

Клинические рекомендации

**Расстройства половой идентификации у взрослых**

МКБ 10: **F64**

Возрастная категория: **взрослые**

Год утверждения:

Профессиональные ассоциации:

## II. Оглавление

III. Список сокращений.....	3
IV. Термины и определения .....	4
V. Краткая информация.....	5
1. Введение.....	5
2. Определение.....	7
3. Этиология.....	7
4. Распространённость.....	7
5. Особенности кодирования по МКБ .....	8
VI. Диагностика.....	10
1. Жалобы и анамнез .....	10
2. Физикальное обследование .....	12
3. Лабораторные диагностические исследования .....	12
4. Инструментальные диагностические исследования .....	12
VII. Лечение .....	13
1. Заместительная гормональная терапия.....	14
2. Хирургические вмешательства .....	17
2.1. Операции на молочных железах/груди .....	19
2.2. Операции на гениталиях.....	20
2.3. Операции по коррекции лица и тела .....	26
3. Изменение гражданского пола .....	28
4. Психотерапия .....	29
VIII. Медицинская реабилитация .....	32
IX. Список литературы .....	34
X. Приложение А. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	42
XI. Приложение Б. Шкалы оценки .....	43

### **III. Список сокращений**

- ЗГТ — заместительная гормональная терапия  
НФП — нарушения формирования пола  
РПИ — расстройства половой идентификации  
ТГЖ — трансгендерные женщины  
ТГМ — трансгендерные мужчины

#### **IV. Термины и определения**

- Гендерная дисфория — дистресс, связанный с несовпадением гендерной идентичности и пола, установленного при рождении.
- Гендерная идентичность — самоощущение человека как представителя определённого пола.
- Гендерно-аффирмативная терапия — терапия, направленная на подтверждение гендерной идентичности человека.
- Гендерный переход — приведение первичных и вторичных половых признаков, а также социальной репрезентации в соответствие гендерной идентичности.
- Трансгендерность — явление отличия гендерной идентичности от пола, установленного при рождении.
- Трансгендерные женщины — лица, идентифицирующие себя как женщины, несмотря на установленный при рождении мужской пол.
- Трансгендерные мужчины — лица, идентифицирующие себя как мужчины, несмотря на установленный при рождении женский пол.

## V. Краткая информация

### *1. Введение*

Пол человека представляет собой многокомпонентную систему, состоящую из биологического пола (в свою очередь состоящего из гаметного, хромосомного, гонадного, морфологического и гормонального пола), социального пола (гендера) и психического пола (в современных исследованиях применяется термин «гендерная идентичность») [1]. Исследователи выделяют и другие компоненты, например, гражданский и психосексуальный пол [2]. В общей популяции компоненты данной системы статистически ассоциированы таким образом, что человек с XX-хромосомами с более чем 99% вероятностью будет иметь матку и влагалище, высокий уровень эстрогенов и низкий уровень тестостерона, ощущать себя и представляться в обществе как женщина. Благодаря указанной ассоциации в быту и в большинстве социальных и психологических исследований с участием общей популяции многомерную гендерно-половую систему можно упростить, сведя до бинарных понятий «женщина» и «мужчина». Тем не менее, имеются два случая, когда такое упрощение не работает. Нарушения формирования пола (НФП; также используются термины «интерсексность» и «псевдо/гермафродитизм») представляют собой наличие половых характеристик, которые не вписываются в стереотипы бинарной системы восприятия мужского и женского тела. Например, при нечувствительности к андрогенам люди с XY-хромосомами выглядят как фенотипические женщины из-за того, что клетки их тела не реагируют на вырабатываемые организмом андрогены [3]. Вторым случаем являются расстройства половой идентификации (РПИ; также используется термин «трансгендерность»), при которых гендерная идентичность отличается от пола, установленного при рождении. В обоих случаях распространён (транс)гендерный переход (в просторечии «смена пола»), направленный на приведение телесных характеристик и социальной репрезентации в соответствие гендерной идентичности. Переход может состоять в изменении

первичных и вторичных половых характеристик путём проведения заместительной гормональной терапии (ЗГТ) и хирургических операций (медицинский переход), внешности и гендерной роли (социальный переход) и/или гражданского пола (юридический переход).

Оказание помощи при НФП и РПИ имеет долгую историю на территории современной России. Возможность смены гражданского пола существует с 1926 года (Циркуляр НКВД РСФСР №146 от 22 апреля 1926 г.). В следующий раз она была законодательно определена в 1976 г. (Постановление Совета министров СССР №1006 от 10 декабря 1976 г.). В обоих случаях правовые акты имели приписку «для гермафродитов», однако транссексуализм (один из подвидов РПИ) считался «психическим гермафродитизмом», поэтому смена пола в документах была также доступна при РПИ [4]. Медицинская помощь при РПИ оказывалась в СССР с конца 1960-х, а первые научные публикации появились в начале 1970-х. В одной из них д. м. н., основатель советской школы психозендокринологии А. Белкин писал: «Смена пола у таких лиц является высоко гуманным актом, помогающим личности не только избавиться от мучительной для неё ситуации, приводящей порой к суицидальным поступкам, но и найти своё место в обществе» [5]. Транссексуализм был официально признан в СССР в 1983 г. после выпуска адаптированной версии 9-й Международной классификации болезней. В 1991 году утверждены первые советские клинические рекомендации по транссексуализму, где смена гражданского пола, гормональная терапия и хирургические вмешательства были рекомендованы в качестве методов помощи при РПИ, причём медицинские вмешательства не требовались для изменения гражданского пола [6]. Первые российские клинические рекомендации по РПИ были выпущены в 1999 г. и во многом повторяли советский подход, закреплённый в рекомендациях от 1991 г. [7]. Форма и порядок выдачи «справки об изменении пола» (087/у) разработаны Минздравом РФ в 2017 г. и утверждены Минюстом РФ в 2018 г. В 2023 г. был принят Федеральный закон №386-ФЗ, существенно ограничивающий возможности оказания помощи пациентам с РПИ, однако, как

будет показано ниже, эти виды помощи по-прежнему доступны в ряде обстоятельств.

## ***2. Определение***

Расстройства половой идентификации — группа состояний, при которых гендерная идентичность человека отличается от пола, установленному ему при рождении. Трансгендерные женщины (ТГЖ) имеют женскую гендерную идентичность, несмотря на наличие мужских половых характеристик. Трансгендерные мужчины (ТГМ) имеют мужскую гендерную идентичность, несмотря на наличие женских половых характеристик. Также существуют люди, чья гендерная идентичность является небинарной, то есть ни женской, ни мужской.

## ***3. Этиология***

Вопросы этиологии РПИ долгое время занимали внимание исследователей. Были выдвинуты как биологические теории (генетические факторы, изменение гормональных уровней во время внутриутробного развития), так и социальные (фрейдизм, бихевиоризм), однако ни одна из них не получила убедительного подтверждения, что говорит о комплексном характере этой проблемы. Ещё в 1972 году советские исследователи писали: «Половая идентификация личности — не сумма биологических, психологических и социальных характеристик, а целостный образ, единая, хотя и не лишённая внутренних противоречий, установка по отношению к своей половой принадлежности» [8]. Спустя полвека этиология РПИ достоверно не установлена.

## ***4. Распространённость***

Оценки численности лиц с РПИ в общей популяции варьируют в широком диапазоне от 0.00017% до 0.599% [9]. Численность в России оценивается примерно в 28 тысяч человек [10]. Невозможность точной характеристики данной группы связана с двумя фундаментальными проблемами: отсутствием консенсуса по определению и критериям РПИ и невидимостью этой социальной группы [9]. Люди с РПИ могут оставаться недиагностированными

из-за нежелания обращаться за медицинской помощью или отсутствия возможностей обращения в связи социальными и экономическими барьерами. Кроме того, не всем из них требуются изменение гражданского пола или медицинские вмешательства. Таким образом, оценки распространённости РПИ на основе числа людей с диагнозом «транссексуализм», статистики ЗАГСов или МВД дают заниженную оценку.

### **5. Особенности кодирования по МКБ**

Терминология и концептуализация РПИ многократно менялись, что нашло отражение в неоднозначности их классификации. РПИ присутствуют в Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, (МКБ) начиная с 8-й версии (1965 г.), где для их обозначения был использован термин «трансвестизм» (код 302.3). В МКБ-9 (1975 г.) классификация расширена до четырёх диагнозов в разделе «психосексуальные расстройства»: «трансвеститский фетишизм» (302.3); «транссексуализм» (302.5); «расстройство гендерной идентичности у детей» (302.6); «расстройство гендерной идентичности у подростков и взрослых» (302.85). В 10-й версии МКБ РПИ были включены в раздел психических заболеваний и расстройств поведения (V) под кодами: «транссексуализм» (F64.0); «трансвестизм двойной роли» (F64.1); «расстройство гендерной идентичности в детском возрасте» (F64.2), «другое расстройство половой идентификации» (F64.8) и «расстройство половой идентификации неуточненное» (F64.9).

Альтернативная классификация — Диагностическое и статистическое руководство по психическим заболеваниям (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders = DSM), выпускаемое Американской психиатрической ассоциацией, — также претерпела значительные изменения. 2-я версия этой классификации (DSM-II) включала «трансвестизм» (302.3) среди «сексуальных отклонений». Появившийся в 3-й версии (DSM-III) диагноз «транссексуализм» (302.5x, где x принимает значения от 0 до 4 в зависимости от сексуальной ориентации) был заменён на «расстройство гендерной идентичности» в DSM-IV и затем на «гендерную дисфорию» в DSM-5. Последнее нововведение, как



утверждается, призвано депатологизировать трансгендерность саму по себе, сместив внимание врачей на дисфорию, то есть дискомфорт, вызываемый несовпадением гендерной идентичности и пола, установленного при рождении [11]. В отличие от диагноза «транссексуализм», критерии которого содержат такие термины как «противоположный пол», гендерная дисфория может присутствовать также у людей, не идентифицирующих себя с бинарными гендерными категориями (женщины или мужчины), а также у лиц с НФП. Введение диагноза «гендерное несоответствие» (НА-60) в МКБ-11 представляет собой продолжение тенденции, обозначившейся в DSM-5. Данная терминология позволяет получить диагноз — и, как следствие, доступ к медицинским процедурам и смене гражданского пола — для ещё большего круга индивидов, в том числе тех, чьё решение о гендерном переходе мотивировано не гендерной дисфорией, а, например, гендерной эйфорией [12]. Диагноз выносится из главы о психических расстройствах и относится к числу состояний, связанных с сексуальными расстройствами. Использование термина «депатологизация» в этом контексте не вполне верно, поскольку РПИ по-прежнему остаются в МКБ, — правильнее говорить о депсихопатологизации. В основе данного шага — появление эпидемиологических данных, показывающих, что дистресс, испытываемый при РПИ, во многом имеет социальные причины, и лица с РПИ, находящиеся в поддерживающей социальной среде, имеют низкие показатели по шкалам ментальных расстройств [13].

