



# Стандарты медицинской помощи

трансгендерным  
и гендерно отличным людям

8-я версия

**WPATH**  
WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH

УДК 616.89-008.442+616.43+615.357

ББК 54.15+57.01+57.05

**Стандарты медицинской помощи трансгендерным  
и гендерно отличным людям. 8-я версия / ред. И. Грин. —  
Публикация T-Action, 2024.**

**Standards of Care for the Health of Transgender  
and Gender Diverse People, Version 8**

© World Professional Association for Transgender Health, 2022

<https://www.wpath.org/soc8>

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26895269.2022.2100644>

**Перевод:** Bad Samaritan  
**Редактура:** Инга Грин  
**Корректурa:** Марк Кантуров  
**Дизайн и вёрстка:** umba

## АННОТАЦИЯ

**Справка.** Охрана здоровья трансгендерных людей представляет собой быстро развивающуюся междисциплинарную область. За последнее десятилетие количество трансгендерных и гендерно отличных (ТГО) людей, обращающихся за поддержкой и гендерно-аффирмативными медицинскими вмешательствами, равно как и количество научных исследований по этому предмету, беспрецедентно возросло. Всемирная профессиональная ассоциация по здоровью трансгендерных людей (The World Professional Association for Transgender Health, WPATH) представляет собой международную междисциплинарную профессиональную ассоциацию, чьей миссией является продвижение и распространение научно обоснованного подхода к оказанию медицинской помощи, просвещению, исследовательской работе, государственной политике, а также уважения во всём, что касается здоровья трансгендерных людей. Одной из основных функций WPATH является установление высочайшего стандарта оказания медицинских услуг ТГО-людям путём публикации «Стандартов помощи» (Standards of Care, SOC). Первые «Стандарты помощи» были изданы в 1979 году, последняя (седьмая) версия вышла в 2012 году. Учитывая растущую научную базу, WPATH приняла решение выпустить новую (восьмую) версию «Стандартов помощи» (SOC-8).

**Цель.** Основной целью SOC-8 является предоставление медицинским специалистам клинических рекомендаций по оказанию ТГО-людям помощи в том, что касается достижения устойчивой гармонии в своём гендерном самовыражении, с целью оптимизации общего физического здоровья, психологического благополучия и самореализации.

**Методы.** SOC-8 базируются на последних научных исследованиях и мнении профессионального сообщества экспертов в области охраны здоровья трансгендерных людей. В состав комитета по разработке SOC-8 вошли профессионалы и заинтересованные лица международного уровня. Рекомендации были сформулированы на основе данных, полученных из независимых систематических обзоров публикаций, а также, при их наличии, справочных обзоров и мнения экспертов. Оценка силы рекомендаций основана на имеющихся данных в пользу проведения тех или иных вмешательств, обсуждении рисков и негативных последствий, а также их реализуемости и приемлемости в различных условиях и частях мира.

**Результаты.** SOC-8 включает в себя 18 глав. Они содержат рекомендации для медицинских специалистов, оказывающих помощь ТГО-людям. Каждая рекомендация сопровождается объяснительным текстом со ссылками на источники. Информация общего характера, имеющая отношение к здоровью трансгендерных людей, содержится в главах «Терминология», «Глобальная применимость», «Демография» и «Образование». В число глав, посвящённых различным группам ТГО-людей, входят «Обследование взрослых», «Подростки», «Дети», «Небинарные люди», «Евнухи», «Интерсекс люди», а также глава о людях, проживающих в различных учреждениях. Главы, посвящённые гендерно-аффирмативным вмешательствам, — «Гормональная терапия», «Хирургические вмешательства и послеоперационный уход», «Голос и навыки коммуникации», «Первичная медико-санитарная помощь», «Репродуктивное здоровье», «Сексуальное здоровье» и «Психическое здоровье».

**Заключение.** Рекомендации, содержащиеся в SOC-8, могут быть адаптированы для удовлетворения различных медицинских потребностей ТГО-людей вне зависимости от места их проживания. Несмотря на свою гибкость, рекомендации предлагают консенсусный и основанный на последних научных данных стандарт планирования и оказания качественной медицинской помощи людям, ощущающим гендерное несоответствие. Как и в предыдущих версиях «Стандартов помощи», критерии для назначения гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств, предложенные в этой публикации, представляют собой клинические рекомендации; они могут быть модифицированы отдельными специалистами или в рамках отдельных программ в сотрудничестве с трансгендерными и гендерно отличными пациентами.

### **Ключевые слова**

*Подростки; обследование; дети; навыки коммуникации; образование; эндокринология; евнухи; гендерно отличные; медицинские специалисты; содержание в учреждениях; интерсекс; психическое здоровье; небинарные; демография; послеоперационный уход; первичная медико-санитарная помощь; репродуктивное здоровье; сексуальное здоровье; 8-я версия «Стандартов помощи»; SOC-8; хирургические вмешательства; терминология; трансгендерные; голос.*

## СОДЕРЖАНИЕ

Аннотация.....	3
Предисловие научного редактора русского издания .....	7
Введение .....	9
Глава 1. Терминология.....	24
Глава 2. Глобальная применимость.....	32
Глава 3. Демография.....	51
Глава 4. Образование .....	61
Глава 5. Обследование взрослых .....	70
Глава 6. Подростки.....	100
Глава 7. Дети.....	161
Глава 8. Небинарные люди .....	192
Глава 9. Евнухи .....	212
Глава 10. Люди с интерсекс-вариациями .....	224
Глава 11. Учреждения.....	251
Глава 12. Гормональная терапия .....	265
Глава 13. Хирургические вмешательства и послеоперационный уход.....	305
Глава 14. Голос и коммуникация.....	326
Глава 15. Первичная медико-санитарная помощь.....	340
Глава 16. Репродуктивное здоровье .....	372
Глава 17. Сексуальное здоровье .....	389
Глава 18. Психическое здоровье .....	407

Приложение А. Методология.....	423
Приложение Б. Глоссарий .....	438
Приложение В. Гендерно-аффирмативная гормональная терапия .....	443
Приложение Г. Сводка критериев для назначения гормональных и хирургических медицинских вмешательств взрослым и подросткам.....	450
Приложение Д. Гендерно-аффирмативные хирургические вмешательства .....	455

## ПРЕДИСЛОВИЕ НАУЧНОГО РЕДАКТОРА РУССКОГО ИЗДАНИЯ

8-е издание «Стандартов помощи трансгендерным и гендерно отличным (ТГО) людям» представляет собой значительный шаг вперёд по сравнению с предыдущими версиями. Изменения, внесённые в этой версии, объясняются фундаментальными отличиями в методологии, значительными культурными сдвигами, накопленным клиническим опытом, а также пониманием важности различных проблем медицинского характера, с которыми могут сталкиваться ТГО-люди, помимо гормональной терапии и хирургических вмешательств. Добавлено множество глав, среди которых «Терминология», «Образование», «Обследование взрослых», «Евнухи» и пр. Выделено в отдельную главу медицинское сопровождение подростков с гендерным несоответствием.

Ключевыми словами 8-й версии «Стандартов помощи» можно назвать следующие: *видимость, инклюзия, культурная компетентность*.

**Видимость** выражается в стремлении включить в зонтичный термин «ТГО-люди» те группы, которые раньше не попадали в поле зрения медицинских специалистов: людей, идентифицирующих себя как евнухов; подростков, совершающих обратный переход; ТГО-людей в учреждениях закрытого типа (речь идёт не только о пенитенциарных учреждениях, но и о домах престарелых и психоневрологических клиниках); людей, употребляющих наркотические вещества, и пр. Значительно повышена видимость потребностей в гендерно-аффирмативной помощи у небинарных людей — в том числе речь идёт о возможности осуществлять медицинские вмешательства без социального перехода. Эта опция в SOC-8 уже не относится к «особым запросам», а становится одной из множества возможных, которые медицинский специалист обсуждает совместно с человеком, обратившимся за помощью. Принцип видимости реализуется так, чтобы все ТГО-люди, независимо от контекста их жизни, имели доступ к качественной и компетентной медицинской помощи.

**Инклюзия** реализуется как внимание к нейроотличным ТГО-людям; в том числе среди рекомендаций для медицинских специалистов, работающих с подростками, есть предложение иметь обучение

и опыт в области расстройств аутистического спектра (РАС) и прочих особенностей развития нервной системы или же сотрудничать со специалистами в области нарушений развития при работе с аутичными/нейроотличными подростками с проявлениями гендерного разнообразия. Сама видимость того, что ТГО-люди могут испытывать гендерное несоответствие и при этом иметь психические расстройства, расстройства аутистического спектра или иные формы нейроотличия, позволяет преодолевать так называемое «диагностическое затемнение», не позволяющее за проявлениями РАС распознать признаки гендерного несоответствия и оказать человеку соответствующую помощь.

**Культурная компетентность** подсвечивает разнообразнейший жизненный контекст, в котором могут находиться трансгендерные и гендерно отличные люди, и 8-я версия «Стандартов помощи» призывает учитывать и уважать многогранность идентичностей и опыта людей, обращающихся за помощью. Среди различных аспектов опыта и идентичности отмечаются расовая и этническая принадлежность, иммигрантский/беженский статус, религиозные верования, географические и социально-экономические факторы. 8-е «Стандарты помощи» обращают внимание на необходимость проявлять деликатность и уважение к культурному контексту в ходе клинического взаимодействия между медицинским специалистом и человеком, обратившимся за помощью. За помощь в переводе терминов, касающихся культурной компетентности врачей, выражаем огромную благодарность Анне Серкиной, специалисту в области современной коммуникации в медицине.

В целом «Стандарты помощи» 8-й версии отличаются ориентацией на благополучие ТГО-людей в самом широком его понимании. Медицинские специалисты выступают не только как носители экспертного знания, но и как источники поддержки и для своих пациентов и пациенток, и для членов их семей и близких, педагогов, коллег, членов сообществ, окружающих ТГО-людей. В этом смысле любое сопровождение ТГО-пациентов становится «политикой с маленькой буквы „п“» — гуманистическим актом, защищающим общечеловеческие ценности и предлагающим равные возможности всем, независимо от их гендерной идентичности.

*Инга Грин, психолог, специалистка в области  
гендера и сексуальности, член WPATH (2021–2022 гг.)*

# ВВЕДЕНИЕ

## *Цель и применение «Стандартов помощи»*

Основной целью 8-й версии «Стандартов помощи» (SOC-8), разработанных Всемирной профессиональной ассоциацией по здоровью трансгендерных людей (World Professional Association for Transgender Health, WPATH), является предоставление клинических рекомендаций медицинским специалистам, оказывающим помощь трансгендерным и гендерно отличным (ТГО) людям в том, что касается поиска безопасных и эффективных путей к достижению устойчивой гармонии с собой в гендерном отношении, для оптимизации общего физического здоровья и психологического благополучия и самореализации пациентов. Подобная помощь может включать в себя, помимо прочего, гормональную терапию, хирургические вмешательства, тренировку голоса и навыков коммуникации, первичную медико-санитарную помощь, удаление волос, помощь в области репродуктивного, сексуального и психического здоровья. Системы здравоохранения должны предоставлять ТГО-людям гендерно-аффирмативные вмешательства, являющиеся медицински необходимыми, см. главу 2 «Глобальная применимость», утверждение 2.1.

WPATH представляет собой международную междисциплинарную профессиональную ассоциацию, чьей миссией является продвижение и распространение научно обоснованного подхода к оказанию медицинской помощи, просвещению, исследовательской работе, государственной политике, а также уважения во всём, что касается здоровья трансгендерных людей. Ряды этой организации, основанной в 1979 году, на сегодняшний день насчитывают более 3000 специалистов в области здравоохранения, общественных наук и юриспруденции, ведущих клиническую практику, занимающихся исследовательской, просветительской деятельностью и адвокацией, направленными на благополучие ТГО-людей. WPATH создаёт мир, в котором люди с любой гендерной идентичностью и экспрессией имеют доступ к доказательной медицине, социальному обслуживанию, правосудию и равноправию.

В качестве одной из своих основных функций WPATH занимается поддержанием высочайшего стандарта оказания медицинских услуг путём разработки стандартов медицинской помощи (SOC) ТГО-

людям. SOC-8 основаны на новейших научных данных и мнении профессионального сообщества экспертов. Первая версия «Стандартов помощи» вышла в 1979 году, предыдущая (SOC-7) была опубликована в 2012 году.

Основная масса исследований и опыта в этой области произведена и получена на североамериканской и западноевропейской выборках; таким образом, SOC-8 нуждаются в адаптации для применения в прочих частях мира. В этой версии «Стандартов» затрагиваются также соображения касательно культурных различий и компетентности в обращении с ними.

WPATH признаёт реальность того, что здоровье людей зависит не только от качества оказываемых медицинских услуг, но также определяется социальным и политическим климатом, влияющим на толерантность к различным группам населения, равноправие и полную реализацию гражданских прав. Осуществление государственной политики и проведение законодательных реформ, направленных на укрепление толерантности и равенства в том, что касается гендерного разнообразия, а также на искоренение предрассудков, дискриминации и стигмы, способствует укреплению здоровья. WPATH прилагает усилия для достижения подобных политических и законодательных изменений. Таким образом, WPATH призывает медицинских специалистов, работающих с ТГО-людьми, присоединиться к усилиям по обеспечению этим пациентам доступа к безопасной и легальной гендерно-аффирмативной медицинской помощи, в то же время уважая их право на самоопределение.

