki osób różnorodnych płciowo stwarza możliwość zaproponowania im pomocy dostosowanej do indywidualnych potrzeb, opartej na odpowiednim wsparciu psychologicznym i nowoczesnych osiągnięciach medycyny. Odczuwanie niezgodności płciowej nie jest już traktowane jako objaw zaburzenia psychicznego, choć ta wiedza nie jest jeszcze szeroko rozpowszechniona. Nie zmienia to jednak faktu, że zdrowie psychiczne osób transpłciowych jest stale narażane na stresory i wystawiane na próbę, co może skutkować dodatkowym obciążeniem,

jakim są zaburzenia psychiczne wymagające leczenia. Osoby transpłciowe doświadczające i niedoświadczające dysforii płciowej są stale narażone na stres mniejszościowy, ponieważ należą do grupy stygmatyzowanej społecznie.

Analiza przedstawionego piśmiennictwa dostarcza cennych informacji na temat współwystępowania dysforii płciowej z różnymi problemami psychicznymi i jednoznacznie wskazuje, że osoby niezgodne płciowo częściej niż osoby cispłciowe cierpią na zaburzenia psychiczne. Ten wniosek jest oczywisty, ale ukazuje skalę zjawiska, którego nie można lekceważyć. Grupy pacjentów w omówionych badaniach są niejednorodne (w różnej fazie diagnostyki i leczenia – przed leczeniem hormonalnym i/lub chirurgicznym, w trakcie leczenia i po leczeniu), więc wyniki mają dużą rozpiętość. Uwagę zwraca także brak szczegółowych informacji dotyczących grup kontrolnych.

U osób z dysforią płciową dominują zaburzenia depresyjne, autoagresja, fobia społeczna oraz nadużywanie substancji psychoaktywnych. Osoby z dysforią płciową ze współistniejącymi objawami psychopatologicznymi poddawane są większej stygmatyzacji i doświadczają poważniejszych trudności niż pacjenci z 1 rozpoznaniem. Niezgodni płciowo pacjenci muszą zmierzyć się nie tylko ze swoją sytuacją życiową, ale także z reakcjami otoczenia zawodowego, rodzinnego czy komunikatami medialnymi. Trafiając do gabinetu psychiatrycznego czy seksuologicznego, osoba z dysforią płci powinna być otoczona kompleksową opieką nie tylko ze względu na problematykę niezgodności płci, lecz także ze względu na współwystępowanie zaburzeń psychicznych, które dodatkowo obniżają jakość życia i utrudniają podstawowe leczenie.

Kontrowersji nie powinien budzić także pomysł ochrony pracownika przed zwolnieniem z powodu zmiany płci. Należy zadać sobie pytanie, czy pracownik nie powinien być „pozbawiony płci”, a być jedynie reprezentacją swojego wykształcenia, doświadczenia czy predyspozycji. Wówczas sprawa transpozycji płci byłaby z perspektywy pracodawcy bez znaczenia i nie przyczyniałaby się do stygmatyzacji w miejscu pracy.

Przestrzeganie norm społecznych ma istotny wpływ na kreowanie podmiotowości jednostki, stwarzając także pole do ich kwestionowania. Cispłciowość postrzegana jest jako „idealna i pożądana”, a wszelkie odstępstwa od niej prowadzące do niedostosowania się do wyznaczonych przez nią norm społecznych są marginalizowane. Uprzywilejowana pozycja osób cispłciowych stanowiących w społeczeństwie

większość nie może wymuszać ciągłego dostosowywania się jednostki z dysforią płciową do warunków środowiska. Stres mniejszościowy, choć częściej omawiany w kontekście nieheteronormatywnej orientacji seksualnej, jest zjawiskiem występującym w przypadku każdej mniejszości, a jego nasilenie i negatywny wpływ na funkcjonowanie i zdrowie psychiczne nie mogą być pomijane [56].