На сегодняшний день нет ясности относительно того, в каком виде МКБ-11 будет внедрена в России: звучат мнения как о необходимости сохранения в МКБ-11 кодов МКБ-10 для РПИ, так и полноценного перехода на новую классификацию. Какой бы путь ни был выбран, в России сексология является областью психиатрии, и настоящие клинические рекомендации останутся актуальными.

## VI. Диагностика

Согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ №850н от 23 октября 2017 г. «Об утверждении формы и порядка выдачи медицинской организацией документа об изменении пола», освидетельствование по поводу РПИ проводилось в два этапа:

- (1) освидетельствование врачом-психиатром;
- (2) освидетельствование медицинской комиссией, состоящей из трёх специалистов: врача-психиатра, врача-сексолога и медицинского психолога.

В задачи врача-психиатра входили: установление диагноза «транссексуализм», направление на медицинскую комиссию, рекомендация лечения (ЗГТ, хирургические вмешательства и/или психотерапия). Задача медицинской комиссии — выдача (или отказ в выдаче) справки по форме №087/у для изменения гражданского пола.

В 2023 г. был принят Федеральный закон №386-ФЗ, вводящий «запрет смены пола человека». Вслед за этим приказ №850н был признан утратившим силу, согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ №415н от 4 августа 2023 г. Тем не менее, эти законодательные инициативы не являются препятствием для диагностики РПИ отдельными психиатрами, так как диагностика сама по себе не направлена на «формирование у человека первичных и (или) вторичных половых признаков другого пола».

### ***1. Жалобы и анамнез***

Типичная клиническая картина включает в себя жалобы на несоответствие гендерной идентичности (самоощущения себя как женщины, мужчины или человека иного гендера) и пола, установленного при рождении. Такое несоответствие часто, но не всегда, вызывает гендерную дисфорию, то есть дистресс, связанный с неприятием себя как человека того пола, который был установлен при рождении. Гендерную дисфорию можно разделить на телесную (неприятие своих первичных и вторичных половых характеристик) и социальную (неприятие социальной роли женщины или мужчины, которую

общество ожидает от человека на основе пола, установленного при рождении) [14]. Пациенты могут также жаловаться на депрессию, тревожность и суицидальные мысли/попытки, вызванные гендерной дисфорией либо неприятием (дискриминацией, стигматизацией) их в обществе. Согласно российским данным, 45.1% лиц с РПИ имеют клинически значимые уровни тревожности, 24.0% — депрессии [15].

При сборе анамнеза рекомендуется получить информацию о:

— Времени и формах первых проявлений РПИ (С5). Первые признаки РПИ могут возникать как в детстве, так и в подростковом и даже взрослом возрасте, и характеризоваться желанием вести себя и восприниматься окружающими как человек другого пола, носить одежду, характерную для лиц другого пола, изменить свои первичные и вторичные половые характеристики [6].

— Уровне поддержки со стороны близких родственников, друзей и коллег по работе/учёбе (С5). Пациенты с РПИ часто сталкиваются с непониманием окружающих, дискриминации и отсутствию стабильной работы, что может вести к проблемам в сфере ментального здоровья [16,17]. В этих случаях может быть рекомендовано обращение за психологической помощью.

— Наличии ментальных заболеваний, которые могут вызывать сходные с РПИ клинические проявления (желание «смены пола»), например, при некоторых формах шизофрении [18] (С5).

Противопоказаниями для диагностирования РПИ не должны становиться (С5):

— Наличие ментальных заболеваний, если они не являются ведущей причиной желания пройти гендерный переход;

— Наличие сексуальной ориентации, негетеросексуальной относительно выбранного пола, или отсутствие сексуального влечения/сексуального опыта;

— Возраст;

— Нежелание или отсутствие возможности пройти медицинские вмешательства, направленные на гендерный переход.

## ***2. Физикальное обследование***

Убедительные данные о возможности диагностирования РПИ путём физикального обследования отсутствуют.

## ***3. Лабораторные диагностические исследования***

Убедительные данные о возможности диагностирования РПИ путём лабораторных диагностических исследований отсутствуют.

## ***4. Инструментальные диагностические исследования***

Рекомендуется применять следующие инструменты экспериментально-психологической диагностики [12] (С5):

- Шкала конгруэнтности для трансгендерных людей (Приложение Б1);
- Клиническая регистрация ТС3 (Приложение Б2);
- Шкала гендерного соответствия и удовлетворённости жизнью (Приложение Б3);
- Утрехтская шкала гендерной дисфории в варианте «гендерный спектр» (Приложение Б4).

## VII. Лечение

Согласно МКБ-10, РПИ относятся к группе психических расстройств, однако их лечение стандартными методами психиатрии, направленными на приведение гендерной идентичности к полу, установленному при рождении (часто используется термин «конверсионная терапия»), не имеет доказанной эффективности и не может быть рекомендована [19] (С5). Тем не менее, как указывал один из первых советских исследователей транссексуализма А. Бухановский, «не умея каузально избавить больного от мучений, имеющих болезненную природу, система здравоохранения (государственная, муниципальная, частная) тем самым не освобождается от корреспондирующей праву пациентов обязанности помочь ему иными доступными ей способами» [4]. Такими способами являются: заместительная гормональная терапия (ЗГТ) и хирургические вмешательства, направленные на формирование первичных и вторичных половых признаков желаемого пола, а также изменение гражданского пола. При необходимости может приводиться психотерапия, направленная на принятие пациентом своей гендерной идентичности. Лечение РПИ относится к сфере персонализированной медицины, и пациенты имеют различные потребности в прохождении тех или иных процедур. Таким образом, ни один из описанных методов не должен навязываться пациенту вопреки его воле или быть условием совершения других вмешательств [14] (С5).

В 2023 г. был принят Федеральный закон №386-ФЗ, вводящий «запрет смены пола человека». Запрет распространяется на пациентов, желающих изменить свои первичные и (или) половые признаки на отличные от гражданского пола, указанного в их записях актов гражданских состояний и идентификационных документах. Однако пациенты, прошедшие изменение гражданского пола, юридически являются представителями того пола, к которому они желают привести свои половые признаки, в связи с чем они имеют право на получение нижеследующих медицинских вмешательств так же, как обычные женщины и мужчины.

## ***1. Заместительная гормональная терапия***

Эффективность ЗГТ в снижении гендерной дисфории, депрессии и тревожности, а также повышении качества жизни, связанного со здоровьем, показана в многочисленных исследованиях [20–24]. Таким образом, ЗГТ может быть рекомендована при РПИ [25] (**A2**).

Целями ЗГТ является подавление первичных и вторичных половых признаков исходного пола и развитие признаков желаемого пола. ЗГТ при трансфеминном переходе направлена на феминизацию и обычно включает эстроген-содержащие препараты и антиандрогены. В прошлом эстрогеновая терапия, как правило, состояла из этинилэстрадиола и конъюгированных конских эстрогенов. Однако в связи с повышенным риском венозной тромбоэмболии и сложностью в мониторинге концентраций в крови с начала 2000-х гг. в большинстве клиник мира эти препараты были заменены на более безопасные — прежде всего, эстрадиол и эстрадиола валерат — которые могут употребляться орально, трансдермально или инъекционно [26–28]. К наиболее распространённым антиандрогенам относятся ципротерона ацетат и спиролактон, реже применяются аналоги гонадотропин-рилизинг-гормона [29]. Ципротерона ацетат наиболее широко применяется в Европе и в странах постсоветского пространства, тогда как спиролактон используется в США. ЗГТ при трансмаскулинном переходе направлена на маскулинизацию и состоит из инъекционных и трансдермальных препаратов тестостерона.

Перед приёмом у эндокринолога рекомендуется (**C5**):

— Назначить анализы: общий анализ крови, биохимический анализ крови, предрасположенность к повышенному риску тромбоза глубоких вен и тромбоэмболии лёгочной артерии (антитромбин III, протеин С, протеин S). При наличии факторов риска (возраст, хронические заболевания у пациента и в роду) могут назначаться дополнительные анализы.

Во время первичного приёма рекомендуется (**C5**):

— Выяснить индивидуальные особенности и пожелания пациента относительно результатов ЗГТ. Многим пациентам для снижения гендерной

дисфории требуется достижение максимально феминной или маскулинной внешности, однако для других предпочтительной является андрогинная внешность [14]. В некоторых случаях ТГЖ хотят иметь феминную внешность, но сохранить эрекцию. В то же время, для ТГМ актуальным вопросом может быть прекращение менструации [30]. Использование одних и тех же препаратов может приводить к различным уровням гормонов в крови в зависимости от различных факторов, например, индекса массы тела [31].

— Выяснить наличие или предрасположенность к хроническим заболеваниям (онкология, сердечно-сосудистые заболевания, заболевания печени). Наличие таких заболеваний в большинстве случаев не является абсолютным противопоказанием к назначению ЗГТ, однако требует более индивидуализированного подхода. Могут назначаться дополнительные консультации со специалистами соответствующего профиля для совместного ведения пациента.

— Выяснить наличие или отсутствие предыдущего опыта ЗГТ. От 41.0% до 53.6% российских пациентов с РПИ имеют опыт самостоятельного приёма гормональных препаратов [32,33]. Неправильное ведение ЗГТ, как самостоятельное, так и некомпетентным эндокринологом, может приводить у ТГМ к акне, артериальной гипертензии, выпадению волос и раку шейки матки, у ТГЖ — к низкому либидо и слабости, гиперпролактинемии и галактореи, тромбозам [33].