Несмотря на то что эта публикация предназначена главным образом для медицинских специалистов, сами пациенты, их близкие, а также сотрудники социальных учреждений могут использовать SOC-8 для понимания того, какой вклад они могут внести в благополучие ТГО-людей.

SOC-8 включают в себя 18 глав, содержащих рекомендации для медицинских специалистов, работающих с ТГО-людьми. Каждая рекомендация сопровождается объяснительным текстом со ссылками на источники. Рекомендации касательно назначения гендерно-аффирмативных медикаментозных и хирургических вмешательств (ГАМХВ) взрослым и подросткам содержатся в соответствующих главах (см. главы «Обследование взрослых» и «Подростки»). Сводка рекомендаций и критериев назначения ГАМХВ представлена в приложении Г.

## *Группы населения, включённые в SOC-8*

В этой публикации мы используем термин «трансгендерные и гендерно отличные (люди)» (ТГО) в самом широком смысле применительно к представителям разнообразных сообществ, существующих в различных странах и включающих в себя людей, чьи гендерная идентичность или экспрессия отличаются от гендерной принадлежности, ассоциированной в обществе с полом, приписанным этим людям при рождении. Это определение включает в себя людей, чьи опыт, идентичность или экспрессия имеют культурные и/или лингвистические особенности, характерные для отдельных местностей, которые при этом не обязательно совпадают с пониманием гендера и соответствующей терминологией, привычными для западной культуры.

В рамках SOC-8 WPATH расширяет список людей, включаемых в определение «трансгендерных и гендерно отличных», а также список условий, в которых эти рекомендации могут применяться для укрепления равноправия и защиты прав человека.

В глобальном контексте сообщество ТГО-людей охватывает широкий спектр гендерных идентичностей и экспрессий с различными потребностями в том, что касается гендерно-аффирмативной медицинской помощи на протяжении жизни (в зависимости от личных целей и особенностей), доступных медицинских ресурсов, а также социокультурного и политического контекста. Отсутствие стандартов помощи для отдельных групп населения может приводить к широкому разнообразию терапевтических подходов, в число которых могут попадать неэффективные или даже вредоносные. SOC-8 включает рекомендации по поддержанию здоровья и благополучия различных групп гендерно отличных людей, которые часто оказывались неучтёнными и/или маргинализированными, в том числе небинарных людей, евнухов и людей с интерсекс-вариациями.

SOC-8 по-прежнему предлагает рекомендации по оказанию помощи ТГО-подросткам, включая, при наличии показаний, использование препаратов, подавляющих половое созревание, и, при наличии показаний, гендерно-аффирмативную гормональную терапию.

Во всём мире ТГО-люди регулярно сталкиваются с трансфобией, стигматизацией, невежеством и отказом в праве на медицинскую помощь, что приводит к значительному разрыву в показателях

состояния здоровья. ТГО-пациентам часто приходится обучать своих врачей тому, как правильно оказывать им помощь, по причине нехватки знаний и подготовки у последних. Пересекающиеся формы дискриминации, социальная маргинализация и преступления на почве ненависти приводят к развитию у ТГО-людей стресса меньшинств. Стресс меньшинств ассоциирован со сниженными показателями психического здоровья, что выражается в повышенном уровне депрессии, суицидальности и самоповреждения по сравнению с теми же показателями у цисгендерного населения. Специалистам любой направленности следует учитывать особую уязвимость многих ТГО-людей. WPATH призывает руководителей медицинских учреждений, политиков и врачебные сообщества к осуждению трансфобии и борьбе с ней в медицинской среде, а также к тому, чтобы только опытные и дружелюбно настроенные специалисты занимались оказанием гендерно-аффирмативной помощи ТГО-людям.

### ***Гибкость «Стандартов помощи»***

Медицинские потребности ТГО-людей, в зависимости от того, в какой части света они проживают, могут различаться, и рекомендации, содержащиеся в SOC-8, предлагается адаптировать в соответствии с региональными, культурными и социальными различиями. Несмотря на свою гибкость, «Стандарты» предлагают консенсусную и основанную на последних научных данных модель планирования и оказания качественной медицинской помощи людям, ощущающим гендерное несоответствие. Как и в предыдущих версиях «Стандартов помощи», критерии для назначения гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств, предложенные в этой публикации, представляют собой клинические рекомендации; они могут быть модифицированы отдельными специалистами или в рамках отдельных программ в сотрудничестве с ТГО-пациентами. Клинические отступления от рекомендаций, изложенных в «Стандартах», могут быть мотивированы анатомическими, социальными или психологическими особенностями пациента; особенностями подхода опытного медицинского специалиста к той или иной привычной клинической ситуации; протоколом исследования; недостатком ресурсов в той или иной части мира; необходимостью в особой стратегии для избежания или уменьшения вреда. Подобные отступления должны быть

признаны как таковые, объяснены пациенту и отражены в документации для отслеживания качества оказываемой помощи, а также для обеспечения юридической защиты. Документирование подобной информации также ценно с точки зрения накопления новых научных данных, которые впоследствии могут быть изучены, что позволяет медицине — «Стандартам помощи» в том числе — развиваться дальше.

В SOC-8 поддерживается роль информированного принятия решений и ценность подхода, направленного на снижение вреда. Кроме этого, в данной версии «Стандартов помощи» признаются и поддерживаются различные формы гендерной экспрессии, которые не обязательно требуют психологической или гормональной терапии, а также хирургических вмешательств. Медицинские специалисты могут использовать «Стандарты» с целью информирования пациентов обо всех доступных медицинских услугах, ориентируясь на то, какие медицинские вмешательства требуются для реализации их гендерной экспрессии.

### ***Диагностика в контексте разнообразия***

Стремление к выражению гендерных характеристик, включая гендерные идентичности, стереотипно не ассоциирующиеся с полом, приписанным человеку при рождении, представляет собой обыденное явление в человеческом обществе, которое при этом отличается значительным культурным разнообразием, и его не следует рассматривать как нечто негативное или патологическое само по себе. К сожалению, гендерная неконформность и разнообразие гендерных идентичностей и способов их выражения стигматизируются во многих обществах по всему миру. Подобная стигматизация ведёт к появлению предрассудков и дискриминации, что вызывает так называемый стресс меньшинств. Стресс меньшинств представляет собой специфический вид стресса (присутствующий помимо прочих стрессовых факторов, воздействующих на население в целом); он имеет социальную природу, носит хронический характер и может провоцировать повышенную предрасположенность к развитию психических проблем, таких как тревожность и депрессия, у ТГО-людей. Помимо предрассудков и дискриминации, распространённых в обществе в целом, стигматизация также может приводить к насилию,

пренебрежению нуждами и отвержению в отношениях между отдельными людьми, что, в свою очередь, может вызывать психологический дистресс. Однако эта симптоматика имеет социальные причины и не присуща ТГО-людям как таковым.

Несмотря на то что гендерная дисфория по-прежнему входит в список психических заболеваний согласно «Диагностическому и статистическому руководству по психическим расстройствам» (DSM-5-TR), изданному Американской психиатрической ассоциацией, гендерное несоответствие, по мнению мирового врачебного сообщества, более не считается патологией или психическим заболеванием. В 11-й версии «Международной классификации болезней» (МКБ-11), выпущенной Всемирной организацией здравоохранения, гендерное несоответствие признаётся как состояние. Учитывая стигматизацию в прошлом и настоящем, ТГО-люди могут испытывать дистресс или дисфорию, которые могут быть облегчены посредством различных гендерно-аффирмативных процедур. Несмотря на то что терминология находится в процессе постоянного пересмотра и различные медицинские организации и органы управления могут вводить новые термины и классификации, медицинская необходимость помощи для многих людей, испытывающих несоответствие между своей гендерной идентичностью и полом, приписанным им при рождении, чётко признаётся.

Не во всех обществах, странах и системах здравоохранения требуется диагноз для получения медицинской помощи. Однако в некоторых странах постановка диагноза может облегчать доступ к медицински необходимой помощи, а также направлять дальнейшие поиски более эффективных методов терапии.

### ***Медицинские услуги***

Цель гендерно-аффирмативной помощи состоит в том, чтобы в сотрудничестве с ТГО-пациентами выработать комплексный подход к социальным, психическим и медицинским потребностям и обеспечению благополучия последних с позиции поддержки и уважения их гендерной идентичности. Гендерно-аффирмативная помощь сопровождает ТГО-людей на протяжении всей жизни — с самых первых признаков гендерного несоответствия в детстве, в подростковый период, во взрослом и, наконец, в пожилом

возрасте, — а также требуется людям, испытывающим сомнения и неуверенность в отношении собственной гендерной идентичности, как до, так и после совершения трансгендерного перехода.

Медицинская помощь трансгендерным людям представляет собой нечто большее, чем набор вмешательств, она предполагает комплексное междисциплинарное взаимодействие в таких направлениях, как эндокринология, хирургия, тренировка голоса и навыков коммуникации, первичная медико-санитарная помощь, охрана репродуктивного, сексуального и психического здоровья, сопровождающее медицинский трансгендерный переход, а также обеспечивающее профилактику и лечение хронических заболеваний. В список гендерно-аффирмативных вмешательств входят, помимо прочих, терапия по подавлению полового созревания, гормональная терапия и гендерно-аффирмативные хирургические вмешательства. Следует подчеркнуть, что не существует универсального подхода, и отдельным ТГО-людям могут потребоваться все, некоторые или же никакие из доступных вмешательств для достижения гармонии с собой в гендерном отношении. Эти рекомендации призывают к использованию ориентированной на пациента модели оказания медицинской помощи, в рамках которой значительная часть инициативы при выборе и начале гендерно-аффирмативных процедур предоставлена самому пациенту, при этом для повышения доступности медицинской помощи многие ранее опубликованные рекомендации были пересмотрены.

В идеале в процессе оказания помощи медицинские организации должны обмениваться данными и координироваться между собой для достижения наилучшего результата и оптимизации сроков проведения гендерно-аффирмативных вмешательств, при этом в фокусе внимания должны находиться потребности и пожелания пациента, а также снижение вреда. В условиях достаточного количества ресурсов междисциплинарные консультации и сотрудничество, как правило, являются рутинной практикой, но во многих частях мира специализированные условия для оказания медицинской помощи трансгендерным пациентам отсутствуют. В подобных случаях при наличии возможности настоятельно рекомендуется, чтобы отдельные медицинские организации взаимодействовали между собой для упрощения доступа трансгендерных людей к помощи, недоступной по месту их проживания.

По всему миру члены семьи или религиозные организации иногда принуждают ТГО-людей к прохождению конверсионной терапии. WPATH настоятельно рекомендует не допускать применения конверсионной терапии (см. рекомендации 6.5 и 18.10).

### ***Организация медицинского обслуживания***

Рекомендации, предлагаемые в рамках SOC-8, основаны на фундаментальных правах ТГО-людей, которые должны соблюдаться любыми организациями, предоставляющими медицинскую помощь, вне зависимости от социальных или медицинских обстоятельств жизни пациента. Таким образом, в них входит рекомендация о применении «Стандартов помощи» в том числе и к ТГО-людям, находящимся в тюрьмах и иных учреждениях.

В силу отсутствия компетентных специалистов, длительных сроков ожидания, высокой стоимости и/или негативного опыта стигматизации в сфере здравоохранения в прошлом многие ТГО-люди принимают гормональные препараты без назначения врача. Эта практика несёт риск для здоровья, связанный с приёмом препаратов без врачебного наблюдения, превышением дозировок, а также заражением инфекциями, передающимися через кровь, при использовании общих игл для инъекций. Тем не менее для многих людей это единственный способ пройти необходимую для них процедуру, которая иначе была бы им недоступна. Приём гормональных препаратов без назначения необходимо рассматривать с позиции уменьшения вреда для пациентов; последних следует направлять к специалистам, которые смогут предоставить им условия для получения безопасной гормональной терапии под врачебным контролем.

В некоторых странах признание прав ТГО-людей растёт, появляются специализированные клиники, предоставляющие гендерно-аффирмативную медицинскую помощь, отвечающую самым современным требованиям. Однако во многих странах подобных клиник не существует, подходящие условия, специалисты и ресурсы для оказания помощи отсутствуют или их недостаточно. Тем не менее предлагаются альтернативные модели оказания медицинских услуг, создаются инициативы по оказанию гендерно-аффирмативной медицинской помощи на базе учреждений первичной медико-санитарной помощи, а также по созданию удалённого доступа к помощи

специалистов. Вне зависимости от способа получения медицинских услуг принципы оказания гендерно-аффирмативной помощи, изложенные в SOC-8, следует адаптировать с учётом местных социокультурных, политических и медицинских условий.

## ***Методология***

Эта (8-я) версия «Стандартов помощи» (SOC-8) основана на более строгом и научно обоснованном с методологической точки зрения подходе по сравнению с предыдущими версиями. Её доказательную базу составляют научные публикации (с прямыми и косвенными данными), а также мнение профессионального сообщества экспертов. Доказательные руководства содержат рекомендации, направленные на оптимизацию процесса оказания медицинской помощи, сформулированные в результате подробного анализа данных, оценки пользы и вреда, а также ценностей и предпочтений как специалистов, так и пациентов, и, наконец, использования ресурсов и реализуемости.