## PIŚMIENNICTWO

1. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *Int J Transgend.* 2012;13:165–232.
2. World Health Organization (WHO). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. World Health Organization.
3. Mijas M, Koziara K. Klasyfikacja i ewolucja rozumienia zjawiska transpłciowości w seksuologii oraz współczesnych systemach diagnostycznych. In: Grabski B, Mijas M, Dora M, Iniewicz G, editors. *Dysforia i niezgodność płciowa. Kompendium dla praktyków.* Warszawa: PZWL; 2020.
4. World Health Organization (WHO). The ICD-9 classification of mental and behavioural disorders. World Health Organization.
5. American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*.
6. Beek TF, Cohen-Kettenis PT, Kreukels BP. Gender incongruence/gender dysphoria and its classification history. *Int Rev Psychiatry.* 2016;28:5–12.
7. American Psychiatric Association (2013). *Bipolar and related disorders.* In: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*.
8. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.)*.
9. Gaebel W, Zielasek J, Reed GM. Zaburzenia psychiczne i behawioralne w ICD-11: koncepcje, metodologie oraz obecny status. *Psychiatr Pol.* 2017;51:169–195.
10. Davy Z, Toze M. What is gender dysphoria? A Critical Systematic Narrative Review. *Transgend Health.* 2018;159–169.
11. Grabski B, Rachoń D, Czernikiewicz W, Dulko S, Jakima S, Müldner-Nieckowski Ł, et. al. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego dotyczące opieki nad zdrowiem dorosłych osób transpłciowych – stanowisko panelu ekspertów. *Psychiatr Pol Online First.* 2020;187:1–8.
12. Zucker KJ, Lawrence AA, Kreukels PC. Gender Dysphoria in Adults. *Ann Rev Clin Psychol.* 2016;54:217–219.
13. Byne W, Karasic DH, Coleman E, Eyler AE, Kidd JD, Heino FL, et al. *Gender Dysphoria in Adults: An Overview and Primer for Psychiatrists.* *Transgen Health.* 2018: 57–70.
14. Bancroft J. Transgenderyzm, niezgodność na płęć zdeterminowaną kulturowo i transwestytyzm. In: Lew-Starowicz Z, Robacha A, editors. *Seksualność człowieka.* Wrocław: Urban & Partner; 2011.
15. Testa RJ, Habarth J, Peta J, Balsam K, Bockting W. Development of the gender minority stress and resilience measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity.* 2015;2(1):65–77.
16. Leibowitz S, de Vries AL. Gender dysphoria in adolescence. *Int Rev Psychiatry.* 2016;28:21–35.
17. Zucker KJ. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sex Health.* 2017;14:404–411.
18. Clark TC, Lucassen MF, Bullen P, Denny SJ, Fleming TM, Robinson EM, et al. The health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand adolescent health survey (Youth '12). *J Adolesc Health.* 2014;55:93–99.
19. Shields JP, Cohen R, Glassman JR, Whitaker K, Franks H, Bertolini I. Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in middle school. *J Adolesc Health.* 2013;52: 248–250.
20. Conron KJ, Scott G, Stowell GS, Landers SJ. Transgender health in Massachusetts: results from a household probability sample of adults. *Am J Public Health.* 2012;102:118–122.
21. Kuyper L, Wijzen C. Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. *Arch Sex Behav.* 2014;43:377–385.
22. Dhejne C, Öberg K, Arver S, Landén M. An analysis of all applications for sex reassignment surgery in Sweden, 1960–2010: prevalence, incidence, and regrets. *Arch Sex Behav.* 2014;43:1535–1545.
23. Dora M, Grabski B, Dobroczyński B. Dysforia płciowa, niezgodność płciowa i nonkonformizm w adolescencji – zmiany i wyzwania diagnostyczne. *Psychiatr Pol.* 2020;162:1–15.
24. Durkheim E. *Suicide: A study in sociology.* New York: Free Press; 1951.
25. Tajfel H, Turner JC. The social identity theory of intergroup behaviors. In: Worchel S, Austin WG, editors. *Psychology of intergroup relations.* Chicago: Nelson-Hall; 1986. p. 7–24.
26. Cooley CH. *Human nature and the social order.* New York: Scribner; 1922.