— Выяснить, какие препараты принимаются пациентом на постоянной основе для учёта межлекарственных взаимодействий при назначении терапии. В частности, у многих пациентов с РПИ вызывает беспокойство совместимость между ЗГТ и антиретровирусной терапией либо доконтактной профилактикой ВИЧ. Исследования на малых выборках показывают отсутствие взаимодействия между этими видами терапии [34,35].

— Объяснить пациенту возможные риски, побочные эффекты от планируемой терапии и (не)обратимость последствий, после чего, пациент подписывает информированное согласие.

Подбор схемы ЗГТ осуществляется с учётом индивидуальных потребностей пациента, анамнестических, физикальных и антропометрических данных, наличия сопутствующих заболеваний, возраста, психического статуса, планов по сохранению фертильности, а также финансовых возможностей пациента. Как правило, на первичном приёме назначается стандартная схема, которая впоследствии корректируется исходя из результатов анализов и достигнутых изменений. Общие рекомендации для назначения терапии (С5):

— Для ТГЖ назначать эстроген-содержащие препараты. Трансдермально в виде геля эстрадиол 2—4 мг/сутки (Дивигель®, Эстрогель®), особенно пациентам с факторами риска по венозной тромбоэмболии. Орально эстрадиол или эстрадиола валерат (Прогинова®, Климен®, Фемостон® 2/10) 4—8 мг/сутки (контроль уровня эстрадиола в крови, при недостаточном — переводить на гель). Не назначать препараты, содержащие этинилэстрадиол, в связи с рисками развития тромбоэмболии [26]. Отдавать предпочтение трансдермальным и инъекционным формам препаратов в связи с их большей биодоступностью и более низкими рисками развития тромбоэмболии по сравнению с таблетированными формами [28]. Уровень сывороточного эстрадиола не должен превышать максимальный показатель у молодых здоровых женщин (около 200 пг/мл (734 пмоль/л)). Наблюдение каждые 2—3 месяца в первый год терапии и затем 1—2 раза ежегодно для оценки происходящей феминизации, а также предотвращения нежелательных явлений.

— В случае непрохождения операций по удалению гонад эстроген-содержащая терапия для ТГЖ дополняется препаратами с антиандрогенным эффектом. Руководствоваться принципом минимализма, то есть назначать минимальные дозы, способные привести к необходимому эффекту в снижении гендерной дисфории и повышении качества жизни. Так, было показано, что небольшие дозы ципротерона ацетата (10—20 мг/день) приводят к аналогичному снижению уровней гонадотропинов и тестостерона, что и высокие дозы (50—100 мг/день) [36]. Ципротерона ацетат (Андрокур®) — 12.5—25.0 мг/сутки (контроль уровня пролактина). Спиринолактон (Верошпирон®) — 100—200



мг/сутки (диета, контроль электролитов, альдостерона, артериального давления). Ципротерона ацетат более эффективен в снижении уровня тестостерона в крови ТГЖ, чем спиронолактон [37]. Уровень сывороточного тестостерона должен составлять <55 нг/дл (1,9 нмоль/л).

— Для ТГМ назначать тестостерон-содержащие препараты. Трансдермально гель (Андрогель®) — 50—100 мг/сутки, в основном назначается пациентам, имеющим относительные противопоказания к инъекциям тестостерона (эритроцитоз с гематокритом выше 50%, отёки у пациентов с сердечной, почечной или печёночной болезнью). Внутримышечные инъекционные препараты эфиров тестостерона (тестостерона энантат, смеси эфиров Сустанон®—250, Омнадрен®—250) — 250 мг один раз в ~2 недели; тестостерона ундеcanoат (Небидо®) — 1000 мг один раз в 8—12 недель. Индивидуальный подбор частоты инъекций по результату анализа уровня общего тестостерона в крови, который проверяется в 2-х точках («на пике» действия препарата (через 7—10 дней) и перед следующей инъекцией). Дополнительно при необходимости (особенно при высоком индексе массы тела) антиэстрогены, а также вспомогательная терапия, направленная на устранение побочных эффектов (акне, алопеция, высокая жирность кожи).

При вторичных приёмах у эндокринолога (С5):

— Ознакомиться с результатами анализов и выяснить удовлетворённость пациента произошедшими изменениями. При необходимости скорректировать схему.

Во всех случаях рекомендовано использовать имя и грамматический род, выбранный пациентами, даже если они отличаются от имени и пола, указанных в идентификационных документах, что повышает удовлетворённость пациентов и их удержание на лечении [38] (С5).

## **2. Хирургические вмешательства**

Хирургические операции для ТГЖ:

1. Хирургия молочных желез/груди: пластическая операция увеличения молочной железы (имплантаты и/или липофилинг);

2. Генитальная хирургия: орхиэктомия, пластика влагалища с формированием вульвы;

3. Хирургические вмешательства на лице и туловище: феминизирующая лицевая хирургия, липосакция, липофилинг, голосовая хирургия, уменьшение щитовидного хряща, пластические операции по увеличению ягодиц (имплантаты и/или липофилинг), коррекция зоны роста волос на голове и различные эстетические процедуры.

Хирургические операции для ТГМ:

1. Хирургия молочных желез/груди: мастэктомия, формирование мужской груди;

2. Генитальная хирургия: гистерэктомия и овариэктомия, реконструкция фиксированной части уретры, что может быть объединено с метоидиопластикой или с фаллопластикой, иссечение влагалища, скротопластика и имплантация фаллопротезов и протезов яичек;

3. Хирургические вмешательства на лице и туловище: голосовая хирургия (редко), липосакция, липофилинг и различные эстетические процедуры.

Говоря о хирургических вмешательствах на груди и гениталиях, систематические обзоры показывают их эффективность в снижении гендерной дисфории, депрессии и тревожности, а также повышении качества жизни, связанного со здоровьем [20,21,39,40]. Таким образом, данные хирургические вмешательства следует рекомендовать при РПИ [25] (A2).

В связи с их меньшей распространённостью эпидемиологические данные по операциям на лице и теле менее доступны. Рекомендованы следующие вмешательства:

— феминизирующая пластика лица для ТГЖ [41] (A2);

— операции на голосовых связках, направленные на феминизацию голоса, для ТГЖ [41] (A2);

— эпиляция, направленная на удаление волос на лице, груди и иных частях тела, для ТГЖ [42] (C5);

— уменьшение кадыка для ТГЖ [43] (C5);

- маскулинизирующая пластика лица для ТГМ [44] (С5);
- трансплантация волос [45] (С5).

Потребности в операциях индивидуализированы у пациентов с РПИ. Объём вмешательств и выбор метода должны учитывать потребности и финансовые возможности пациента [14]. Не допускается навязывание вмешательств, если они не требуются (С5).

Во время предоперационной консультации хирург должен обсудить с пациентом различные доступные методы (с вероятным направлением к коллегам, предоставляющим альтернативные возможности), преимущества и недостатки каждого метода, включая неизбежные риски и возможные осложнения, ограничения операции, не позволяющие достичь идеальных результатов (С5). Эти обсуждения являются обязательными для получения информированного согласия, которое является и этическим, и законным требованием для любой хирургической манипуляции. Обеспечение реалистичных ожиданий пациентов в отношении результатов важно для достижения результата, который облегчит их гендерную дисфорию.

### ***2.1. Операции на молочных железах/груди***

Для ТГЖ пластическая операция по увеличению груди (эндопротезирование молочных желез или аугментационная маммопластика) практически не отличается от операции у обычной пациентки женского пола и обычно выполняется посредством имплантации силиконовых протезов в сформированную полость либо под ткань молочной железы (под кожу и подкожную клетчатку, если количество ткани молочной железы минимально), либо под большую грудную мышцу. Имплант может иметь либо анатомическую (каплевидную), либо полусферическую форму. Подбор имплантов индивидуален и осуществляется до операции. Учитываются пожелания пациента относительно будущего размера молочных желез и их формы. Выполняется предварительная разметка с учётом анатомических ориентиров и пропорций. Также используется техника липофилинга молочных желез как самостоятельно, так и в сочетании с эндопротезированием. Из вероятных

осложнений в раннем послеоперационном периоде необходимо отметить образование гематомы и воспалительный процесс в зоне операции; а в отсроченном периоде — капсульный фиброз [46,47].

Для ТГМ доступна мастэктомия, или «формирование контура мужской груди». Для многих ТГМ это единственная операция, которую они проходят. При небольших размерах молочных желез возможно удаление их ткани методом липосакции. Если молочные железы достаточно большие и требуют иссечения избытка кожи, мастэктомию выполняют либо подкожным трансареолярным методом с циркулярным иссечением избытка кожи вокруг ареолы, либо методом обычной мастэктомии с переносом сосково-ареолярных комплексов в виде отдельных расщеплённых свободных лоскутов на подготовленные деэпителизированные участки. При последнем виде операции, как правило, остаются более заметные послеоперационные рубцы, о чём пациент должен быть информирован. Осложнения мастэктомии могут включать послеоперационные гематомы некроз в области сосково-ареолярного комплекса или непосредственно самих перенесённых лоскутов, неровности контура и образование грубых или келоидных рубцов [48].

## ***2.2. Операции на гениталиях***

Генитальные хирургические операции для ТГЖ могут включать орхиэктомию, неовагинопластику с формированием клитора и половых губ, формирование наружных гениталий без неовлагалища (cosmetic SRS, или zero depth vaginoplasty). **Вагинопластика** является наиболее востребованной операцией. В настоящее время существуют четыре основные техники вагинопластики: 1) метод пенальной инверсии и его различные модификации; 2) методики с использованием ауто- или ксенотрансплантатов (например, метод скротального лоскута); 3) метод с использованием фрагмента кишки (как правило, сигмовидной) на питающей ножке; 4) метод с формированием неовлагалища из тазовой брюшины.

1) При **пенальной инверсии** основными этапами являются формирование пространства между мочевым пузырём и прямой кишкой и создание выстилки

сформированной полости из кожи полового члена. Из кожи мошонки создаются половые губы. Головка полового члена с сохранённой иннервацией либо инверсируется в неовлагалище, либо из неё формируется эрогенно-чувствительный клитор.

В настоящее время применяется ряд модификаций метода пенальной инверсии.

С. Перович при формировании неовлагалища, предложил дополнить его созданием эпителиальной слизистой выстилки передней стенки неовлагалища, используя вскрытый на всём протяжении дистальный отдел уретры [49–54].