Несмотря на то что анализ научных данных является адекватной базой для создания надёжных клинических рекомендаций, при их разработке необходимо также учитывать практическую сторону оказания помощи в различных условиях и её реализуемость. В процессе разработки SOC-8 были использованы рекомендации по разработке клинических руководств, составленные национальными медицинскими академиями и Всемирной организацией здравоохранения, затрагивающие такие стороны, как прозрачность, политика разрешения конфликтов интересов, комплектация комитета и внимание к групповому процессу.

Комитет по пересмотру SOC-8 был междисциплинарным, в него вошли эксперты в этой области, медицинские специалисты, исследователи, а также заинтересованные лица, обеспечивавшие культурную и географическую представленность различных точек зрения. Планирование и разработка вопросов и систематических обзоров велись при помощи методолога по разработке рекомендаций, были также учтены мнение международной совещательной комиссии и замечания, полученные во время периода открытого обсуждения черновой версии «Стандартов». Все участники комитета заполнили декларацию о конфликтах интересов. Рекомендации, вошедшие в SOC-8, основаны на имеющихся данных в пользу проведения

тех или иных вмешательств, обсуждении рисков и вреда, а также реализуемости и приемлемости в различных условиях и странах мира. Консенсус касательно окончательного списка рекомендаций был достигнут путём Дельфийского метода<sup>1</sup>, в котором участвовали все члены комиссии по разработке рекомендаций, при этом для вхождения в «Стандарты» каждая рекомендация должна была получить одобрение не менее 75% участников. Более подробное описание методологии, использовавшейся при разработке SOC-8, см. в приложении А.

### ***Краткое содержание глав SOC-8***

SOC-8 представляют собой значительный шаг вперёд по сравнению с предыдущими версиями. Изменения, внесённые в этой версии, объясняются фундаментальными отличиями в методологии, значительными культурными сдвигами, накопленным клиническим опытом, а также пониманием важности различных проблем медицинского характера, с которыми могут сталкиваться ТГО-люди, помимо гормональной терапии и хирургических вмешательств.

Эти обновлённые рекомендации продолжают процесс, начавшийся с публикацией 7-й версии «Стандартов» (SOC-7) в 2011 году, целью которого было расширение охвата и перенесение фокуса внимания с психологических критериев для «диагностирования трансгендерности» и медицинских процедур для облегчения гендерной дисфории на гендерно-аффирмативную помощь более всеобъемлющего характера. В рамках SOC-8 WPATH дополняет свои рекомендации касательно того, к каким людям относится зонтичный термин «трансгендерные и гендерно отличные», какие процедуры следует или не следует включать в список гендерно-аффирмативных, а также в каких обстоятельствах применение этих рекомендаций будет способствовать укреплению равноправия и соблюдению прав человека.

---

<sup>1</sup> Дельфийский метод, или метод Дельфи — инструмент, предназначенный для выбора и оценки эффективности решений. Представляет собой процедуру анонимного многоуровневого заочного опроса. Базовой предпосылкой этого метода служит идея о том, что должным образом произведённые обобщение и обработка индивидуальных оценок экспертов по поводу конкретной ситуации позволяют получить общее мнение, которое будет обладать максимальной степенью надёжности и достоверности. — *Здесь и далее прим. науч. ред., если не указано иное.*

В SOC-8 входит несколько новых глав, такие как «Обследование взрослых», «Образование», «Евнухи» и «Небинарные люди». Также глава, посвящённая детям и подросткам в 7-й версии, была разделена на две самостоятельные главы. В целом SOC-8 значительно объёмнее предыдущих, сопровождаются более подробным вступлением, и предлагаемые в них рекомендации для медицинских специалистов также более подробны. Ниже предлагается краткое содержание всех глав SOC-8.

### *Глава 1. Терминология*

В этой новой главе предлагаются основные термины, используемые в SOC-8, с согласованными рекомендациями по их применению. Глава содержит 1) термины и их определения и 2) рекомендации по их применению. К главе прилагается глоссарий (см. приложение Б) основных терминов и выражений для укрепления представления о том, как следует применять и интерпретировать SOC-8.

### *Глава 2. Глобальная применимость*

В этой главе предлагается обзор основных публикаций, касающихся организации и предоставления медицинских услуг, защиты прав и оказания помощи ТГО-людям за пределами Западной Европы и Северной Америки, а также рекомендации по адаптации и переводу 8-й версии «Стандартов помощи» для использования в различных условиях.

### *Глава 3. Демография*

В этой главе предлагаются обновлённые данные о доле ТГО-людей среди общего населения. Согласно новейшим данным, в зависимости от критериев включения, возрастной группы и местности это соотношение может колебаться от долей процента до нескольких процентов.

### *Глава 4. Образование*

В этой новой главе предлагается обзор публикаций, посвящённых образованию в области охраны здоровья ТГО-людей. В неё входят рекомендации, адресованные государственным структурам, негосударственным организациям, учреждениям и специалистам, имеющие целью сделать более доступной качественную медицинскую помощь, основанную на сопереживании. Эта глава формирует

базу для дальнейшей просветительской деятельности и приглашает к расширенной и углублённой дискуссии в сферах образования и здравоохранения.

### *Глава 5. Обследование взрослых*

В этой новой главе предлагаются рекомендации по обследованию взрослых ТГО-людей, обращающихся за гендерно-аффирмативными медикаментозными и хирургическими вмешательствами (ГАМХВ). Здесь описывается процесс обследования в контексте пациентоориентированного подхода, а также предлагаются критерии, которые могут использоваться при назначении ГАМХВ взрослым ТГО-людям.

### *Глава 6. Подростки*

Эта новая глава была отделена от главы, посвящённой детям. Она посвящается ТГО-подросткам и была добавлена в SOC-8 в связи с тем, что 1) количество подростков, обращающихся за гендерно-аффирмативной помощью, экспоненциально возросло; 2) количество научных публикаций на тему гендерного разнообразия среди подростков и работы с ними увеличилось; и 3) оказание гендерно-аффирмативной помощи на этом этапе развития человека имеет свою специфику. Здесь предлагаются рекомендации касательно процесса обследования подростков, обращающихся за ГАМХВ, а также взаимодействия с этими пациентами и их близкими.

### *Глава 7. Дети*

Эта новая глава посвящена детям с проявлениями гендерного разнообразия, не достигшим возраста полового созревания. В ней обсуждаются пути оказания социально-психологической помощи и терапевтические меры, приемлемые для этой возрастной группы.

### *Глава 8. Небинарные люди*

Эта новая глава, вошедшая в SOC-8, включает расширенное описание термина «небинарные» и его использование с биопсихосоциальной, культурной и интерсекциональной точек зрения. Здесь обсуждаются необходимость доступа к гендерно-аффирмативной медицинской помощи, специфические гендерно-аффирмативные вмешательства, а также адекватный уровень поддержки.

### *Глава 9. Евнухи*

В этой новой главе обсуждаются специфические потребности евнухов, а также возможность применения «Стандартов помощи» в работе с этой группой населения.

### *Глава 10. Интерсекс*

Эта глава посвящена вопросам оказания медицинской помощи людям с интерсекс-вариациями. Здесь затрагиваются меняющаяся терминология, распространённость интерсекс-вариаций, разнообразие медицинских особенностей интерсекс людей, а также предлагаются научно обоснованные рекомендации по оказанию им психосоциальной и медицинской помощи.

### *Глава 11. Учреждения*

Эта глава была расширена по сравнению с предыдущими тремя версиями «Стандартов помощи», в ней рассматриваются тюрьмы и прочие учреждения, в которых могут содержаться люди. Здесь описываются возможности применения SOC-8 к людям, проживающим в подобных условиях.

### *Глава 12. Гормональная терапия*

В этой главе обсуждаются вопросы начала гормональной терапии, рекомендуемые схемы, обследования на предмет возможных противопоказаний до и на протяжении гормональной терапии, а также специфические соображения, касающиеся проведения гормональной терапии до выполнения хирургических вмешательств. Подробно обсуждаются безопасность применения агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ) в подростковом периоде, различные схемы гормональной терапии, подход к наблюдению пациентов в связи с возможным развитием побочных эффектов терапии, а также предлагаются рекомендации касательно сотрудничества между специалистами, ведущими гормональную терапию, и хирургами.

### *Глава 13. Хирургические вмешательства и послеоперационный уход*

В этой главе описывается спектр гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств, востребованных разнообразным и неоднородным сообществом людей, определяющих себя как ТГО.

Здесь обсуждается оптимальная профессиональная подготовка хирургов, выполняющих гендерно-аффирмативные хирургические вмешательства (ГАХВ), доступ к хирургическим вмешательствам для взрослых и подростков, а также хирургические вмешательства по индивидуальному запросу.

#### *Глава 14. Голос и коммуникация*

В этой главе обсуждаются вопросы оказания профессиональной помощи по тренировке голоса и навыков коммуникации, а также доступные максимально инклюзивные вмешательства, учитывающие все аспекты человеческого разнообразия, не ограничиваясь только феминизацией или маскулинизацией голоса. Предлагаемые рекомендации касаются роли и ответственности специалистов, оказывающих помощь в тренировке голоса и навыков коммуникации.

#### *Глава 15. Первичная медико-санитарная помощь*

В этой главе обсуждается важность первичной медико-санитарной помощи для ТГО-людей, включая такие темы, как состояние сердечно-сосудистой системы, обмен веществ, скрининг на предмет онкологических заболеваний, а также учреждения первичной медико-санитарной помощи.

#### *Глава 16. Репродуктивное здоровье*

В этой главе обсуждаются последние данные о возможностях реализации репродуктивного потенциала и родительства для подростков и взрослых с проявлениями гендерного разнообразия, новейшие достижения в области репродуктологии (включая криоконсервацию тканей), рекомендации касательно подготовки к беременности, её врачебного сопровождения, консультирования беременных и грудного вскармливания. Также рассматриваются методы контрацепции и их применение у ТГО-людей.

#### *Глава 17. Сексуальное здоровье*

В этой новой главе отмечается огромное влияние сексуального здоровья на общее физическое и психическое благополучие ТГО-людей. Обсуждается необходимость уделения внимания сексуальной функции, наслаждению и удовлетворению при оказании медицинской помощи ТГО-людям.

### *Глава 18. Психическое здоровье*

В этой главе обсуждаются принципы оказания помощи взрослым ТГО-людям с психическими расстройствами, а также пересечение между охраной психического здоровья и гендерно-аффирмативными процедурами. Психотерапия может приносить пользу, но её прохождение не может быть обязательным требованием для получения доступа к гендерно-аффирмативным процедурам, конверсионная терапия при этом не должна предлагаться.

## ГЛАВА 1. ТЕРМИНОЛОГИЯ

В этой главе описываются значения основных терминов, используемых в SOC-8. Здесь предлагаются 1) термины и определения и 2) наилучшие способы их использования. К главе прилагается глоссарий основных терминов и выражений для укрепления представления о том, как следует применять и интерпретировать SOC-8. Глоссарий см. в приложении Б.

### *Терминология*

В этой публикации мы используем выражение «трансгендерные и гендерно отличные» (ТГО) в самом широком смысле применительно к членам разнообразных сообществ, существующих в различных странах и включающих в себя людей, чьи гендерная идентичность или экспрессия отличаются от гендерной принадлежности, ассоциированной в обществе с полом, приписанным этим людям при рождении. Это определение включает в себя людей, чьи опыт, идентичность или экспрессия имеют культурные и/или лингвистические особенности, характерные для отдельных местностей, которые при этом не обязательно совпадают с пониманием гендера и соответствующей терминологией, привычными для западной культуры. Сокращение ТГО используется для удобства и обозначает «трансгендерные и гендерно отличные».

Решение использовать термины «трансгендерные» и «гендерно отличные» было принято после продолжительного обсуждения, в ходе которого мнения участников не всегда совпадали. В процессе обсуждения обозначилось несколько основных тем: отказ от использования термина «трансгендерные» в качестве основного, объединение небинарных гендерных идентичностей и опытов в одну категорию, признание различий в понимании гендера в разных странах мира, отказ от термина «гендерно неконформные», а также признание природы самого языка как находящейся в процессе непрерывной трансформации, в силу которой слова, активно используемые сегодня, могут перестать быть таковыми через несколько лет. Таким образом, термины «трансгендерные» и «гендерно отличные» были выбраны с целью достижения максимальной инклюзивности и признания разнообразия гендерных идентичностей,

экспрессий, жизненных опытов и медицинских потребностей ТГО-людей. Был применён Дельфийский метод<sup>2</sup>, в ходе которого авторы SOC-8 были анонимно и неоднократно опрошены для достижения консенсуса касательно терминологии. В этой публикации предлагаются стандарты оказания медицинской помощи, которые в идеале могут применяться для помощи ТГО-людям, проживающим в любой стране мира, вне зависимости от гендерного самоопределения и экспрессии этих людей.