27. Pettigrew TF. Social evaluation theory: Convergences and applications. In: Levine D, editor. *Nebraska Symposium on Motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press; 1967. p. 241–304.
28. Allport GW. *The nature of prejudice*. MA: Addison-Wesley; 1954.
29. Meyer IH. Prejudice, social stress and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*. 2003;129(5):674–697.
30. Lefevor GT, Boyd-Rogers CC, Sprague BM, Janis RA. Health disparities between genderqueer, transgender, and cisgender individuals: An extension of minority stress theory. *J Couns Psychol*. 2019;66(4):385–395.
31. Iniewicz G, Grabski B, Mijas M. Zdrowie psychiczne osób homoseksualnych i biseksualnych – rola stresu mniejszościowego. *Psychiatr Pol*. 2012;46:649–663.
32. Riggs DW, Treharne GJ. Decompensation: A Novel Approach to Accounting for Stress Arising From the Effects of Ideology and Social Norms. *J Homosex*. 2017;64(5):592–605.
33. Singh R, O'Brien W. The impact of work stress on sexual minority employees: Could psychological flexibility be a helpful solution? *Stress Health*. 2020;36(1):59–74.
34. Mendes C, Pereira H. Assessing the Impact of COVID-19 on Work-Related Quality of Life through the Lens of Sexual Orientation. *Behav Sci (Basel)*. 2021;11(5):58.
35. Human Rights Campaign [Internet]. Washington: The Organisation; 2021 [cited 2021 Jul 1]. Available from: <https://www.hrc.org/resources/fatal-violence-against-the-transgender-and-gender-non-conforming-community-in-2021>.
36. Kaltiala-Heino R, Sumia M, Työlajärvi M, Lindberg N. Two years of gender identity service for minors: Overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2015;9:9.
37. De Vries ALC, Doreleijers TAH, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011;52:1195–1202.
38. Spack NP, Edwards-Leeper L, Feldman HA, Leibowitz S, Mandel F, Diamond DA, et al. Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*. 2012;129:418–425.
39. Khatchadourian K, Amed S, Metzger SD. Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver. *J Pediatr*. 2014;164:906–911.
40. Reisner SL, Vettes R, Leclerc M, Zaslow S, Wolfrum S, Shumer D, et al. Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: A matched retrospective cohort study. *J Adolesc Health*. 2015;56:274–279.
41. Jones T, deBolger ADP, Dune T, Lykins A, Hawkes G. *Female-to-Male (FtM) Transgender People's Experiences in Australia: A National Study*. Cham: Springer; 2015.
42. Chen M, Fuqua J, Eugster EA. Characteristics of referrals for gender dysphoria over a 13-year period. *J Adolesc Health*. 2016;58:369–371.
43. Reisner SL, Biello KB, White Hughto JM, Kuhns L, Mayer KH, Garofalo R. Psychiatric diagnoses and comorbidities in a diverse, multicity cohort of young transgender Women: Baseline findings from project lifeskills. *JAMA Pediatr*. 2016;170:481–486.
44. Birkett M, Newcomb ME, Mustanski B. Does it get better? A longitudinal analysis of psychological distress and victimization in lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning youth. *J Adolesc Health*. 2015;56:280–285.
45. Olson J, Schrager SM, Belzer M, Simons LK, Clark LF. Baseline physiologic and psychosocial characteristics of transgender youth seeking care for gender dysphoria. *J Adolesc Health*. 2015;57:374–380.
46. Holt V, Skagerberg E, Dunsford M. Young people with features of gender dysphoria: Demographics and associated difficulties. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2016;21:108–118.
47. Arcelus J, Claes L, Witcomb GL, Marshall E, Bouman WP. Risk factors for non-suicidal self-injury among trans youth. *J Sex Med*. 2016;13:402–412.
48. Vega-Garcia E, Camero A, Fernandez M, Villaverde A. Suicidal ideation and suicide attempts in persons with gender dysphoria. *Psicothema*. 2018;30(3):283–288.
49. Hoy-Ellis CP, Fredriksen-Goldsen KI. Depression Among Transgender Older Adults: General and Minority Stress. *Am J Community Psychol*. 2017;59:295–305.
50. Gómez-Gil E, Trilla A, Salamero M, Godas T, Valdes M. Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Arch Sex Behav*. 2009;38:378–92.
51. Trynidad-Bergero T, Garcia-Encinas MA, Villena-Jimena A, Perez-Costillas L, Sanchez-Alvarez N, de Dieggo-Otero Y, et al. Gender Dysphoria and Social Anxiety: An Exploratory Study in Spain. *J Sex Med*. 2016;13:1270–1278.
52. Keyes KM, Hatzenbuehler ML, Grant BF, Hasin DS. Stress and alcohol: Epidemiologic evidence. *Alcohol Res*. 2012;34(4):391–400.
53. Keuroghlian AS, Reisner SL, White JM, Weiss RD. Substance use and treatment of substance use disorders in a community sample of transgender adults. *Drug Alcohol Depend*. 2015;152:139–146.

- 
54. Scheim AI, Bauer GR, Shokoohi M. Heavy episodic drinking among transgender persons: disparities and predictors. *Drug Alcohol Depend.* 2016;167:156–162.
55. Scheim AI, Bauer GR, Shokoohi M. Drug use among transgender people in Ontario, Canada: Disparities and associations with social exclusion. *Addict Behav.* 2017;72:151–158.
56. Neilands TB, LeBlanc AJ, Frost DM, Bowen K, Sullivan PS, Hoff CC, et al. Measuring a New Stress Domain: Validation of the Couple-Level Minority Stress Scale. *Arch Sex Behav.* 2020;49(1):249–265.