Собственная оригинальная методика кожно-спонгиозно-кавернозной пенальной инверсии была разработана и апробирована на большом количестве пациентов академиком РАН Н. О. Милановым, проф. Р. Т. Адамяном, проф. А. Л.

Истрановым [50,55]. Данная методика подразумевает сохранение спонгиозной ткани в составе головки полового члена, которая впоследствии помещается в сформированную полость в малом тазу и занимает апикальное положение

влагалища в позиции шейки матки у обычных женщин. Метод кожно-спонгиозно-кавернозной пенальной инверсии подразумевает под собой помимо

полного сохранения спонгиозной ткани в составе головки полового члена

частичное сохранение кавернозных тел. Это позволяет сформировать из и них жёстко-эластичную структуру, которая располагается вдоль продольной оси неовлагалища, укрепляя её передний свод и переднюю стенку. Следует также

отметить, что сформированная каркасная структура по дорсальной своей поверхности не теряет связи с кожей, обеспечивая тем самым сохранность дорсального сосудистого пучка полового члена. Это крайне важно для

сохранения жизнеспособности влагалищного комплекса и его высокой

эрогенной чувствительности. Чувствительность половых губ, которые

формируются из кожи мошонки и основания полового члена, обеспечивается за счёт сохранной иннервации благодаря сохранению чувствительных ветвей

подвздошно-пахового нерва (n. ilioinguinalis) и ветвей полового нерва (n.

pubendus). Максимальное соответствие внешнего вида вульвы с обычной

женской анатомией достигается проведением корригирующей операции,

которая проводится вторым этапом, после формирования функционального влагалища и уретры. Преимущества метода: возможность создания неовлагалища достаточной ёмкости, даже при небольших размерах полового члена благодаря разработанным техническим приёмам; сохранение эрогенной чувствительности как в области промежности, так и внутри влагалища; возможность создания эстетического внешнего вида вульвы, максимально приближенного к нормальной женской анатомии; минимальная вероятность формирования стриктуры входа во влагалище или его заращения по сравнению с альтернативными методиками; сохранение возможности применения впоследствии других хирургических методик; надёжность кровоснабжения формируемого влагалища, что уменьшает риски некроза тканей. Недостатки метода: необходимость применения искусственных лубрикантов для проведения полового акта.

2) Вагинопластика **скротальным лоскутом** появилась как модификация методики пенальной инверсии, когда для создания более глубокого влагалища пенальная инверсия была дополнена трансплантацией кожи мошонки. Методика подразумевает формирование стенок влагалища из свободно пересаженной кожи мошонки в виде перфорированного лоскута в сформированный канал. Все остальные ткани наружных гениталий пациента используются для формирования вульвы. Из части головки полового члена, выделенной на дорзальном сосудисто-нервном пучке, формируется клитор; из оставшихся частей головки возможно формирование преддверия влагалища. Из крайней плоти и кожи полового члена формируют малые половые губы. В настоящее время наиболее перспективным и методом для вагинопластики у пациентов с мужской формой транссексуализма является Chonburi flap, который в 2000 году разработал С. Ватанюсакул [56]. В основе этого метода лежит инверсия кожи полового члена, которая дополняется свободной пересадкой кожи мошонки для достижения большей глубины неовлагалища. Клитор и часть преддверия влагалища, которая в этой методике носит название «вторичный орган половой чувствительности», формируются из головки полового члена с

интактными чувствительными нервами и сосудами, которая фиксируется к надкостнице лобковой кости. Внутренняя поверхность малых половых губ представлена кожей крайней плоти или члена с сохранённой чувствительностью. Внешняя поверхность вульвы формируется из кожи члена или мошонки, большие половые губы также формируются из кожи мошонки [51]. Так как эта методика изначально была разработана для транссексуалов, она обладает рядом преимуществ, важных для этой категории пациентов: полная анатомическая гомология неовлагалища и натальных женских гениталий; головка полового члена используется для создания клитора и «вторичного органа половой чувствительности», а кожа крайней плоти или полового члена — для малых половых губ; малые половые губы расположены достаточно спереди, чтобы покрыть клитор, уретру и вход во влагалище (как у генетических женщин); розовый цвет внутренней поверхности малых половых губ (как у генетических женщин); отсутствие волос на малых половых губах (как у генетических женщин), на которых нет линий швов (рубцов от разрезов); клитор, капюшон клитора, уздечка, малые и большие половые губы расположены на разных уровнях (как у генетических женщин); сексуальные ощущения достигаются в этих зонах. Важной частью этой методики является сохранение чувствительности комплекса тканей головки полового члена и кожи вокруг неё для формирования органов преддверия влагалища.

3) С развитием лапароскопических технологий в хирургии распространение получил метод вагинопластики **с использованием фрагмента кишки** [51,57].

Для создания неовлагалища используется фрагмент сигмовидной кишки или часть тонкой кишки с сохранением кровоснабжения. Такая операция, как правило, выполняется двумя хирургическими бригадами. С применением лапароскопического или лапароскопически-ассистированного доступа одна бригада выделяет фрагмент кишки, в то время как вторая бригада формирует вульву и наружную часть неовлагалища. Один конец мобилизованного фрагмента кишки слепо ушивается и фиксируется швами к надкостнице крестца, тогда как второй конец подшивается к преддверию влагалища после

его низведения в полость таза. Как и при методе скротального лоскута клитор формируется из головки полового члена, а малые половые губы — из крайней плоти и кожи полового члена.

4) Одним из современных методов вагинопластики является модифицированная операция Давыдова, при которой для формирования неовлагалища используется **брюшина и ткани полового члена** (penile peritoneum vaginoplasty) [58,59]. При данной операции для формирования входа в неовагину используются кожа полового члена; из тазовой брюшины формируется неовагинальный канал. Большие половые губы формируются из тканей мошонки. Клитор формируется из спонгиозной ткани головки полового члена; малые половые губы — из крайней плоти и кожи полового члена. С применением лапароскопического доступа одна бригада подготавливает лоскут тазовой брюшины, в то время как вторая бригада формирует вульву и наружную часть неовлагалища. Ткань брюшины протягивается в сформированный в малом тазу канал и соединяется с тканью входа во влагалище, представленной кожей полового члена. В случае технических сложностей формирования неовлагалища из тазовой брюшины возможна конверсия операции на кольпосигмопоз. Этот метод может использоваться как первичная или вторичная реконструкция неовлагалища. Данная техника является не только эффективным методом для формирования функционального влагалища, но и хорошей ревизионной операцией для пациентов, которым ранее выполнялась вагинопластика по другой методике и которые не удовлетворены результатом.

**Повторные операции** включают: местнопластические операции, задачами которых являются создание или коррекция клитора, половых губ, репозиция наружного отверстия уретры и входа во влагалище; липофилинг половых губ; ревизия неовлагалища; углубление неовлагалища; различные виды ревагинопластики с использованием инвертированного пенального лоскута, с использованием ротированных бедренно-промежностных лоскутов, фрагмента кишки или тазовой брюшины. Значительное число повторных вмешательств составляют местнопластические операции, направленные на коррекцию



преддверия влагалища, что находит подтверждение в литературе. Такие операции носят индивидуальный характер для каждого пациента. Зачастую имеется несколько проблемных зон, которые логично и целесообразно скорректировать в ходе единого оперативного вмешательства.

Хирургические операции на гениталиях для ТГМ могут включать гистерэктомию, овариэктомию (сальпингоовариэктомию), иссечение влагалища, метоидиопластику, скротопластику с имплантацией протезов яичек, уретропластику и фаллопластику. Лапароскопическая **гистерэктомия** с придатками — наиболее рекомендуемый способ операции. Вагинальный доступ при гистерэктомии может быть затруднителен, поскольку большинство пациентов не рожали и зачастую не имели опыта сексуального контакта с введением полового члена.

Современные хирургические техники **фаллопластики** различны. Выбор техник может быть ограничен анатомическими или хирургическими соображениями и финансовыми соображениями клиента. Если целями фаллопластики являются неофаллос хорошего внешнего вида, мочеиспускание стоя, сексуальная чувствительность и/или способность совершить половой акт, то пациент должен быть чётко проинформирован о том, что существуют несколько отдельных этапов операций и частые технические сложности, которые могут потребовать проведения дополнительных операций. Даже метоидиопластика, которая в теории является одноэтапной процедурой по созданию микрофаллоса, часто требует более чем одной операции. Цель мочеиспускания стоя с этой техникой не всегда может быть достигнута [48,60]. В качестве материала для формирования неофаллоса обычно используются свободный васкуляризованный торако-дорзальный лоскут, лучевой лоскут, либо их сочетание. Уретральный канал в неофаллосе формируется либо одномоментно, либо вторым этапом из свободного васкуляризованного лучевого лоскута [48]. Фаллопластика является длительной, травматичной и многоэтапной операцией. Осложнения фаллопластики могут включать частые стенозы мочевых путей и свищи, а иногда — некроз тканей неофаллоса. По этой причине многие ТГМ

никогда не делают операций на гениталиях кроме гистерэктомии и сальпингоовариэктомии [61].

### ***2.3. Операции по коррекции лица и тела***

В то время как операции на гениталиях зачастую воспринимаются как основополагающие при половой переориентации, их результат в большинстве социальных ситуаций не заметен сторонним наблюдателям. Напротив, лицо — первое, на что обращают внимание окружающие, оценивая, кто перед ними: женщина или мужчина. Таким образом, операции на лице и шее могут быть эффективными в приведении внешности человека в соответствие с его гендерной идентичностью и, как следствие, снижении гендерной дисфории.

Первые операции, направленные на феминизацию лица, были произведены в середине 1980-х и основывались на антропометрических измерениях для установления статистически значимых различий между женскими и мужскими лицами [62]. Так, мужчины имеют более ярко выраженные надбровные дуги, крупный нос, угловатые челюсти, в то время как лица женщин, как правило, более округлые.

Операции по феминизации лица включают комплекс операций в области его верхней, средней и нижней зон: фронтопластику (сглаживание надбровных дуг), ринопластику, мандибулопластику (спиливание углов, уменьшение нижней челюсти), импланты в лоб и подбородок [63].

Феминизирующая фронтопластика выполняется из коронарного разреза в области волосистой части головы. Включает в себя коррекцию надбровных дуг путём их спиливания и изменение контуров лобной кости путём применения костного цемента или полимерного импланта [64].