### *Контекст*

Терминология, собранная в этой главе, возможно, не отображает все культурные и локальные особенности, существующие в мире (это нереалистично в принципе). Несогласия и споры по поводу адекватной терминологии и отдельных слов не прекращаются, и невозможно использовать ни один из существующих терминов, ни разу не вызвав возражений. Цель этой главы состоит в том, чтобы достичь максимальной инклюзивности и предложить общий лексикон, уважающий и отражающий всё разнообразие опыта ТГО-людей и при этом остающийся доступным для медицинских специалистов и общественности. В конечном счёте доступ к медицинскому трансгендерному переходу должен основываться на адекватном информировании и получении информированного согласия пациента, а вовсе не на том, какими конкретно словами ТГО-люди или работающие с ними специалисты описывают гендерную идентичность. Коммуникативные навыки, помогающие при межкультурном общении и социальном разнообразии, являются одной из основ оказания аффирмативной медицинской помощи, наравне с уменьшением стигматизации и вреда, с которыми часто сталкиваются ТГО-люди при обращении за медицинской помощью. Крайне важно, чтобы медицинские сотрудники обсуждали со своими пациентами, какие термины наиболее приемлемы для последних, и стремились затем использовать именно эти термины по мере возможности.

В этой главе объясняются причины, по которым выбранные термины были предпочтены прочим. В противоположность практике, согласно которой специалисты в определённой области — врачи, юристы, правозащитники — используют свой собственный язык,

---

<sup>2</sup> См. сноску на стр. 18. — *Прим. авт.*

нашей целью является создание языка и представлений, общих для сферы охраны здоровья ТГО-людей и связанных с ней областей (например, эпидемиологии, юриспруденции), для достижения максимального благополучия трансгендерных и гендерно отличных людей.

Термины «пол», «гендер», «гендерная идентичность» и «гендерная экспрессия» используются в языке применительно к любым людям — как к тем, которые являются ТГО, так и тем, кто таковыми не являются. Существует совокупность причин, в силу которых термины с максимально узким значением могут также быть наиболее уважительными, инклюзивными или приемлемыми с точки зрения ТГО-сообщества по всему миру. Некоторые из этих причин: наличие или отсутствие терминов, обозначающих конкретные понятия, в тех или иных языках; структурная взаимосвязь между полом и гендером; факторы, связанные с региональным, национальным или международным законодательством; последствия стигматизации ТГО-людей в прошлом и настоящем.

Поскольку в настоящее время в сфере оказания медицинской помощи ТГО-людям в значительной мере доминирует английский язык, при выборе терминологии регулярно возникают две специфические проблемы. Первая из них состоит в том, что некоторые слова, имеющиеся в английском языке, отсутствуют в некоторых других (к примеру, для понятий *sex* — «пол» и *gender* — «гендер» в урду и многих других языках существует только одно слово). Вторая проблема состоит в том, что некоторые слова, имеющиеся в других языках, не имеют прямого перевода на английский (или русский. — *Прим. пер.*) язык (например, *travesti*, *fa'afafine*, *hijra*, *selrata*, *muxe*, *kathoeu*, *transpinoy*, *waria*, *machi*). На практике это приводит к тому, что английский язык оказывает огромное влияние как на то, какие термины получают наибольшее распространение, так и на то, какие люди и идентичности оказываются наиболее видимыми и признаваемыми в силу распространённости именно этих терминов. Язык также формирует нарративы, которые, в свою очередь, оказывают влияние на мнения и восприятие. В отличие от предыдущих версий «Стандартов помощи», в которых Всемирная профессиональная ассоциация по здоровью трансгендерных людей (World Professional Association for Transgender Health, WPATH) использовала слово «трансгендерные» в качестве достаточно широко определяемого зонтичного

термина, в 8-й версии было отдано предпочтение формулировке «трансгендерные и гендерно отличные» (ТГО) как зонтичному термину с ещё более широким значением, который используется на протяжении всей публикации (см. главу 2 «Глобальная применимость»).

Помимо этого, язык претерпевает постоянные изменения под влиянием внешних факторов, а также социального, институционального и личного давления и насилия, которое испытывают ТГО-люди и их тела. Многие слова и выражения, ранее использовавшиеся по отношению к ТГО-людям в негативных контекстах, приобрели соответствующий отпечаток, и по этой причине либо они вышли из употребления, либо их применение вызывает бурные споры в ТГО-сообществе, приводя к тому, что отдельные его представители предпочитают термины, которые другие находят оскорбительными. Многим хотелось бы, чтобы в рамках этих «Стандартов помощи» предлагалась стройная терминология для описания ТГО-людей, их идентичностей и востребованных ими медицинских услуг, приемлемая абсолютно для всех. Подобного списка терминов, однако, не существует, и он не может быть создан без риска исключения из него некоторых представителей ТГО-сообщества, а также без укрепления существующего структурного угнетения по принципу расовой принадлежности, национального происхождения, принадлежности к коренному населению, социально-экономического положения, религиозных убеждений, языковой и этнической принадлежности, а также прочих интерсекциональных факторов. Весьма вероятно, что по крайней мере часть терминологии, используемой в SOC-8, устареет к выходу новой, 9-й, версии. Возможно, многие найдут такое положение вещей огорчительным; однако его стоит рассматривать как возможность развития и совершенствования собственного лексикона как на индивидуальном уровне, так и на уровне целых сообществ, а также для формирования более углублённого представления о жизни и потребностях ТГО-людей, включая их жизнестойкость и готовность противостоять угнетению.

Наконец, к сфере применения «Стандартов помощи» относятся законодательство и юриспруденция. В этом качестве в «Стандарты» вошла терминология, получившая наиболее широкое распространение в международном праве, с целью облегчения разработки функциональных определений этих слов и поощрения их применения в юридическом контексте вместо устаревших и/или оскорбительных.

В наиболее подробном на данный момент международном правозащитном документе используется термин «гендерно отличный»<sup>3</sup>.

Все рекомендации, вошедшие в эту главу, были сформулированы после подробного анализа доказательной базы, оценки преимуществ и вреда, ценностей и предпочтений специалистов и пациентов, а также использования ресурсов и реализуемости. В некоторых случаях мы были вынуждены признать недостаточность доказательной базы и/или факт недоступности некоторых услуг или их нежелательности.

## Рекомендации

1.1. Мы рекомендуем медицинским специалистам, применяющим «Стандарты помощи» в различных странах мира, использовать язык, учитывающий местные культурные особенности (включая термины, обозначающие трансгендерных и гендерно отличных людей).

1.2. Мы рекомендуем медицинским специалистам использовать при оказании медицинской помощи язык, удовлетворяющий требованиям безопасности, достоинства и уважения.

1.3. Мы рекомендуем медицинским специалистам узнавать у ТГО-пациентов, какие термины являются для них предпочтительными.

**Рекомендация 1.1.** Мы рекомендуем медицинским специалистам, применяющим «Стандарты помощи» в различных странах мира, использовать язык, учитывающий местные культурные особенности (включая термины, обозначающие трансгендерных и гендерно отличных людей).

Говоря о ТГО-людях в различных странах мира, необходимо использовать язык, учитывающий местные культурные особенности. К примеру, понимание того, что такое «пол», «гендер» и «гендерное разнообразие», различается в разных странах, как

<sup>3</sup> A/73/152. Доклад независимого эксперта о защите против насилия и дискриминации по принципу сексуальной ориентации и гендерной идентичности. — Прим. авт.

и язык, используемый для обозначения этих понятий. Таким образом, язык, используемый при работе с ТГО-людьми в Таиланде, будет отличаться от языка, используемого в аналогичном контексте в Нигерии. Мы рекомендуем медицинским специалистам (МС), применяющим «Стандарты помощи» в тех или иных странах мира, использовать местные языковые средства и терминологию при оказании помощи в определённом культурном или географическом контексте.

Термин «гендерная аффирмация» относится к процессу признания ТГО-людей или содействия им в утверждении их гендерной идентичности в социальном, медицинском, юридическом или поведенческом отношении или же в том или ином сочетании этих аспектов [Reisner, Poteat et al., 2016]. Для того чтобы медицинская помощь могла в полной мере называться гендерно-аффирмативной или транскомпетентной, её язык должен учитывать культурные нюансы при работе с ТГО-людьми. Термин «гендерно-аффирмативная помощь» не является синонимом термина «медицинский трансгендерный переход». Предоставление помощи, связанной с медицинским трансгендерным переходом, такой как гормональная терапия или хирургические вмешательства, само по себе не означает оказание гендерно-аффирмативной помощи, а также ничего не говорит о качестве или безопасности оказываемых медицинских услуг.

Сотрудничество с ТГО-сообществами и приглашение их представителей в качестве консультантов может повышать адекватность и инклюзивность используемого языка при оказании медицинской помощи в определённом географическом или культурном контексте.

**Рекомендация 1.2.** Мы рекомендуем медицинским специалистам использовать при оказании медицинской помощи язык, удовлетворяющий требованиям безопасности, достоинства и уважения.

Безопасность, защита личного достоинства и уважительное обращение являются базовыми правами человека [Международная комиссия юристов, 2007]. Мы рекомендуем МС использовать язык и терминологию, способствующие соблюдению этих прав человека при работе с ТГО-пациентами. Многие ТГО-люди сталкивались со стигматизацией, дискриминацией и грубым обращением в медицинских учреждениях, что приводило к низкому качеству оказываемой помощи и неудовлетворительным результатам [Reisner,

Poteat et al., 2016; Safer et al., 2016; Winter, Settle et al., 2016]. Подобный опыт включает в себя мисгендеринг (обращение с использованием нежелательного грамматического рода и местоимений), отказ в оказании услуг и медицинской помощи, в том числе в случае болезни или травмы, а также необходимость инструктировать врача для получения адекватной помощи [James et al., 2016]. ТГО-люди могут избегать обращения в медицинские учреждения, находя иные пути удовлетворения своих медицинских потребностей, к примеру, принимая гормональные препараты без назначения врача или полагаясь на советы других представителей ТГО-сообщества. Кроме этого, негативный опыт посещения медицинских учреждений является предиктором избегания подобных учреждений в будущем.

Многие ТГО-люди подвергались несправедливому, предвзятому и унижительному обращению со стороны МС, и, таким образом, недоверие к медицинскому персоналу часто становится преградой к получению помощи. Использование в медицинских учреждениях языка, основанного на принципах безопасности, защиты человеческого достоинства и уважительного обращения, имеет первостепенное значение для охраны здоровья, благополучия и прав ТГО-людей по всему миру. Корректный язык является значимым компонентом гендерно-аффирмативной помощи, но он сам по себе не решает и не уменьшает проблему систематического грубого обращения, порой доходящего до насилия, с которым сталкиваются в медицинских учреждениях ТГО-люди по всему миру. Использование корректного языка представляет собой только один шаг на пути к обеспечению ТГО-людей пациентоориентированной медицинской помощью на равных с другими пациентами условиях. Среди прочих конкретных шагов, которые МС могут предпринять в этом отношении, могут быть получение информированного согласия от пациентов, а также отказ от побуждения делать предположения о потребностях пациентов, основываясь на их гендере или принадлежности к ТГО-сообществу.

**Рекомендация 1.3.** Мы рекомендуем медицинским специалистам узнавать у ТГО-пациентов, какие термины являются для них предпочтительными.

При оказании медицинских услуг ТГО-людям мы рекомендуем МС спрашивать у пациентов, какие слова и выражения последние предпочитают использовать применительно к себе. Подобное

обсуждение может включать вопросы о том, какое имя, местоимения и грамматический род пациент предпочитает, как определяет себя в гендерном отношении, а также какими словами предпочитает называть части своего тела. Использование аффирмативного языка и терминологии является ключевым компонентом оказания гендерно-аффирмативной помощи ТГО-людям [Lightfoot et al., 2021; Vermeir et al., 2018]. Более того, подобные разговоры могут способствовать установлению контакта и снижению недоверия, испытываемого многими ТГО-людьми в отношении МС и медицинских учреждений в целом. Обсуждение и использование языка и терминологии может также повышать заинтересованность пациентов и способствовать их удержанию в контексте медицинского обслуживания, не имеющего прямого отношения к трансгендерности, такого как профилактический скрининг и последующее посещение врача в случае обнаружения проблем. Ведение реестра телесных/анатомических особенностей пациентов может использоваться в качестве стандартной практики заполнения электронных медицинских карт вместо указания только на пол, приписанный при рождении, или на гендерную принадлежность пациента.

Медицинские специалисты и учреждения могут вводить стандартизированные процедуры для упрощения подобных разговоров, такие как добавление графы «предпочитаемые имя и местоимения» в бланк записи на приём, поощрение практики, при которой все сотрудники учреждения (вне зависимости от гендерной идентичности, то есть как цисгендерный, так и ТГО-персонал) сообщали бы собственные предпочитаемые местоимения при знакомстве с пациентами, добавление графы «местоимения» в медицинскую документацию для всех пациентов, а также отказ от использования гендерированных форм обращения (таких как «господин»/«госпожа»). Возможно введение специальных протоколов для МС и медицинских учреждений, гарантирующих защиту прав ТГО-людей на неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность, в том числе при сообщении ТГО-персоной своего статуса, а также регулирующих отражение подобной информации в документации. К примеру, клиника может следовать политике, согласно которой такая информация будет помечена как личная, составляющая тайну между МС и пациентами/клиентами, и которая может быть раскрыта только по принципу служебной необходимости.

## ГЛАВА 2. ГЛОБАЛЬНАЯ ПРИМЕНИМОСТЬ

Люди, чей опыт идёт вразрез с очерченными культурой границами половой и гендерной принадлежности, существовали в различных культурах по всему миру с древнейших времён, и слова для их обозначения можно найти в некоторых языках [Feinberg, 1996]. В противоположность не так давно возникшей практике патологизации гендерного разнообразия как заболевания, в некоторых культурах подобное разнообразие принималось и даже прославлялось (например, [Nanda, 2014; Peletz, 2009]). Сегодня зонтичный термин «трансгендерные и гендерно отличные» (ТГО) описывает огромное разнообразие гендерных идентичностей и экспрессий, то есть группу населения с разнообразным опытом и потребностями в том, что касается медицинского обслуживания. Вместе взятые, ТГО-люди олицетворяют собой важные аспекты человеческого разнообразия, которые, по утверждению Всемирной профессиональной ассоциации по здоровью трансгендерных людей (WPATH), должны быть ценностью и предметом уважения. ТГО-люди продолжают вносить жизненно важный вклад в общество, в котором живут, пусть он не всегда признаётся как таковой.

Тревожит факт, что многие ТГО-люди в современном мире сталкиваются со стигматизацией, предвзятостью, преследованиями, жестоким обращением и насилием, что приводит к их социальной, экономической и юридической маргинализации, плохому состоянию психического и физического здоровья и даже смерти — процесс, который был охарактеризован как «снежный ком от стигмы к болезни»<sup>4</sup> [Winter, Diamond et al., 2016]. Подобный опыт (а также ожидание или страх такового) ведёт к тому, что Майер называет стрессом меньшинств ([Meyer, 2003]; см. также [Bockting et al., 2013] применительно к ТГО-людям), и связан с плохим состоянием физического [e.g. Rich et al., 2020] и психического (например, [Bränström et al., 2022; Scandurra et al., 2017; Shipherd et al., 2019; Tan et al., 2021]) здоровья.

Насилие в отношении ТГО-людей представляет собой отдельную проблему. При рассмотрении с глобальной точки зрения оно весьма

---

<sup>4</sup> В оригинале этот процесс называется stigma-sickness slope и описывается через последовательное прохождение стадий «стигматизация — маргинализация — дискриминация — угроза нищеты — рискованное поведение — болезнь». Больше об этом процессе и способам противостояния ему — здесь: <https://psycnet.apa.org/record/2019-60428-001>.

распространено, разнообразно по природе (эмоциональное, сексуальное и физическое, см. примеры у [Mujugira et al., 2021]) и совершается самыми разными авторами насилия: людьми, группами и системами (включая государственные структуры). Статистика убийств, представляющих собой крайнюю форму насилия с точки зрения последствий, внушает крайнюю тревогу. С января 2008 года по сентябрь 2021 года задокументировано более 4000 убийств по всему миру; по мнению многих, эта статистика является заниженной [TGEU, 2020].

Со времени публикации 7-й версии «Стандартов помощи» произошёл значительный сдвиг во взглядах касательно ТГО-людей и вопросов их медицинского обслуживания. Мировое медицинское сообщество более не считает ТГО-идентичности психическим заболеванием. В 5-й версии «Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам» (DSM-5), изданного Американской психиатрической ассоциацией в 2013 году, диагноз «гендерная дисфория» относится к дистрессу и негативным переживаниям, связанным с ТГО-статусом человека, а не к гендерной идентичности как таковой. Пересмотренная версия (DSM-5-TR) была опубликована в 2022 году. В 11-й версии «Международной классификации болезней» (МКБ-11), диагностическом руководстве Всемирной организации здравоохранения [ВОЗ, 2019], диагноз «гендерное несоответствие» помещён в главу, посвящённую сексуальному здоровью, и относится к самоощущению человека и любым потребностям в гендерно-аффирмативной медицинской помощи, которые могут возникать в связи с этим самоощущением. Подобное развитие, представляющее собой депатологизацию (точнее, депсихопатологизацию) трансгендерных идентичностей, крайне значимо во многих отношениях. Для сферы здравоохранения это означает возможность создания модели оказания помощи, основанной на активном участии пациента в принятии решений под руководством медицинских специалистов [Baleige et al., 2021]. Разумно предположить, что эти изменения могут также способствовать продвижению политических инициатив, учитывающих интересы больших групп людей, таких как законодательные реформы в отношении юридического признания гендерной идентичности, разработанные в рамках правозащитного подхода, без обязательного требования постановки диагноза, проведения гормональной терапии и/или выполнения хирургических вмешательств. ТГО-люди, получившие возможность

изменить гендерный маркер в основных документах, как правило, имеют более высокие показатели психического здоровья [e.g. Bauer et al., 2015; Scheim et al., 2020]. Правозащитный подход в этой области может внести большой вклад в укрепление здоровья и благополучия ТГО-людей [Aristegui et al., 2017].

В предыдущих изданиях было отмечено, что значительная часть клинического опыта и знаний получена из источников североамериканского и западноевропейского происхождения. Основное внимание в них уделяется оказанию гендерно-аффирмативной медицинской помощи в странах с высоким уровнем дохода, чьи системы здравоохранения обеспечены всеми надлежащими ресурсами (включая хорошо обученных специалистов в области психического здоровья, эндокринологии, хирургии и др.) и в которых услуги зачастую финансируются государством или (по крайней мере, для некоторых пациентов) за счёт частного страхования.

Во многих странах медицинские услуги для ТГО-людей принадлежат скорее к области желаемого, чем достигнутого; ресурсы ограничены или полностью отсутствуют, соответствующие услуги могут не оказываться вовсе или быть неприемлемыми по тем или иным причинам, доступ к ним может быть затруднён, в том числе в финансовом отношении. Медицинских специалистов (как врачей общего профиля, так и с более узкой специализацией) может быть крайне мало или не быть совсем. Гендерно-аффирмативная медицинская помощь может никак не финансироваться, при этом все затраты на любые доступные медицинские услуги будут ложиться на плечи самих пациентов. Сотрудникам сферы здравоохранения может не хватать знаний и квалификации в этой области как с клинической, так и с культурной стороны. Возможности пройти обучение могут быть ограничены (см. примеры у [Martins et al., 2020]). В силу всех перечисленных обстоятельств, а также по причине того, что в официальной так называемой западной медицине исторически преобладал взгляд на ТГО-людей как на психически больных (что изменилось лишь в недавнем прошлом), ТГО-люди как потребители медицинских услуг могут зачастую оказываться в довольно бесправном положении.

Существующая литература в этой области отражает главным образом североамериканский и европейский опыт, что означает дополнительные практические трудности для сотрудников систем

здравоохранения, в которых наблюдается значительный недостаток ресурсов. В последнее время это положение вещей начинает меняться благодаря отдельным инициативам, которые, зачастую в сотрудничестве с самими представителями ТГО-сообщества, делятся практическим опытом оказания помощи в прочих регионах мира, включая знания о том, как оказывать медицинскую помощь ТГО-людям с учётом местных культурных особенностей в странах с низким и средним уровнем дохода, расположенных за пределами Глобального Севера<sup>5</sup>.

Внутри самой области за последние годы появилось значительное количество публикаций. В исследовании [Dahlen et al., 2021] предлагается обзор двенадцати международных клинических руководств; более половины последних были разработаны профессиональными организациями из Северной Америки (к примеру, [Nembree et al., 2017]) или Европы (такие как [T'Sjoen et al., 2020]). Три из них были разработаны ВОЗ (последнее в 2016 году). В настоящее время существует множество других источников, не вошедших в исследование [Dahlen et al., 2021], основывающихся на опыте из регионов, находящихся за пределами Европы или Северной Америки. Среди них есть примеры из стран Азии и Тихоокеанского региона [APTN, 2022; Health Policy Project et al., 2015], стран Карибского бассейна [РАНО, 2014], Таиланда, Австралии [Telfer et al., 2020], Новой Зеландии [Oliphant et al., 2018] и Южной Африки [Tomson et al., 2021] (см. также TRANSIT [UNDP et al., 2016]). Вышеупомянутые источники были созданы по инициативе местных или международных ТГО-организаций или же в сотрудничестве с ними. Подобный партнёрский подход, направленный на удовлетворение потребностей местного населения с учётом всех его особенностей, может быть востребован и в более широком международном контексте. Некоторые из подобных публикаций могут быть особенно полезны при планировании, организации и оказании медицинских услуг в странах с низким уровнем дохода и ограниченными ресурсами. Не исключено, что есть и прочие публикации, вышедшие на различных языках, о существовании которых мы не знаем.

---

<sup>5</sup> Глобальный Север и Глобальный Юг — условное разделение стран в соответствии с социально-культурными и политическими особенностями. К Глобальному Северу относятся регионы США, Канады, Европы, Гонконга, Южной Кореи, Австралии, Новой Зеландии, Макао, Японии, Тайваня, Сингапура и пр. Глобальный Юг — регионы Латинской Америки, Африки, Азии, Океании и др.

В различных странах мира ТГО-идентичности ассоциируются с локальными концепциями биологического пола, гендера и сексуальности и встроены в тот или иной культурный (иногда религиозный) и исторический контекст. Принимая во внимание сложное взаимодействие социальных и культурных факторов, законодательства и потребностей в гендерно-аффирмативной медицинской помощи, SOC-8 следует интерпретировать с учётом контекста работы каждого конкретного медицинского специалиста, при этом придерживаясь основных принципов, на которых они основываются [APTН and UNDP, 2012; Health Policy Project et al., 2015; РАНО, 2014].

Именно в этом контексте, опираясь на опыт ТГО-людей и медицинских специалистов из различных стран, мы и говорим о глобальной применимости 8-й версии «Стандартов помощи» в этой главе. Мы высказываем ключевые соображения для медицинских специалистов и в заключение предлагаем основные принципы и практики современной медицины, которых мы рекомендуем придерживаться при оказании услуг ТГО-людям вне зависимости от места их проживания и наличия ресурсов у системы здравоохранения.

## *Рекомендации*

2.1. Мы рекомендуем системам здравоохранения обеспечивать оказание медицински необходимой гендерно-аффирмативной помощи трансгендерным и гендерно отличным людям.

2.2. Мы рекомендуем медицинским специалистам и прочим пользователям SOC-8 применять рекомендации для удовлетворения потребностей местных сообществ трансгендерных и гендерно отличных людей и оказания им помощи с учётом местных культурных особенностей и реалий.

2.3. Мы рекомендуем медицинскому персоналу иметь представление о том, какое влияние социальный климат, законодательство, экономические условия и состояние систем здравоохранения оказывают на жизнь трансгендерных и гендерно отличных людей по всему миру.

2.4. Мы рекомендуем переводчикам «Стандартов помощи» на другие языки уделять основное внимание межкультурной, смысловой и буквальной эквивалентности для обеспечения соответствия перевода основным принципам, лежащим в основе SOC-8.

2.5. Мы рекомендуем медицинским специалистам и лицам, определяющим политику оказания помощи, всегда следовать основным принципам помощи SOC-8 при работе с трансгендерными и гендерно отличными людьми с целью защиты их прав и обеспечения доступа к адекватной и квалифицированной медицинской помощи, в том числе следующим принципам.

### *Общие принципы*

- Расширение прав и возможностей людей и инклюзивность. Нужно работать над уменьшением стигматизации и облегчать доступ к адекватной медицинской помощи всем, кому она требуется.
- Уважение к разнообразию. Следует уважать всех клиентов вне зависимости от их гендерной идентичности. Не следует патологизировать различия в гендерной идентичности или экспрессии.
- Соблюдение базовых прав человека, включая право на телесную и психическую неприкосновенность, автономность и самоопределение; свободу от дискриминации и право на наивысший достижимый уровень здоровья.

### *Принципы, связанные с разработкой и организацией адекватных услуг и доступной медицинской помощи*

- Следует привлекать трансгендерных и гендерно отличных людей к разработке и организации услуг.
- Следует знать о социальных, культурных, экономических и юридических факторах, способных повлиять на здоровье (и медицинские потребности) трансгендерных и гендерно отличных людей, а также их готовность и возможность обратиться за медицинскими услугами.
- Следует оказывать помощь (или направлять пациента к компетентным коллегам) таким образом, чтобы она была аффирмативной по отношению к гендерной идентичности и экспрессии пациента, в том числе путём оказания услуг, направленных на уменьшение гендерной дисфории (при наличии таковой).
- Следует отказываться от подхода, так или иначе направленного на изменение гендерной идентичности человека, а также избегать оказания прямой или косвенной поддержки подобного подхода или услуг.

### *Принципы, связанные с оказанием квалифицированных услуг*

- Следует повышать свою квалификацию (путём прохождения обучения при возможности) в том, что касается медицинских потребностей трансгендерных и гендерно отличных людей, включая риски и преимущества гендерно-аффирмативной медицинской помощи.
- Следует адаптировать клинический подход к потребностям конкретных пациентов, в особенности к их целям в том, что касается гендерной идентичности и экспрессии.
- Следует уделять основное внимание улучшению здоровья и повышению общего благополучия пациентов, а не только уменьшению гендерной дисфории, которая не обязательно присутствует в каждом конкретном случае.
- Следует при необходимости придерживаться стратегии снижения вреда.
- Следует обеспечивать полное и непрерывное информированное участие трансгендерных и гендерно отличных пациентов во всех решениях, касающихся их здоровья и благополучия на всех этапах.
- Следует стремиться к улучшению опыта получения медицинских услуг для пациентов, включая вопросы администрирования и наблюдения.