Операции в средней зоне лица включают ринопластику и коррекцию формы скул. Коррекция формы носа часто играет большую роль в восприятии основных черт лица. Как правило, операцией выбора является открытая ринопластика, включающая понижение высоты спинки носа, уменьшение ширины носа, коррекцию кончика носа [65].

Изменение контуров области скул чаще выполняется путём липофилинга либо установкой полимерных имплантов [66].

Помимо этого, у лиц с установленным при рождении мужским полом более выражен кадык, поэтому для феминизации шеи применяется хондроларингопластика. Обычно такая операция выполняется из доступа в проекции щитовидного хряща, либо в подчелюстной области.

Наряду с внешностью в восприятие человека в качестве женщины или мужчины вносит вклад голос. Использование тестостерона во многих случаях достаточно, чтобы привести высоту голоса ТГМ к мужскому диапазону. С другой стороны, эстроген-содержащая ЗГТ не изменяет голос ТГЖ, в связи с чем некоторые из них прибегают к тренировке голоса (voice therapy), направленной на повышение основной частоты ( $f_0$ ), формант и изменение интонаций [67]. Другим подходом являются операции на голосовых связках (phonosurgery), которые могут включать крикотироидное сближение (cricothyroid approximation) для повышения напряжения голосовых связок, укорочение связок (endoscopic shortening), лазерную редуцирующую глоттопластику (laser reduction glottoplasty) для уменьшения массы [68].

Операции на голосовых связках часто выполняются одновременно со спиливанием кадыка.

Операции на туловище и конечностях включают липоскульптурирование (моделирование контуров тела с применением липосакции и липофилинга), глютеопластику — увеличение ягодиц эндопротезами, устанавливаемыми под большую ягодичную мышцу у ТГЖ.

В последние годы всё большее распространение получают методы инъекционной косметологии с применением филлеров (например, гелей гиалуроновой кислоты). Разработаны и внедрены довольно эффективные методы изменения контуров лица и тела, которые в ряде случаев позволяют обойтись без операций.

Хирургическая маскулинизация лица [44] менее распространена, чем феминизация, что связано с тем, что рост волос на лице благодаря тестостерон-

содержащей ЗГТ в большинстве случаев обеспечивает восприятие ТГМ в качестве мужчин без операций.

В то время как ЗГТ обычно достаточна для стимулирования роста волос по мужскому типу у ТГМ, ТГЖ часто прибегают к эпиляции для удаления волос на лице или пересадке волос на скальпе. Также применяется хирургический сдвиг линии роста волос [45].

### ***3. Изменение гражданского пола***

Наличие идентификационных документов с указанием имени и пола, не соответствующего тому, как человека воспринимают в обществе, может приводить к дискриминации на рабочем месте и при предоставлении услуг, стигматизации и насилию. Данная ситуация приводит к снижению показателей ментального здоровья, рискованным сексуальным практикам и многократному использованию игл при употреблении психоактивных веществ, что в совокупности приводит к повышенным рискам инфицирования ВИЧ [69].

Также снижается обращаемость за помощью в медицинские учреждения [38].

Хотя изменение гражданского пола является не медицинской, а юридической процедурой, показана её эффективность в снижении психологического дистресса у лиц с РПИ [70,71]. Таким образом, изменение гражданского пола, а также фамилии, имени и отчества на соответствующие гендерной идентичности могут быть рекомендованы **(В3)**.

В разных странах мира приняты разные подходы к процедуре смены гражданского пола: в некоторых в число требований входит получение диагноза «транссексуализм», прохождение ЗГТ и хирургических вмешательств, в то время как в других ни одно из этих требований не является обязательным [72].

Не впадая к крайности, мы предлагаем опираться на подход, изложенный в советских клинических рекомендациях, согласно которым смена гражданского пола осуществлялась после установления диагноза и не требовала осуществления медицинских вмешательств [6]. С одной стороны, такой подход гарантирует, что гражданский пол не будут менять лица, не имеющие для этого медицинских показаний, то есть РПИ. С другой стороны, обязательное

требование прохождения ЗГТ или хирургических операций приведёт к тому, что к этим вмешательствам будут прибегать лица, не нуждающиеся в них. Любое медицинское вмешательство несёт в себе риски для здоровья, и если социальная адаптация человека с РПИ возможна без дополнительных вмешательств, не следует их требовать в принудительном порядке. Во-вторых, медицинские вмешательства при РПИ являются дорогостоящими и не покрываются системой обязательного медицинского страхования, в связи с чем многие пациенты не могут пройти их из-за финансовых ограничений. Смена гражданского пола позволит лицам с РПИ социализироваться в обществе и трудоустроиться, что даст им возможность накопить средства на необходимые вмешательства. В-третьих, в ряде случаев пациенты с РПИ не могут пройти необходимые медицинские вмешательства из-за наличия медицинских противопоказаний, однако нуждаются в смене гражданского пола так же, как и другие пациенты с РПИ.

В 2023 г. был принят Федеральный закон №386-ФЗ, вносящий изменения в статью 70 Федерального закона №143-ФЗ «Об актах гражданского состояния». В нынешней редакции изменение гражданского пола предусмотрено только для пациентов, прошедших хирургическое вмешательство до даты вступления закона в силу, то есть до 24 июля 2023 г. Для остальных пациентов изменение гражданского пола может осуществляться по решению суда, согласно статье 69, пункт 2 закона «Об актах гражданского состояния».

#### ***4. Психотерапия***

Работа с пациентами с РПИ строится на понимании/осознании контекста, потребностей и условий жизни трансгендерного человека, а также на умении уважительно взаимодействовать в подтверждающей гендер манере [73]. Важно учитывать компонент «стресса меньшинств», влияющий на психологическое состояние таких пациентов [74] (С5).

Рекомендуется также включаться в сотрудничество с клиентами по вопросам клинических решений, включая вопросы, связанные с принятием решений

относительно помощи, материальными затратами, вариантами медицинских вмешательств, потенциальными возможностями и потребностями [75] (С5). Психологам, психотерапевтам и другим специалистам в сфере ментального здоровья для оказания качественной и компетентной помощи необходимо работать со своими убеждениями и стереотипами относительно гендера и сексуальности, заполнять пробелы в собственных знаниях, обращаться за консультациями и обучением к коллегам, имеющим опыт и знания в сфере работы с РПИ [76,77] (С5).

Важно также развивать компетентность в работе с окружением и семьями клиентов в подходах, исключающих оценку и осуждение [78] (С5).

Важным компонентом качественной работы специалиста является знакомство с сообществом трансгендерных людей, изучение их потребностей в психолого-психотерапевтической помощи, исследование контекста (социальной жизни, окружения и взаимодействия с ним, проблем, потребностей и т.п.) [79,80].

В качестве основного инструмента для работы с пациентами с РПИ рекомендуется модель гендерно-аффирмативной терапии [81–83], отличительными чертами которой является (С5):

- Признание любого гендерного опыта одинаково здоровым [84] и ценным [85].
- Всестороннее подтверждение [86] и поддерживание гендерной идентичности и самовыражения во время оказания медицинской помощи [87].
- Использование депатологизирующего подхода [88] к гендерному многообразию как к части идентичности, а не как к расстройству [13].
- Помощь клиентам в возможности проживать полноценную жизнь [89]. Приоритет отдаётся не результатам, а эмоциональному благополучию обратившегося за помощью. Этот подход признаёт, что нет правильного или ошибочного способа быть трансгендерным человеком, прибегать или не прибегать [90] к медицинским или социальным интервенциям [91].

- Критический анализ того, как социализация и понимание гендерных ролей и норм могут повлиять [92] на понимание своего пола клиентами [93].

## **VI. Медицинская реабилитация**

Ведение и наблюдение пациента врачом в послеоперационном периоде напрямую связано с хорошими хирургическими и психосоциальными результатами [60]. Хирурги, выполняющие операции пациентам, приезжающим из других городов или стран, должны включать индивидуальный контроль в план лечения и стараться обеспечить доступное долговременное ведение пациента в его географическом регионе. Необходимость наблюдения распространяется на специалистов по эндокринологии и психическому здоровью, которые вели пациента до операции и, следовательно, готовы содействовать в устранении возможных послеоперационных сложностей.

В послеоперационном периоде важно исключить травматизацию области операции, значительные физические нагрузки. Правила соблюдения личной гигиены после операции также должно быть разъяснены врачом. Как правило, исключаются приём ванн и посещение сауны или бани в течение 1—2 месяцев. В период амбулаторного долечивания после ряда операций врач должен объяснить пациенту правила ухода за послеоперационными ранами, научить самостоятельно производить смену повязки и обрабатывать область швов. После выписки часто назначается продолжение курса обезболивающей, антибактериальной и противовоспалительной терапии.

Отдельным пунктом следует вынести использование компрессионного белья или повязок. После выполнения эндопротезирования молочных желез рекомендовано ношение компрессионного бюстгалтера в течение 4 недель. После мастэктомии рекомендуется ношение компрессионного белья в виде майки или топа сроком до 4—5 недель. Использование компрессионного белья необходимо после выполнения липосакции или липофилинга. После операций на лице, например фронтопластики или ментоластики, обходятся либо эластичным бинтованием, либо ношением специальной маски-бандажа в течение 8—14 дней.



Врач должен информировать пациента, что после ряда операций (особенно это касается операций на лице) возможно сохранение даже минимальной отёчности тканей в течение довольно длительного времени, что на определённый период затрудняет визуализацию конечного результата операции.

Более длительным реабилитационным периодом отличаются реконструктивно-пластические операции на гениталиях. Ранний послеоперационный период сопровождается постельным режимом от 6 до 10 дней с постепенной активизацией пациента. Практически любой вид вагинопластики требует довольно длительной самостоятельной санации области операции и выполнения бужирования неовагины с целью исключения его стенозирования.

## VII. Список литературы

1. Бухановский АО, Андреев ЮА. Структурно-динамическая иерархия пола человека. Ростов н/Д: Феникс; 1993.
2. Белкин АИ. Третий пол (судьбы пасынков Природы). М.: Олимп; 2000.
3. Hughes IA, Werner R, Bunch T, Hiort O. Androgen insensitivity syndrome. In *Seminars in reproductive medicine*, vol. 30. Thieme Medical Publishers; 2012.
4. Бухановский АО. Транссексуализм: клиника, систематика, дифференциальная диагностика, психосоциальная реадaptация и реабилитация. 1994.
5. Белкин АИ. Биологические и социальные факторы, формирующие половую идентификацию (по данным изучения лиц, перенесших смену пола). Соотношение биологического и социального в человеке. М.: Книжная фабрика №1; 1975.
6. Белкин АИ, Карпов АС. Транссексуализм (методические рекомендации по смене пола). Министерство здравоохранения СССР; 1991.
7. Краснов ВЯ, Гурович ИЯ. Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств: Клиническое руководство. М.: Московский НИИ психиатрии; 1999.
8. Белкин АИ, Грейнер ЭА. К проблеме половой идентификации личности. Проблемы современной сексопатологии (Сборник трудов) Труды Мин-ва здравоохранения РСФСР. М.: Московский НИИ психиатрии; 1972.
9. Meier SC, Labuski CM. The demographics of the transgender population. In: *International Handbook on the Demography of Sexuality*. New York City: Springer; 2013.
10. Т-Действие. Анализ каскада профилактических услуг по ВИЧ для трансгендерных людей в России. СПб: Т-Действие; 2021.
11. Davy Z, Toze M. What is gender dysphoria? A critical systematic narrative review. *Transgender Health*. 2018;3(1):159–69.
12. Кирей-Ситникова Я, Бурцев ЕА. Обзор инструментов экспериментально-психологической диагностики гендерной дисфории и гендерного несоответствия в контексте перехода на МКБ-11. *Неврологический вестник*. 2022;LIV(2).

13. Кирей-Ситникова Я. Депатологизация трансгендерности в МКБ-11 с позиций социологии здоровья и болезни. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им ВМ Бехтерева. forthcoming.
14. Кирей-Ситникова Я. Персонализированный характер трансгендерной медицины как препятствие к разработке клинических рекомендаций по гендерному несоответствию на основе принципов доказательной медицины. Медицинский вестник Юга России. 2022;13(3):83–92.
15. Chumakov EM, Ashenbrenner YV, Petrova NN, Zastrozhin MS, Azarova LA, Limankin OV. Anxiety and Depression Among Transgender People: Findings from a Cross-Sectional Online Survey in Russia. *LGBT Health*. 2021;8(6).
16. Zinchuk M, Kustov G, Beghi M, Voinova N, Pashnin E, Beghi E, et al. Factors Associated with Non-Binary Gender Identity in Psychiatric Inpatients with Suicidal Ideation Assigned Female at Birth: A Case-Control Study. *Arch Sex Behav*. 2022 Oct;51(7):3601–12.
17. Chumakov EM, Ashenbrenner YV, Petrova NN, Ventriglio A, Azarova LA, Limankin OV. Mental health, minority stress and discrimination against transgender people: a cross-sectional survey in Russia. *International Review of Psychiatry*. 2023;35(3–4):331–8.
18. Дьяченко АВ, Бухановская ОА, Солдаткин ВА, Перехов АЯ. Клинико-динамическая характеристика транссексуалоподобных состояний при шизотипическом расстройстве у подростков. *Российский психиатрический журнал*. 2022;2:77–93.
19. Wright T, Candy B, King M. Conversion therapies and access to transition-related healthcare in transgender people: a narrative systematic review. *BMJ Open*. 2018;(8):e022425.
20. Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, Mullan RJ, Murad A, Erwin PJ, et al. Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*. 2010;72(2):214–31.
21. Costa R, Colizzi M. The effect of cross-sex hormonal treatment on gender dysphoria individuals' mental health: A systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2016;12:1953–66.
22. Hughto JM, Reisner SL. A Systematic Review of the Effects of Hormone Therapy on Psychological Functioning and Quality of Life in Transgender Individuals. *Transgender Health*. 2016;1(1):21–31.
23. Rowniak S, Bolt L, Sharifi C. Effect of cross-sex hormones on the quality of life, depression and anxiety of transgender individuals: A quantitative systematic

review. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. 2019;17(9):1826–54.

24. Baker KE, Wilson LM, Sharma R, Dukhanin V, McArthur K, Robinson KA. Hormone Therapy, Mental Health, and Quality of Life Among Transgender People: A Systematic Review. *Journal of the Endocrine Society*. 2021;5(4):1–16.
25. Кирей-Ситникова Я. Некоторые проблемы разработки клинических рекомендаций по гендерной дисфории и гендерному несоответствию. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2021;(9–10):47–53.
26. Asscheman H, T'Sjoen G, Lemaire A, Mas M, Meriggiola MC, Mueller A, et al. Venous thrombo-embolism as a complication of cross-sex hormone treatment of male-to-female transsexual subjects: a review. *Andrologia*. 2014;46(7):791–5.
27. Meriggiola MC, Gava G. Endocrine care of transpeople part II. A review of cross-sex hormonal treatments, outcomes and adverse effects in transwomen. *Clinical Endocrinology*. 2015;83(5):607–15.
28. Tangpricha V, Heijer M. Oestrogen and anti-androgen therapy for transgender women. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2017;5(4):291–300.
29. Fishman SL, Paliou M, Poretsky L, Hembree WC. Endocrine care of transgender adults. In: *Transgender Medicine*. Cham: Humana Press; 2019. p. 143–63.
30. Кирей-Ситникова Я. Трансгендерные мужчины и небинарные люди в контексте ВИЧ. *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2023;15(3).
31. Сергеева ЛЮ, Бабенко АЛ. Зависимость суточной дозы тестостерон-заместительной терапии от индекса массы тела у трансгендерных пациентов FtM. *Проблемы эндокринологии*. 2022;68(2):34–9.
32. Чумаков ЕМ, Петрова НН, Ашенбреннер ЮВ, Азарова ЛА, Лиманкин ОВ. Социальные и медицинские аспекты практики трансгендерного перехода в России. *Неврологический вестник*. 2022;LIV(1):11–22.
33. Макарова ЕВ, Соловьева НВ, Креницкая СА. Проблема применения гормональной терапии, направленной на коррекцию пола, трансгендерными лицами по собственной инициативе. *Проблемы эндокринологии*. 2021;68(2):40–7.
34. Hiransuthikul A, Janamnuaysook R, Himmad K, Kerr SJ, Thammajaruk N, Pankam T, et al. Drug-drug interactions between feminizing hormone therapy and pre-exposure prophylaxis among transgender women: the iFACT study. *Journal of the International AIDS Society*. 2019;22(7):25338.
35. Grant RM, Pellegrini M, Defechereux PA, Anderson PL, Yu M, Glidden DV, et al. Sex Hormone Therapy and Tenofovir Diphosphate Concentration in Dried

Blood Spots: Primary Results of the Interactions Between Antiretrovirals And Transgender Hormones Study. *Clinical Infectious Diseases*. 2021;73(7):2117–23.

36. Zohar NE, Sofer Y, Yaish I, Serebro M, Tordjman K, Greenman Y. Low-Dose Cyproterone Acetate Treatment for Transgender Women. *Journal of Sexual Medicine*. 2021;(18):1292–1298.
37. Burinkul S, Panyakhamlerd K, Suwan A, Tuntiviriyapun P, Wainipitapong S. Anti-Androgenic Effects Comparison Between Cyproterone Acetate and Spironolactone in Transgender Women: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of Sexual Medicine*. 2021;18(7):1299–307.
38. Кирей-Ситникова Я. Социальные барьеры и фасилитаторы в доступе к тестированию, профилактике и лечению ВИЧ для трансгендерных женщин: тематический обзор. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2022;4:57–64.
39. Wernick JA, Busa S, Matouk K, Nicholson J, Janssen A. A Systematic Review of the Psychological Benefits of Gender-Affirming Surgery. *Urologic Clinics of North America*. 2019;46(4):475–86.
40. Passos TS, Teixeira MS, Almeida-Santos MA. Quality of Life After Gender Affirmation Surgery: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *Sexuality Research and Social Policy*. 2020;17(2):252–62.
41. Javier C, Crimston CR, Barlow FK. Surgical satisfaction and quality of life outcomes reported by transgender men and women at least one year post gender-affirming surgery: A systematic literature review. *International Journal of Transgender Health*. 2022;1–19.
42. Motosko CC, Tosti A. Dermatologic care of hair in transgender patients: a systematic review of literature. *Dermatology and Therapy*. 2021;11(5):1457–68.
43. Therattil PJ, Hazim NY, Cohen WA, Keith JD. Esthetic reduction of the thyroid cartilage: A systematic review of chondrolaryngoplasty. *JPRAS Open*. 2019;22:27–32.
44. Sayegh F, Ludwig DC, Ascha M, Vyas K, Shakir A, Kwong JW, et al. Facial masculinization surgery and its role in the treatment of gender dysphoria. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2019;30(5):1339–46.
45. Bared A, Epstein JS. Hair transplantation techniques for the transgender patient. *Facial Plastic Surgery Clinics*. 2019;27(2):227–32.
46. Габка КД, Бомерт Х. Пластическая и реконструктивная хирургия молочной железы. М.: МЕДпресс-информ; 2019.

47. Истранов АЛ, Закирова АА, Исакова ЮИ. Современные аспекты феминизирующей маммопластики у пациентов с мужской формой транссексуализма. *Новости хирургии*. 2020;28(2):207–21.
48. Миланов НО, Адамян РТ, Козлов ГИ. Коррекция пола при транссексуализме. М.; 1999.
49. Pariser JJ, Kim N. Transgender vaginoplasty: techniques and outcomes. *Translational Andrology and Urology*. 2019;8(3):241.
50. Истранов АЛ, Адамян РТ, Решетов ИВ. Методы хирургической реконструкции урогенитальной области по женскому типу (вагинопластика). М.: Постер-МГУ; 2021.
51. Georgas K, Belgrano V, Andreasson M, Elander A, Selvaggi G. Bowel vaginoplasty: a systematic review. *Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery*. 2018;52(5):265–73.
52. Hontscharuk R, Alba B, Hamidian Jahromi A, Schechter L. Penile inversion vaginoplasty outcomes: Complications and satisfaction. *Andrology*. 2021;9(6):1732–43.
53. Rink RC. Genitoplasty/vaginoplasty. In *Hormonal and Genetic Basis of Sexual Differentiation Disorders and Hot Topics in Endocrinology*. In: *Proceedings of the 2nd World Conference*. Springer New York; 2011. p. 51–4.
54. Salim A, Poh M. Gender-affirming penile inversion vaginoplasty. *Clinics in Plastic Surgery*. 2018;45(3):343–50.
55. Истранов АЛ, Адамян РТ. Особенности формирования полости в малом тазу при выполнении вагинопластики у пациентов с нарушением половой самоидентификации. *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. 2017;1:93–93.
56. Watanyusakul S. Vaginoplasty modifications to improve vulvar aesthetics. *Urologic Clinics*. 2019;46(4):541–54.
57. Магомедов МП, Поддубный ИВ, Окулов АБ. Применение лапароскопии при пластике влагалища. *Материалы XX Юбилейного международного конгресса с курсом эндоскопии «Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний»*. 2007.
58. Salibian AA, Schechter LS, Kuzon WM, Bouman MB, Sluis WB, Zhao LC, et al. Vaginal canal reconstruction in penile inversion vaginoplasty with flaps, peritoneum, or skin grafts: where is the evidence? *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2021;147(4):634–43.