### *Принципы касательно работы с сообществом с целью повышения уровня здоровья*

- Следует отправлять пациентов в сообщества и сети взаимной поддержки.
- Следует оказывать пациентам поддержку и защищать их права в том, что касается взаимодействия с семьями и различными сообществами (школой, местом работы и прочими), когда это необходимо.

**Рекомендация 2.1.** Мы рекомендуем системам здравоохранения обеспечивать оказание медицински необходимой гендерно-аффирмативной помощи трансгендерным и гендерно отличным людям.

Термин «медицинская необходимость» используется в сфере медицинского страхования по всему миру. Как правило, страховщики и страховые компании используют следующее определение этого термина: «медицинские услуги, которые будут предоставлены врачом

и/или медицинским специалистом на основе благоразумной клинической оценки с целью профилактики, обследования, диагностики или лечения заболевания или травмы, расстройства или его симптомов и которые: а) удовлетворяют общепринятым медицинским стандартам; б) являются клинически необходимыми с точки зрения разновидности, частоты, объёма, места оказания и продолжительности и могут считаться эффективными в отношении заболевания, травмы или расстройства пациента; и в) не оказываются главным образом для удобства пациента, врача или иного поставщика медицинских услуг, при этом их стоимость не превышает альтернативную услугу или ряд услуг, которые могут иметь сопоставимый терапевтический или диагностический эффект для диагностики или лечения заболевания, травмы или расстройства пациента». Медицинский специалист, предоставляющий лечение, утверждает и документирует факт того, что предлагаемое лечение является медицински необходимым в отношении заболевания [Американская медицинская ассоциация, 2016].

В целом термин «общепринятые медицинские стандарты» обозначает стандарты, основанные на достоверных научных данных, опубликованных в рецензируемых медицинских журналах, признаваемых большей частью медицинского сообщества, имеющего отношение к этой тематике, рекомендациях лечебно-профессиональных сообществ и/или медицинских университетов, а также мнению врачей и/или специалистов, практикующих в соответствующих клинических областях.

Медицинская необходимость является центральным фактором при назначении компенсации, субсидировании и/или возмещении стоимости медицинских услуг в некоторых странах мира. Лечащий врач может утверждать и документировать факт того, что данное лечение является медицински необходимым для профилактики или лечения заболевания. В случае, когда медицинская необходимость лечения оспаривается в рамках действующей стратегии и практики в области здравоохранения, есть возможность обращения в государственные органы или иные инстанции для проведения независимой медицинской экспертизы.

Следует признать тот факт, что гендерное разнообразие свойственно людям и не является патологией. Тем не менее гендерное несоответствие, вызывающее клинически значимый дистресс

и нарушение функционирования, зачастую требует медицински необходимых клинических вмешательств. Во многих странах медицински необходимая гендерно-аффирмативная помощь документируется лечащим врачом как «лечение гендерного несоответствия» (НА60 согласно МКБ-11; [ВОЗ, 2019b]) и/или как «лечение гендерной дисфории» (F64.0 согласно DSM-5-TR; [АПА, 2022]). Существуют твёрдые доказательства, подтверждающие пользу гендерно-аффирмативных вмешательств для качества жизни и благополучия пациентов, включая гормональную терапию и хирургические вмешательства, должным образом назначенные и выполненные в соответствии с SOC-8, у ТГО-людей, испытывающих потребность в соответствующих вмешательствах (к примеру, [Ainsworth & Spiegel, 2010; Aires et al., 2020; Aldridge et al., 2020; Almazan & Keuroghlian, 2021; Al-Tamimi et al., 2019; Balakrishnan et al., 2020; Baker et al., 2021; Buncamper et al., 2016; Cardoso da Silva et al., 2016; Eftekhar Ardebili, 2020; Javier et al., 2022; Lindqvist et al., 2017; Mullins et al., 2021; Nobili et al., 2018; Owen-Smith et al., 2018; Özkan et al., 2018; T'Sjoen et al., 2019; van de Grift, Elaut et al., 2018; White Hughto & Reisner, Poteat et al., 2016; Wierckx, van Caenegem et al., 2014; Yang, Zhao et al., 2016]). В список гендерно-аффирмативных вмешательств также могут входить процедуры по удалению/пересадке волос, тренировка / хирургическая коррекция голоса, психотерапия и иные медицинские процедуры, необходимые для эффективной аффирмации гендерной идентичности пациента и уменьшения гендерного несоответствия и гендерной дисфории. Кроме этого, юридическое изменение имени и гендерного маркера в документах, удостоверяющих личность, также может оказывать благотворное влияние и, в некоторых странах, может производиться на основании медицинской документации, предоставляемой медицинскими специалистами по требованию пациентов.

Гендерно-аффирмативные вмешательства основаны на десятилетиях клинического опыта и исследований; таким образом, они не считаются экспериментальными, косметическими или мотивированными исключительно удобством пациента. Они являются безопасными и эффективными с точки зрения уменьшения гендерного несоответствия и гендерной дисфории [e.g., Aires et al., 2020; Aldridge et al., 2020; Al-Tamimi et al., 2019; Balakrishnan et al., 2020; Baker et al., 2021; Bertrand et al., 2017; Buncamper et al., 2016; Claes et al., 2018; Eftekhar Ardebili, 2020; Esmonde et al., 2019; Javier et al., 2022; Lindqvist

et al., 2017; Lo Russo et al., 2017; Marinkovic & Newfield, 2017; Mullins et al., 2021; Nobili et al., 2018; Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2018; Özkan et al., 2018; Poudrier et al., 2019; T'Sjoen et al., 2019; van de Griff, Elaut et al., 2018; White Hughto & Reisner, Poteat et al., 2016; Wierckx, van Caenegem et al., 2014; Wolter et al., 2015; Wolter et al., 2018].

Таким образом, WPATH призывает к тому, чтобы системы здравоохранения предоставляли эти медицински необходимые услуги, а также к тому, чтобы все пункты, препятствующие страховому покрытию этих медицински необходимых вмешательств, требующихся для здоровья и благополучия ТГО-людей, были устранены из стратегических документов и рекомендаций. Другими словами, государство должно создать, расширить или улучшить (по необходимости) список предоставляемых ТГО-людям медицинских услуг на базе любых учреждений всеобщего здравоохранения, государственных медицинских учреждений, учреждений, субсидируемых государством, а также частных учреждений, находящихся под государственным контролем. Медицинские учреждения должны обеспечивать непрерывное оказание легкодоступной, в том числе финансово, рутинной и специализированной медицинской помощи всем гражданам на равных основаниях.

Медицински необходимые гендерно-аффирмативные вмешательства обсуждаются в SOC-8. В их список могут входить (помимо прочих): гистерэктомия в сочетании с двусторонней сальпингоовариэктомией или без неё; двусторонняя мастэктомия, реконструктивная или феминизирующая маммопластика, изменение размера сосков или установка грудных имплантов; реконструкция гениталий, к примеру, фаллопластика и метоидиопластика, скротопластика, а также установка тестикулярных имплантов и фаллопротезов, пенэктомия, орхиэктомия, вагинопластика и вульвопластика; удаление волос на лице, теле и области гениталий в качестве самостоятельной гендерно-аффирмативной процедуры или же в рамках предоперационной подготовки; гендерно-аффирмативная лицевая хирургия и коррекция фигуры; тренировка или хирургическая коррекция голоса; а также препараты для подавления полового созревания и гендерно-аффирмативная гормональная терапия; помощь психолога или психотерапевта в зависимости от потребностей пациентов (после оценки личных обстоятельств и нужд).

**Рекомендация 2.2.** Мы рекомендуем медицинским специалистам и прочим пользователям SOC-8 применять рекомендации для удовлетворения потребностей местных сообществ трансгендерных и гендерно отличных людей и оказания им помощи с учётом местных культурных особенностей и реалий.

ТГО-люди могут определять свою идентичность по-разному в разных частях мира, и эта идентичность существует в определённом культурном контексте. В англоязычных странах ТГО-люди могут определять свою идентичность как транссексуальные, транс\*, гендерно неконформные, гендерквир или гендерно отличные, небинарные или же трансгендерные и/или гендерно отличные, среди прочих; в том числе (для тех, кто определяет себя в рамках бинарной гендерной модели) мужчины или женщины (к примеру, см. [James et al., 2016; Strauss et al., 2017; Veale et al., 2019]). В других частях мира можно встретить, помимо прочих, следующие наименования идентичностей: travesti (в значительной части Латинской Америки), hijra (в значительной части Южной Азии), khwaja sira (в Пакистане), achout (в Мьянмаре), maknyah, paknyah (в Малайзии), waria (Индонезия) kathoeu, phuying kham phet, sao praphet song (Таиланд), bakla, transpinay, transpinoy (Филиппины), fa'afafine (Самоа), mahu (Французская Полинезия, Гавайи), leiti (Тонга), fakafifine (Niue), pinarinaaine (Тувалу и Кирибати), vakasalewalewa (Фиджи), palora (Папуа — Новая Гвинея), brotherboys and sistergirls (среди коренного населения и населения островов Торресового пролива в Австралии) и akava'ine (Острова Кука) (к примеру, см. [APTН and UNDP, 2012; Health Policy Project et al., 2015; Kerry, 2014]). Существует также множество идентичностей с двумя душами<sup>6</sup> в Северной Америке (такие как *nadleehi* в культуре навахо (*Diné*) [Sheppard & Mayo, 2013]). Идентичности, к которым относятся вышеперечисленные названия, зачастую имеют много культурных нюансов и нередко существуют в контексте определённой религиозной или духовной традиции. В зависимости от конкретной культуры или идентичности некоторые из них можно рассматривать как так называемый третий гендер, лежащий за пределами его бинарного понимания (к примеру, см. [Graham, 2010; Nanda, 2014; Peletz, 2009]). Отдельные ТГО-идентичности могут признаваться в меньшей или большей степени. Во многих частях мира трансгендерные мужчины

<sup>6</sup> Различные названия этого зонтичного термина — two spirit, 2S, twospirited.

и небинарные трансмаскулинные идентичности получили видимость относительно недавно, и не во всех языках могут быть слова для их обозначения [Health Policy Project et al., 2015]. Вне зависимости от того, в какой стране и с какими людьми работает определённый МС (включая тех, кто работает с представителями этнических меньшинств, мигрантами или беженцами), необходимо иметь представление о культурном контексте, в котором те или иные люди выросли и проживают, а также какие последствия для их здоровья это может иметь.

Наличие, доступность, приемлемость и качество медицинских услуг могут различаться в разных частях мира, что ведёт к неравенству как внутри отдельных стран, так и между ними [OECD, 2019]. В некоторых странах официальные системы здравоохранения сосуществуют с давно устоявшимися системами традиционной и народной медицины, при этом модели оказания помощи, существующие среди коренного населения, могут подчёркивать важность целостного подхода к здоровью [WHO, 2019a]. Следует иметь представление о традициях и реалиях, в которых будет оказываться медицинская помощь, обладать культурной отзывчивостью по отношению к потребностям и идентичностям местного ТГО-сообщества, и предоставлять безопасную медицинскую помощь с учётом местных культурных особенностей.

**Рекомендация 2.3.** Мы рекомендуем медицинскому персоналу иметь представление о том, какое влияние социальный климат, законодательство, экономические условия и состояние систем здравоохранения оказывают на жизнь трансгендерных и гендерно отличных людей по всему миру.

Жизненный опыт ТГО-людей значительно различается в зависимости от множества факторов, включая социальные, культурные (в том числе духовные), юридические, экономические и географические. Этот опыт может быть весьма положительным у ТГО-людей, проживающих в условиях, где их гендерная и/или культурная идентичность признаётся и поддерживается. Особое значение в этом отношении имеет семья (к примеру, см. [Pariseau et al., 2019; Yadegarfarid et al., 2014; Zhou et al., 2021]). Однако в глобальной перспективе условия проживания ТГО-людей чаще всего оказываются непростыми. Зачастую им отказывается в правах, широко признающихся

международными правозащитными организациями. К этим правам относятся право на получение образования, охрану здоровья и защиту от неподобающего обращения в медицинских учреждениях, труд и приемлемый уровень жизни, жильё, свободу перемещения и самовыражения, неприкосновенность частной жизни, безопасность, жизнь, семью, защиту от незаконного лишения свободы, честный суд, гуманное обращение в местах лишения свободы, защиту от пыток, бесчеловечного или унижительного обращения и наказания [Международная комиссия юристов, 2007, 2017].

Широко признаётся, что лишение этих общечеловеческих прав может оказывать негативное влияние на здоровье и благополучие сексуальных и гендерных меньшинств (к примеру, см. [ОНЧР et al., 2016; WHO, 2015]). Таким образом, мы ещё раз заявляем о важности защиты вышеперечисленных прав ТГО-людей и отмечаем правозащитный опыт WPATH, включая многочисленные стратегические документы (к примеру, см. [WPATH, 2016, 2017, 2019]). МС могут играть важную правозащитную роль, включая защиту права на получение качественной, адекватной и доступной, в том числе финансово, гендерно-аффирмативной медицинской помощи.