59. Jacoby A, Maliha S, Granieri MA, Cohen O, Dy GW, Bluebond-Langner R, et al. Robotic Davydov peritoneal flap vaginoplasty for augmentation of vaginal depth in feminizing vaginoplasty. *The Journal of Urology*. 2019;201(6):1171–6.
60. Doornaert M, Hoebeke P, Ceulemans P, T’Sjoen G, Heylens GUNTER, Monstrey S. Penile reconstruction with the radial forearm flap: an update. *Handchirurgie· Mikrochirurgie Plastische Chirurgie*. 2011;43(04):208–14.
61. Joris Hage J, Graaf FH. Addressing the ideal requirements by free flap phalloplasty: some reflections on refinements of technique. *Microsurgery*. 1993;14(9):592–8.
62. Plemons ED. Description of sex difference as prescription for sex change: On the origins of facial feminization surgery. *Social Studies of Science*. 2014;44(5):657–79.
63. Истранов АЛ, Исакова ЮИ, Мхитарян ОА, Ибрегимова МР. Современные тенденции в комплексной феминизации лица и шеи. *Голова и шея*. 2020;(1):47–54.
64. Истранов АЛ, Исакова ЮИ, Плотникова МВ, Мхитарян ОА, Ибрегимова МР. Феминизация средней и нижней трети лица. *Пластическая хирургия и эстетическая медицина*. 2020;4:66–72.
65. Чакыр Б. Эстетическая септоринопластика. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2019.
66. Morrison SD, Satterwhite T. Lower jaw recontouring in facial gender-affirming surgery. *Facial Plastic Surgery Clinics*. 2019;27(2):233–42.
67. Davies S, Goldberg JM. Clinical aspects of transgender speech feminization and masculinization. *International Journal of Transgenderism*. 2006;9(3–4):167–96.
68. Song TE, Jiang N. Transgender phonosurgery: a systematic review and meta-analysis. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*. 2017;156(5):803–8.
69. Neumann MS, Finlayson TJ, Pitts NL, Keatley J. Comprehensive HIV prevention for transgender persons. *American Journal Of Public Health*. 2017;107(2):207–12.
70. Scheim AI, Perez-Brumer AG, Bauer GR. Gender-concordant identity documents and mental health among transgender adults in the USA: a cross-sectional study. *The Lancet Public Health*. 2020 Apr 1;5(4):e196–203.
71. Tan KK, Watson RJ, Byrne JL, Veale JF. Barriers to Possessing Gender-Concordant Identity Documents are Associated with Transgender and Nonbinary People’s Mental Health in Aotearoa/New Zealand. *LGBT Health*. 2022;9(6):401–10.

72. ILGA World. Trans Legal Mapping Report 2019: Recognition before the Law. ILGA World; 2020.
73. Carroll L. Counseling sexual and gender minorities. Merrill/Pearson Education; 2010.
74. Hendricks ML, Testa RJ. A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2012;43(5):460.
75. Dewey JM. Challenges of implementing collaborative models of decision making with trans-identified patients. *Health Expectations*. 2015;18(5):1508–18.
76. Cutillas-Fernández MA, Jiménez-Barbero JA, Herrera-Giménez M, Forcén-Muñoz LA, Jiménez-Ruiz I. Attitudes and beliefs of mental health professionals towards trans people: a systematic review of the literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(15):6495.
77. Mizock L, Lundquist C. Missteps in psychotherapy with transgender clients: promoting gender sensitivity in counseling and psychological practice. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. 2016;3(2):148.
78. Freedman A. The experiences of transgender young people and their parents: Informing the work of Educational Psychologists [Doctoral dissertation]. University College London; 2019.
79. Heinz M. Communicating while transgender: Apprehension, loneliness, and willingness to communicate in a Canadian sample. *Sage Open*. 2018;8(2):2158244018777780.
80. Ellis SJ, Bailey L, McNeil J. Trans people's experiences of mental health and gender identity services: a UK study. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*. 2015;19(1):4–20.
81. Austin A, Craig SL, Alessi EJ. Affirmative cognitive behavior therapy with transgender and gender nonconforming adults. *Psychiatric Clinics*. 2017;40(1):141–56.
82. Keo-Meier CE, Ehrensaft DE. The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children. American Psychological Association; 2018. 226.
83. Puckett JA, Kimball D, Glozier WK, Wertz M, Dunn T, Lash BR, et al. Transgender and gender diverse clients' experiences in therapy: Responses to sociopolitical events and helpful and unhelpful experiences. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2023;54(4):265–74.



84. Ross KA, Law MP, Bell A. Exploring healthcare experiences of transgender individuals. *Transgender Health*. 2016;1(1):238–49.
85. Turban JL, Beckwith N, Reisner SL, Keuroghlian AS. Association between recalled exposure to gender identity conversion efforts and psychological distress and suicide attempts among transgender adults. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(1):68–76.
86. Reisner SL, Radix A, Deutsch MB. Integrated and gender-affirming transgender clinical care and research. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2016;72(Suppl 3):235.
87. Bindman J, Ngo A, Zamudio-Haas S, Sevelius J. Health care experiences of patients with nonbinary gender identities. *Transgender Health*. 2022;7(5):423–9.
88. Castro-Peraza ME, García-Acosta JM, Delgado N, Perdomo-Hernández AM, Sosa-Alvarez MI, Llabrés-Solé R, et al. Gender identity: the human right of depathologization. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(6):978.
89. Poteat T, Davis AM, Gonzalez A. Standards of Care for Transgender and Gender Diverse People. *JAMA*. 2023;329(21):1872–4.
90. Nieder TO, Eyssel J, Köhler A. Being trans without medical transition: Exploring characteristics of trans individuals from Germany not seeking gender-affirmative medical interventions. *Archives of Sexual Behavior*. 2020;49:2661–72.
91. Cavanaugh T, Hopwood R, Lambert C. Informed consent in the medical care of transgender and gender-nonconforming patients. *AMA Journal of Ethics*. 2016;18(11):1147–55.
92. Austin A, Goodman R. The impact of social connectedness and internalized transphobic stigma on self-esteem among transgender and gender non-conforming adults. *Journal of Homosexuality*. 2017;64(6):825–41.
93. Исаев ДД, Бурцев ЕА. Интернализированная трансфобия и возможности мобилизации сообществ трансгендерных и гендерно неконформных людей. Таллинн: ЕКОМ; 2021.

### **VIII. Приложение А. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций**

Бурцев Егор Александрович — клинический, социальный психолог, член Всемирной профессиональной ассоциации по здоровью трансгендерных людей (координирование проекта; концептуальный вклад; написание раздела «психотерапия»).

Венено Вероника Игоревна — врач-пластический хирург, врач-уролог, член Российского общества пластических, реконструктивных и эстетических хирургов (написание разделов «хирургические вмешательства» и «медицинская реабилитация»).

Кирей Яна — магистр общественного здоровья, член Российского общества психиатров (концептуальный вклад; выполнение систематических обзоров; написание разделов «краткая информация», «диагностика», «заместительная гормональная терапия» и «изменение гражданского пола»; вклад в раздел «хирургические вмешательства»; редактирование).

Сергеева Людмила Юрьевна — врач-эндокринолог, член Ассоциации эндокринологов Санкт-Петербурга (вклад в раздел «заместительная гормональная терапия»).

Штайнер Ева — соосновательница пациентской организации трансгендерных людей (инициирование проекта; концептуальный вклад; вклад в раздел «заместительная гормональная терапия»).

## **IX. Приложение Б. Шкалы оценки**

### **Б1. Шкала конгруэнтности для трансгендерных людей.**

Пожалуйста, укажите ответы, которые наилучшим образом описывают ваш опыт в течение последних 2 недели.

1. Мой внешний вид отражает мою гендерную идентичность.
2. Я ощущаю соответствие между моей гендерной идентичностью и моим телом.
3. Физические характеристики моего тела адекватно отражают мою гендерную идентичность.
4. Меня в целом устраивает, как окружающие воспринимают мою гендерную идентичность, когда смотрят на меня.
5. Моё физическое тело отражает мою гендерную идентичность.
6. То, как моё тело сейчас выглядит, не отражает мою гендерную идентичность\*.
7. Меня устраивает то, как моя внешность отражает мою гендерную идентичность.
8. Я не считаю, что моя внешность отражает мою гендерную идентичность\*.
9. Я чувствую, что мой разум и тело соответствуют друг другу.
10. Я не горжусь своей гендерной идентичностью\*.
11. Я рад/а, что имею гендерную идентичность, которая у меня есть.
12. Я принял/а свою гендерную идентичность.

Ответы: 1 (полностью не согласна/ен); 2 (слегка не согласна/ен); 3 (ни согласна/ен, ни не согласна/ен); 4 (слегка согласна/ен); 5 (полностью согласна/ен).

Примечание: \*обратная шкала.

Подшкалы: соответствие внешности (1—9); принятие гендерной идентичности (10—12).

### **Б2. Клиническая регистрация ТСЗ.**

1. В последние 2 недели насколько комфортно вам было представляться на публике в соответствии с вашей гендерной идентичностью? а
2. В последние 2 недели насколько вы были обеспокоены тем, что окружающие думали о вашей гендерной репрезентации? б
3. В последние 2 недели насколько вы были обеспокоены тем, что не воспринимаетесь на публике в соответствии с вашей гендерной идентичностью (независимо от того, желаете ли вы соответствовать определённой социальной категории)? в
4. Как часто вы избегали использования гендерированных общественных туалетов? с
5. Как часто вы чувствовали, что знаете, как продемонстрировать свою гендерную идентичность? с
6. Насколько вы были обеспокоены на тему соответствия гендерированным общественным ожиданиям? в
7. Независимо от того, сталкивались ли вы со стигматизацией или дискриминацией, насколько вы были уверены, что способны справиться с этим? d
8. Если говорить о вашей гендерной идентичности, насколько вас устраивает ваш голос? а
9. В последние 2 недели насколько вас устраивали ваши гениталии? а
10. В последние 2 недели насколько вас устраивали ваши вторичные половые характеристики (например, волосы на лице, грудь)? а
11. В последние 2 недели как часто вы ощущали, что принимаетесь в обществе как трансгендерный или гендерно неконформный человек? с
12. Как часто вы чувствовали, что ведёте две разные жизни? с
13. Насколько вы удовлетворены поддержкой, которую вы получили в связи с трансгендерностью или гендерной неконформностью со стороны ваших друзей? е

14. Насколько вы удовлетворены поддержкой, которую вы получили в связи с трансгендерностью или гендерной неконформностью со стороны вашей семьи? e

15. Насколько вы удовлетворены поддержкой, которую вы получили в связи с трансгендерностью или гендерной неконформностью на работе или учёбе? e

16. В настоящий момент сколько значимых для вас людей знают о вашей гендерной идентичности? f

17. В настоящий момент насколько, по вашему ощущению, вы близки к вашему идеальному самовыражению? g

18. В настоящий момент насколько вы ощущаете в себе способность справляться с любыми стрессовыми ситуациями, которые могут возникнуть в связи с вашей гендерной идентичностью? h

Ответы от 1 до 5: a = «Совсем не комфортно / не устраивает» до «Полностью комфортно / устраивает»; b = «Совсем не беспокоит» до «Чрезвычайно беспокоит»; c = «Никогда» до «Всегда»; d = «Совсем не уверен/а» до «Полностью уверен/а»; e = «Совсем не удовлетворен/а» до «Полностью удовлетворен/а»; f = «Нет» до «Все»; g = «Очень далеко» до «Очень близко»; h = «Совсем не способна/ен» до «Полностью способна/ен».

### **Б3. Шкала гендерного соответствия и удовлетворённости жизнью.**

Ниже вы найдёте ряд утверждения о том, что вы ощущаете в отношении своего гендера, ментального благополучия и удовлетворённости жизнью. Пожалуйста, ответьте на каждое утверждение, вспомнив, насколько часто вы чувствовали это в последние 6 месяцев.

Пожалуйста, отметьте напротив каждого утверждения: никогда, редко, иногда, часто, всегда.

Имейте в виду, что когда мы говорим о «гендерной идентичности», это означает внутреннее ощущение себя в качестве мужчины, женщины или иного гендера.

В последние 6 месяцев из-за дистресса, связанного с моим гендером (то есть дистрессом, вызванным несоответствием между гендером, который мне приписан при рождении, и моей гендерной идентичностью):

1. Я избегал/а социальных ситуаций и/или социального взаимодействия.
2. Я не ходил/а в школу/университет или на работу.
3. Я не мог/ла иметь эмоциональных отношений с другими людьми.
4. Я страдал/а от тревожности.
5. Я не мог/ла иметь физическую близость с другими людьми.
6. Я не мог/ла выйти из дома.
7. Я не мог/ла завести друзей.
8. Я думал/а о том, чтобы порезать или повредить мою грудь, гениталии и/или окружающие части тела.
9. Я чувствовал/а, что жизнь бессмысленна.
10. Я не мог/ла наслаждаться жизнью.
11. Я не участвовал/а в развлечениях.
12. Я страдал/а от плохого настроения.
13. Я думал/а о нанесении себе повреждений или самоубийстве.

В последние 6 месяцев:

14. Я ощущал/а дистресс при прикосновении к своим гениталиям, поскольку они не отвечают моей гендерной идентичности.
15. Меня настолько беспокоила моя грудь, что я не мог/а вести полноценную жизнь.
16. Мне было комфортно от того, как окружающие воспринимают мой гендер.
17. Я ощущал/а, что волосы на моём теле идут вразрез с моей гендерной идентичностью, либо потому что они есть и я этого не хочу, либо мне хотелось бы иметь их.
18. Я ощущал/а, что моя грудь не соответствует моей гендерной идентичности.
19. Я ощущал/а дистресс в связи с тем, что окружающие обращаются ко мне не в соответствии с моей гендерной идентичностью.

20. Я был/а удовлетворен/а местоимениями/грамматическим родом, который окружающие использовали при разговоре обо мне.
21. Я ощущал/а печаль из-за своих гениталий, поскольку они не отвечают моей гендерной идентичности.
22. Мне было комфортно, как окружающие воспринимали мой гендер на основе моего внешнего вида.
23. Я ощущал/а, что мой голос влияет на то, как окружающие воспринимают мою гендерную идентичность, и это вызывало дистресс.
24. Я ощущал/а, что волосы на моём лице идут вразрез с моей гендерной идентичностью, либо потому что они есть и я их не хочу, либо мне хотелось бы иметь их.
25. Я ощущал/а, что мои гениталии соответствуют моей гендерной идентичности.
26. Я ощущал/а, что генитальная операция разрешит дискомфорт, который я ощущаю в связи с моим гендером.
- Отметьте здесь, если вы уже прошли генитальную операцию (кроме случаев, когда вам требуется дополнительная операция).
27. Я не мог/ла вести полноценную жизнь из-за дистресса, вызванного моими гениталиями.
28. Я ощущал/а сильный дистресс, глядя на свою грудь.
29. Я ощущал/а сильный дистресс, глядя на свои гениталии.
30. Я был/а удовлетворен/а своей грудью.
- Далее мы бы хотели узнать, насколько вы были удовлетворены своей жизнью в последние 6 месяцев:
31. Я был/а удовлетворен/а в школе/ на учёбе/работе.
32. Я был/а удовлетворен/а своими эмоциональными отношениями.
33. Я был/а удовлетворен/а своей сексуальной жизнью.
34. Я был/а удовлетворен/а своими развлечениями и хобби.
35. Я не был/а удовлетворен/а своими друзьями.
36. Я был/а удовлетворен/а поддержкой со стороны важных для меня людей.

37. Я не был/а удовлетворен/а своим здоровьем.

38. Я был/а удовлетворен/а жизнью в целом.

Инструкции по оценке

Ответы оценивают по 5-балльной шкале (всегда = 1; никогда = 5). Вопросы, отмеченные звёздочкой, оценивают по обратной шкале (всегда = 5; никогда = 1). Более высокая оценка указывает на позитивный исход (более высокое гендерное соответствие, ментальное благополучие, связанное с гендером, общая удовлетворённость жизнью).

В вопросе 26, если участвующие указали (отметкой в квадрате), что они уже прошли генитальную операцию, отметить ответ как отсутствующие данные. Если они не поставили отметку в квадрате, оценивать ответ, как и другие ответы (всегда = 1; никогда = 5).

Для вычисления общей оценки и оценок по подшкалам, вычислите среднее.

Общая оценка состоит из ответов на все 38 вопросов.

Подшкалы:

- 1) гениталии: 14, 21, 25\*, 26, 27 и 29 (6 вопросов);
- 2) грудь: 15, 18, 28 и 30 (4 вопроса);
- 3) другие вторичные половые характеристики: 17, 23 и 24 (3 вопроса);
- 4) признание гендерной роли обществом: 16\*, 19, 20\* и 22 (4 вопроса);
- 5) физическая и эмоциональная близость: 3, 5, 32\* и 33\* (4 вопроса);
- 6) психологическое функционирование: 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12 и 13 (10 вопросов);
- 7) удовлетворённость жизнью: 10, 31\*, 34\*, 35, 36\*, 37 и 38\* (7 вопросов).

Также подшкалы могут быть сгруппированы в два кластера. Кластер 1, гендерное соответствие, состоит из подшкал 1—4, а кластер 2, ментальное благополучие, связанное с гендером, и удовлетворённость жизнью, — из подшкал 5—7. Для получения оценок для кластеров посчитайте среднее:

— кластер 1 (гендерное соответствие): 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20\*, 21, 22\*, 23, 24, 25\*, 26, 27, 28, 29, 30\*;



— кластер 2 (ментальное благополучие, связанное с гендером, и удовлетворённость жизнью): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 31\*, 32\*, 33\*, 34\*, 35, 36\*, 37, 38\*.

#### **Б4. Утрехтская шкала гендерной дисфории в варианте «гендерный спектр».**

1. Я предпочитаю вести себя в соответствии с гендером, с которым я себя идентифицирую. GA
2. Каждый раз, когда кто-либо обращается со мной как с человеком приписанного мне пола, я испытываю боль.
3. Мне нравится жить в качестве человека того гендера, с которым я себя идентифицирую. GA
4. Я всегда хочу, чтобы со мной обращались как с человеком того гендера, с которым я себя идентифицирую. GA
5. Жизнь в качестве человека того гендера, с которым я себя идентифицирую, более привлекательна для меня, чем жизнь в качестве человека приписанного мне пола. GA
6. Мне не нравится, что мне приходится вести себя как человеку приписанного мне пола.
7. Мне некомфортно проявлять сексуальность в качестве человека приписанного мне пола.
8. Пубертат ощущался мной как предательство.
9. Физическое половое развитие было сопряжено со стрессом.
10. Мне бы хотелось родиться человеком того гендера, с которым я себя идентифицирую.
11. Телесные функции, характерные для приписанного мне пола, вызывают во мне дистресс (например, эрекции, менструации).
12. Моя жизнь станет бессмысленной, если я буду вынужден/а жить как человек приписанного мне пола.

13. Я чувствую себя безнадежно, если мне придется остаться человеком приписанного мне пола.

14. Мне неприятно, когда меня называют не в том роде.

15. Мне неприятно иметь физические особенности, характерные для людей приписанного мне пола.

16. Я ненавижу пол, приписанный мне при рождении.

17. Мне некомфортно вести себя в качестве человека приписанного мне пола.

18. Лучше не жить вовсе, чем жить как человек приписанного мне пола.

Примечание: GA означает подшкалу гендерной аффирмации, остальные вопросы относятся к подшкале дисфории.