Множество исследований из различных стран мира описывает трудности, с которыми сталкиваются ТГО-люди на протяжении всей жизни, и влияние этих трудностей на их здоровье и благополучие (к примеру, [Aurat Foundation, 2016; Bhattacharya & Ghosh, 2020; Chumakov et al., 2021; Coleman et al., 2018; Heylens, Elaut et al., 2014; Human Rights Watch, 2014; James et al., 2016; Lee, Operario et al., 2020; Luz et al., 2022; McNeil et al., 2012, 2013; Motmans et al., 2017; Muller et al., 2019; Scandurra et al., 2017; Strauss et al., 2019; Suen et al., 2017; Valashany & Janghorbani, 2019; Veale et al., 2019; Wu et al., 2017]). Исследования показывают, что ТГО-люди часто сталкиваются со стигматизацией и предвзятостью, а также дискриминацией, преследованиями, жестоким обращением и насилием, или же живут в ожидании и страхе подобных действий. Общественные ценности и отношение, враждебные по отношению к ТГО-людям, зачастую прививаются подрастающему поколению при получении школьного образования (к примеру, см. [Olivier & Thurasukam, 2018]), выражаются в отторжении со стороны семьи (к примеру, см. [Yadegarfard et al., 2014]), а также закрепляются на уровне законодательства, политики и практик, направленных на ограничение свободы

выражения гендерной идентичности и сексуальной ориентации, нарушая доступ к жилью, общественным пространствам, получению образования, трудоустройству и сфере услуг (в том числе медицинских). В результате ТГО-люди зачастую оказываются лишёнными широкого набора возможностей, доступных их цисгендерным согражданам, и отгесняются на задворки общества, не имея поддержки со стороны семьи. Ситуацию усугубляет тот факт, что во многих странах мира ТГО-люди не имеют возможности получить юридическое признание своей гендерной идентичности или же такая возможность ограничена (к примеру, см. [ILGA World, 2020a; TGEU, 2021; UNDP and APTN, 2017]). В некоторых странах подобные преграды в настоящее время пользуются одобрением и поддержкой со стороны так называемых критиков теории гендера (критический разбор см. у [Madrigal-Borloz, 2021; Zanghellini, 2020]).

Попытки изменить гендерную идентичность (гендерно-репаративные или конверсионные программы, направленные на то, чтобы сделать человека цисгендерным) широко распространены, наносят вред ТГО-людям (к примеру, см. [APTN, 2020a, 2020b, 2020c, 2021; Bishop, 2019; GIRES et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020]) и (подобно попыткам изменить сексуальную ориентацию человека) считаются неэтичными (к примеру, см. [APS, 2021; Trispiotis and Purshouse, 2021; Various, 2019, 2021]). Подобные попытки можно считать разновидностью насилия. Независимый эксперт ООН по защите от насилия и дискриминации по признаку сексуальной ориентации и гендерной идентичности призвал ко всемирному запрету на подобные практики [Madrigal-Borloz, 2020]. Всё большее количество государств признаёт такие действия незаконными [ILGA World, 2020b].

К неравенству может приводить целый ряд факторов, включая экономические соображения и ценности, лежащие в основе финансирования систем здравоохранения, особенно в том, что касается государственного, частного и личного финансирования медицинских услуг. Преграды на пути к получению адекватной и доступной медицинской помощи могут приводить к большей зависимости от неформальных систем знаний. Сюда может входить информация о самостоятельном приёме гормональных препаратов, который нередко осуществляется без необходимого врачебного контроля и наблюдения (к примеру, см. [Do et al., 2018; Liu et al., 2020; Rashid et al., 2022; Reisner et al., 2021; Winter & Doussantousse, 2009]).

В некоторых частях мира значительное число трансгендерных женщин практикует введение силикона для коррекции фигуры, прибегая к услугам нелегальных косметологов (silicone “pumpers”) или же посещая так называемые «силиконовые вечеринки» (pumping “parties”). Непосредственный эффект инъекций силикона контрастирует с их последствиями для здоровья в дальнейшем (к примеру, см. [Aguayo-Romero et al., 2015; Bertin et al., 2019; Regmi et al., 2021]), особенно если используется промышленный силикон или иные вещества для инъекций или же если они выполняются в зонах тела, откуда хирургическое удаление может быть затруднено.

Наконец, показатели сексуального здоровья ТГО-людей также неудовлетворительны. Распространённость ВИЧ среди трансгендерных женщин, обращающихся в медицинские организации в крупных городах, составляет приблизительно 19% по всему миру, что в 49 раз превышает распространённость среди общего населения [Baral et al., 2013]. Сексуальное здоровье трансгендерных мужчин также страдает (к примеру, см. [Mujugira et al., 2021]).

***Рекомендация 2.4. Мы рекомендуем переводчикам «Стандартов помощи» на другие языки уделять основное внимание межкультурной, смысловой и буквальной эквивалентности для обеспечения соответствия перевода основным принципам, лежащим в основе SOC-8.***

Значительная часть исследований, посвящённых ТГО-людям, проводится в странах с высоким уровнем дохода, преимущественно англоязычных. В этих публикациях преобладает взгляд на ТГО-людей (включая медицинские потребности и услуги), характерный для стран Глобального Севера. Поиск по базе данных Scopus, предпринятый авторами этой публикации в мае 2021 года, показал, что 99% литературы, посвящённой здоровью трансгендерных людей, опубликовано в Европе, Северной Америке, Австралии или Новой Зеландии. В общем, 96% литературы издано на английском языке. Англоязычных публикаций о ТГО-людях, проживающих в южных странах, довольно мало, и материалы, созданные медицинскими специалистами, работающими с ними, часто не признаются, не публикуются или не переводятся на английский язык. Использование источников стран Глобального Севера чревато недооценкой важности и нюансов

знаний, накопленных в той или иной местности, культурных основ и практики, а также упущением возможности для обмена опытом.

При переводе принципов, изложенных в «Стандартах помощи», на другие языки мы рекомендуем следовать наилучшим практическим рекомендациям по переводу для обеспечения высокого качества получаемого материала, который может быть применим в местных условиях в культурном и лингвистическом отношении. Важно, чтобы переводчики обладали знаниями о ТГО-идентичностях и культурах, чтобы удостовериться, что буквальный перевод учитывает культурные особенности и будет безопасен для ТГО-людей, проживающих в той или иной местности. Также важно, чтобы перевод выполнялся в соответствии с установленной процедурой контроля качества [Centers for Medicare & Medicaid Services, 2010; Sprager & Martinez, 2015].

**Рекомендация 2.5.** Мы рекомендуем медицинским специалистам и лицам, определяющим политику оказания помощи, всегда следовать основным принципам SOC-8 при работе с трансгендерными и гендерно отличными людьми с целью защиты их прав и обеспечения доступа к адекватной и квалифицированной медицинской помощи, в том числе следующим принципам.

### *Общие принципы*

- Расширение прав и возможностей людей и инклюзивность. Нужно работать над уменьшением стигматизации и облегчать доступ к адекватной медицинской помощи всем, кому она требуется.
- Уважение к разнообразию. Следует уважать всех клиентов вне зависимости от их гендерной идентичности. Не следует патологизировать различия в гендерной идентичности или самовыражении.
- Соблюдение базовых прав человека, включая право на телесную и психическую неприкосновенность, автономность и самоопределение; свободу от дискриминации и право на наивысший достижимый уровень здоровья.

### *Принципы, связанные с разработкой и организацией адекватных услуг и доступной медицинской помощи*

- Следует привлекать трансгендерных и гендерно отличных людей к разработке и организации услуг.
- Следует знать о социальных, культурных, экономических и юридических факторах, способных повлиять на здоровье (и медицинские

потребности) трансгендерных и гендерно отличных людей, а также их готовность и возможность обратиться за медицинскими услугами.

- Следует оказывать помощь (или направлять пациента к компетентным коллегам) таким образом, чтобы она была аффирмативной по отношению к гендерной идентичности и экспрессии пациента, в том числе путём оказания услуг, направленных на уменьшение гендерной дисфории (при наличии таковой).
- Следует отказываться от подхода, так или иначе направленного на изменение гендерной идентичности человека, а также избегать оказания прямой или косвенной поддержки подобного подхода или услуг.

### *Принципы, связанные с оказанием квалифицированных услуг*

- Следует повышать свою квалификацию (путём прохождения обучения при возможности) в том, что касается медицинских потребностей трансгендерных и гендерно отличных людей, включая риски и преимущества гендерно-аффирмативной медицинской помощи.
- Следует адаптировать клинический подход к потребностям конкретных пациентов, в особенности к их целям в том, что касается гендерной идентичности и экспрессии.
- Следует уделять основное внимание улучшению здоровья и повышению общего благополучия пациентов, а не только уменьшению гендерной дисфории, которая не обязательно присутствует в каждом конкретном случае.
- Следует при необходимости придерживаться стратегии снижения вреда.
- Следует обеспечивать полное и непрерывное информированное участие трансгендерных и гендерно отличных пациентов во всех решениях, касающихся их здоровья и благополучия на всех этапах.
- Следует стремиться к улучшению опыта получения медицинских услуг для пациентов, включая вопросы администрирования и наблюдения.

### *Принципы касательно работы с сообществом с целью повышения уровня здоровья*

- Следует отправлять пациентов в сообщества и сети взаимной поддержки.
- Следует оказывать пациентам поддержку и защищать их права в том, что касается взаимодействия с семьями и различными сообществами (школой, местом работы и прочими), когда это необходимо.

Мы уже упоминали клинические исследования, описывающие широкий спектр трудностей, с которыми могут сталкиваться ТГО-

люди; социальные, экономические и юридические преграды, а также преграды, связанные с доступом к медицинским услугам. Несмотря на то что сфера медицинских услуг отличается значительным разнообразием от страны к стране (в том, что касается наличия, доступности и качества), услуги, доступные ТГО-людям, зачастую не являются адекватными. Многочисленные данные из различных регионов по всему миру свидетельствуют о том, что, в то время как отдельные ТГО-люди говорят о позитивном опыте взаимодействия с системами здравоохранения, многие сообщают об обратном (к примеру, [Callander et al., 2019; Costa, da Rosa Filho et al., 2018; Do et al., 2018; Gourab et al., 2019; Health Policy Project et al., 2015; Liu et al., 2020; Motmans et al., 2017; Muller et al., 2019; РАНО, 2014; Reisner et al., 2021; Strauss et al., 2017; TGEU, 2017]). Услуги, востребованные общим населением, зачастую не соответствуют потребностям ТГО-людей в том, что касается общего и сексуального здоровья, а также их потребностям в гендерно-аффирмативной помощи. Признание гендерной идентичности ТГО-пациентов часто невозможно в рамках стандартной процедуры учёта пациентов в клиниках и больницах (включая тот аспект, как именно пациент, чья идентичность не соответствует бинарной гендерной модели, определяет себя). Пациенты могут помещаться в палаты, не подходящие им в гендерном отношении, что повышает их риск подвергнуться сексуальным домогательствам. ТГО-пациенты зачастую сталкиваются с неблагоприятным или враждебным отношением со стороны МС или вспомогательного персонала, вплоть до полного отказа в помощи. Вызывает беспокойство также тот факт, что в некоторых частях мира МС принимают участие в вышеописанных попытках изменить гендерную идентичность пациентов.

Во всём мире существует множество преград к получению гендерно-аффирмативной медицинской помощи. Нередко встречается нежелание медицинских специалистов предоставлять ТГО-людям необходимые им услуги. Также в отдельных странах их в этом может ограничивать закон, вплоть до полного запрета<sup>7</sup>. Отсутствие доступа к ясным рекомендациям на родном языке у врачей общего профиля и прочих специалистов может также препятствовать их готовности

---

<sup>7</sup> Так, в Российской Федерации был принят федеральный закон от 24.07.2023 № 369814-8 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации (в части запрета смены пола человека)», запрещающий, среди прочего, «осуществление медицинских вмешательств, включая применение лекарственных препаратов, направленных на смену пола». — *Прим. ред.*

оказывать услуги. Даже в ситуациях, когда возможность получить медицинскую помощь имеется, доступ к последней может быть затруднён из-за дальности расстояния, строгих критериев отбора, разрыва между спросом и предложением, что ведёт к образованию длинных листов ожидания или увеличению стоимости. Гендерно-аффирмативные вмешательства могут быть недоступными в рамках программы всеобщего здравоохранения и не покрываться частной медицинской страховкой, в отличие от аналогичных вмешательств для трансгендерных пациентов.

В силу всех перечисленных причин многие ТГО-люди по мере возможности избегают обращения в любые медицинские учреждения. Зачастую этот недостаток восполняется силами самого ТГО-сообщества, члены которого могут оказывать помощь друг другу. Они могут обеспечивать друг друга социальной и эмоциональной поддержкой на фоне часто враждебной внешней среды. Кроме этого, они нередко собирают и обрабатывают информацию о том, где и как можно получить помощь, включая альтернативные услуги, находящиеся за рамками официальной медицины (при этом нередко более доступные, в том числе финансово). Как было показано выше в этой главе, сюда нередко входит информирование друг друга об инъекциях силикона и прочих веществ для коррекции фигуры, а также о самоназначении гормональных препаратов, которые принимаются самостоятельно, без необходимого врачебного контроля и наблюдения. ВОЗ отмечает, что ТГО-людям, самостоятельно принимающим гормональные препараты с гендерно-аффирмативной целью, было бы полезно иметь доступ к достоверной информации, качественным препаратам, а также стерильным материалам для инъекций [ВОЗ, 2021]. Доступ к подобной информации может обеспечиваться в рамках более широкой стратегии по снижению вреда (к примеру, см. [Idrus & Numan, 2014]).

Реализация вышеописанных важных базовых принципов на практике может приводить к улучшению опыта взаимодействия ТГО-людей с системами здравоохранения, а также способствовать более уважительному отношению к ним в иных местных контекстах. Это может происходить вне зависимости от реалий системы здравоохранения (включая культурный, социальный, юридический и экономический контекст оказания помощи), доступности услуг или личных особенностей отдельных ТГО-людей, обращающихся за помощью.

### ГЛАВА 3. ДЕМОГРАФИЯ

В ходе разработки предыдущей, 7-й, версии «Стандартов помощи», Всемирной профессиональной ассоциации по здоровью трансгендерных людей (WPATH) удалось обнаружить крайне мало публикаций, в которых бы предпринималась попытка оценить размер группы населения, относящейся к трансгендерным и гендерно отличным людям (ТГО), и состояние науки в данном отношении на тот момент было охарактеризовано как «находящееся в отправной точке» и требующее дальнейших систематических исследований [Coleman et al., 2012]. С тех пор количество литературы, посвящённой этой теме, значительно увеличилось, о чём свидетельствует количество недавних обзоров, ставящих целью обобщить имеющиеся данные [Arcelus et al., 2015; Collin et al., 2016; Goodman et al., 2019; Meier & Labuski, 2013; Zhang et al., 2020].

При составлении обзоров эпидемиологических данных, имеющих отношение к ТГО-людям, лучшим подходом, возможно, будет избегание таких терминов, как «распространённость» и «заболеваемость». Отказ от использования этих и аналогичных терминов может предотвращать неуместную патологизацию ТГО-людей [Adams et al., 2017; Bouman et al., 2017]. Кроме этого, термин «заболеваемость» может быть неприменим в этом контексте, поскольку его использование предполагает наличие некоего легко определяемого момента наступления ТГО-статуса, что является необходимым требованием для математической оценки этого параметра [Celentano & Szklo, 2019]. В силу всех вышеперечисленных причин мы рекомендуем использовать термины «число» и «доля» для обозначения абсолютного и относительного размера ТГО-группы населения.

Возможно, самым важным соображением при обзоре подобной литературы будет различие в рамках определений, используемых в отношении ТГО-людей [Collin et al., 2016; Meier & Labuski, 2013]. В исследованиях, проведённых на базе тех или иных клиник, данные о ТГО-людях, как правило, ограничиваются пациентами, которым был поставлен диагноз, имеющий отношение к трансгендерности, или же теми, кто обращались за гендерно-аффирмативными вмешательствами или получили эти услуги, в то время как исследования, основанные на опросах населения, как правило, используют более

широкое и инклюзивное определение, основанное на самоопределении гендерной идентичности.

Ещё одно методологическое соображение касательно оценки размера и распределения ТГО-группы населения состоит в необходимости определить, что составляет основу выборки. Как отмечено в недавних обзорах [Goodman et al., 2019; Zhang et al., 2020], многие из опубликованных исследований, особенно те, которые были проведены более десяти лет назад, сначала оценивали количество пациентов, пользовавшихся услугами определённой клиники, а затем делили это число на приблизительное количество населения. Точность результатов, полученных подобным путём, будет довольно низка, поскольку числитель в этих расчётах не обязательно является частью знаменателя, в то время как истинный размер знаменателя зачастую неизвестен.

Учитывая эти соображения, стоит сфокусировать внимание на новейших (опубликованных на протяжении последних десяти лет) рецензированных исследованиях, проведённых с использованием надёжной методологии выявления ТГО-людей, позволяющей получить репрезентативную выборку. В силу всех вышеуказанных причин исследования, лёгшие в основу данной главы, были отобраны по следующим критериям: 1) вышли в 2009 году или позже; 2) используется чёткое определение ТГО-статуса; 3) при расчёте доли ТГО-населения используется чётко определённый показатель численности населения; и 4) имеется рецензия. Исследования, отобранные по такому принципу, способны дать более достоверную современную оценку. Имеющиеся исследования можно разделить на три группы: 1) выявляющие долю ТГО-людей среди пациентов крупных медицинских учреждений; 2) основанные на результатах опроса населения, главным образом взрослого; и 3) основанные на опросах учеников школ. Ниже предлагается обзор наиболее информативных и методологически надёжных исследований из всех трёх категорий. Дополнительную информацию об этих и аналогичных исследованиях можно найти в недавних обзорах научной литературы [Goodman et al., 2019; Zhang et al., 2020].

Все исследования, ставившие целью оценить долю ТГО-людей среди пациентов крупных медицинских учреждений, были проведены в США и основаны на данных, содержащихся в электронных медицинских картах. В рамках четырёх из этих исследований,

проведённых на базе медицинских учреждений, ТГО-пациенты определялись исключительно на основе зафиксированных в медицинских картах диагностических кодов; в двух исследованиях [Blosnich et al., 2013; Kauth et al., 2014] использовались данные Системы здравоохранения по делам ветеранов (Veterans Health Affairs), насчитывающей более 9 миллионов пациентов, в двух других исследованиях [Dragon et al., 2017; Ewald et al., 2019] использовались данные Medicare, федеральной программы по медицинскому страхованию населения, охватывающей преимущественно людей от 65 лет и старше. Доля ТГО-людей, согласно результатам исследований с использованием диагностических кодов, составила приблизительно от 0,02% до 0,03%. В ещё одном недавнем исследовании при выявлении ТГО-людей использовались как данные из Medicare, так и данные коммерческих страховых компаний, а также были применены расширенные критерии отбора: к диагностическим кодам добавилась информация о выполненных вмешательствах и гормональной терапии [Jasuja et al., 2020]. С помощью этой методологии доля ТГО-людей среди участников программ медицинского страхования была определена как 0,03%. Шестое исследование на базе медицинских учреждений [Quinn et al., 2017] было проведено с использованием данных страховой компании Kaiser Permanente в штатах Джорджия и Калифорния; услугами этой компании пользуются около 8 миллионов пациентов, при этом страховые взносы оплачиваются работодателями, через государственные программы или индивидуально. В рамках исследования на базе Kaiser Permanente ТГО-люди выявлялись среди всех возрастных групп с использованием как диагностических кодов, так и клинических записей в текстовой форме. Доля ТГО-людей, обнаруженных среди клиентов Kaiser Permanente, была выше, чем в исследованиях, основанных на данных Veterans Health Affairs и Medicare, и, по последним оценкам, составила от 0,04% до 0,08%.

По сравнению с исследованиями, проведёнными на базе медицинских учреждений, в результате исследований на базе опросов населения, предполагавших самоопределение участников, были получены значительно более высокие цифры. Два исследования из США были проведены на базе Системы отслеживания поведенческих факторов риска (Behavioral Risk Factor Surveillance Study, BRFSS), которая представляет собой ежегодный телефонный опрос населения, проводимый во всех 50 штатах и территориях США

[Conron et al., 2012; Crissman et al., 2017]. В первом исследовании использовались данные BRFSS за 2007–2009 годы по штату Массачусетс, во втором — данные BRFSS за 2014 год по 19 штатам и территории Гуам<sup>8</sup>. Согласно обоим исследованиям, примерно 0,5% взрослых участников опроса (18 лет или старше) ответили «да» на вопрос «*Относите ли вы себя к трансгендерным людям?*».

В рамках исследования, проведённого через интернет, была опрошена выборка населения Нидерландов возрастом от 15 до 70 лет [Kuiper & Wijzen, 2014], при этом участников попросили ответить на два вопроса с использованием 5-балльной шкалы Ликерта<sup>9</sup>: «*Укажите, в какой степени вы ощущаете себя мужчиной психологически?*» и «*Укажите, в какой степени вы ощущаете себя женщиной психологически?*» Гендерная принадлежность участников определялась как «неоднозначная» в случае, если в ответах на оба вопроса было одинаковое количество баллов; если полу, приписанному им при рождении, соответствовало меньшее количество баллов, чем гендерной идентичности, участников определяли как «гендерно несоответствующих». Доли участников с «несоответствующей» и «неоднозначной» гендерной идентичностью составили соответственно 1,1% и 4,6% у людей с приписанным при рождении мужским полом (АМАВ) и 0,8% и 3,2% у людей с приписанным при рождении женским полом (АФАВ).

В рамках аналогичного исследования была оценена доля ТГО-людей среди населения области Фландрия в Бельгии, при этом выборка была взята из национального реестра [Van Caenegem, Wiersckx et al., 2015]. Участникам было предложено оценить следующие утверждения по 5-балльной шкале Ликерта: «*Я чувствую себя женщиной*» и «*Я чувствую себя мужчиной*». При использовании тех же определений, что и в голландском исследовании [Kuiper & Wijzen, 2014], доля гендерно несоответствующих участников составила 0,7% среди людей АМАВ и 0,6% среди людей АФАВ. Доля гендерно неоднозначных составила 2,2% и 1,9% среди людей АМАВ и АФАВ соответственно.

---

<sup>8</sup> Гуам — остров в архипелаге Марианских островов, находящийся в западной части Тихого океана. Гуам является территорией США. Население острова — 170 534 на 2021 год.

<sup>9</sup> Шкала Ликерта, или шкала суммарных оценок — психометрическая шкала, которая часто используется в опросниках и анкетных исследованиях. При работе со шкалой испытуемый оценивает степень своего согласия или несогласия с каждым суждением, от «полностью согласен» до «полностью не согласен».

В рамках более недавнего популяционного исследования была оценена доля ТГО-людей среди приблизительно 50 000 взрослых жителей лена<sup>10</sup> Стокгольм в Швеции [Åhs et al., 2018]. Участникам предлагалось оценить степень согласия с утверждением *«Мне бы хотелось принимать гормональные препараты или подвергнуться хирургической операции, чтобы выглядеть как человек другого пола»*. Также использовалось два других утверждения для выявления людей, испытывающих гендерное несоответствие: *«Я чувствую себя человеком другого пола»* и *«Мне бы хотелось жить как человек другого пола или чтобы ко мне относились как к человеку другого пола»*. О желании прибегнуть к гормональной терапии или хирургическому вмешательству сообщили 0,5% опрошенных. Доля сообщивших о том, что они чувствуют себя людьми другого пола, и тех, кто выразили желание жить как люди другого пола или чтобы к ним относились как к людям другого пола, составила 2,3 и 2,8% от всей выборки соответственно.

Популяционные исследования, проведённые за пределами Северо-Американского континента и Западной Европы, встречаются реже. Ценные данные получены в результате недавнего исследования на основе большого репрезентативного опроса с охватом 6000 взрослых из Бразилии [Spizzirri et al., 2021]. Гендерная идентичность участников определялась на основе их ответов на три следующих вопроса: 1) *«Какой из этих вариантов лучше всего описывает ваше самоощущение сейчас?»* (варианты: *«Я чувствую, что я мужчина»*, *«Я чувствую, что я женщина»*, *«Я чувствую, что я не мужчина и не женщина»*); 2) *«Какой пол указан в вашем свидетельстве о рождении?»* (варианты: мужской, женский, неопределённый); и 3) *«Что лучше всего описывает вашу ситуацию?»* (варианты: *«Мой пол при рождении мужской, но у меня с детства было чувство, что он женский»*; *«Мой пол при рождении женский, но у меня с детства было чувство, что он мужской»*; *«Мой пол при рождении мужской, и меня это устраивает»*; *«Мой пол при рождении женский, и меня это устраивает»*). Основываясь на ответах участников на эти три вопроса, авторы исследования определили 1,9% участников как ТГО (0,7% были определены как трансгендерные и 1,2% — как небинарные).

В число исследований, посвящённых доле ТГО-людей среди подростков (младше 19 лет), входят несколько исследований на основе

---

10 Лен — единица административно-территориального деления Швеции.

опросов, проведённых среди школьников. В 2012 году в рамках все-народного опроса, выполненного методом поперечных срезов<sup>11</sup> в Новой Зеландии, были получены данные о количестве ТГО-людей среди учеников старших классов [Clark et al., 2014]. Из 8000 опрошенных 1,2% определили себя как ТГО и 2,5% сообщили о неуверенности в этом отношении. Ещё одно исследование, посвящённое школьникам, основывалось на опросе, проведённом в 2016 году среди учеников 9-го и 11-го классов (14–18 лет) в штате США Миннесота [Eisenberg et al., 2017]. Из почти 81 000 опрошенных 2,7% определили себя как ТГО. В рамках более недавнего исследования [Johns et al., 2019] были представлены результаты Исследования рискованного поведения у подростков (Youth Risk Behavior Survey, YRBS), проводимого каждые два года с репрезентативной выборкой среди учеников 9–12-х классов (приблизительно 13–19 лет) на уровне отдельных населённых пунктов, на уровне штата и на общенациональном уровне. Опрос 2017 года проводился в 10 штатах и 9 крупных городских районах и включал в себя следующий вопрос: *«Некоторые люди называют себя трансгендерными, если пол при рождении не соответствует тому, как они себя ощущают. Являетесь ли вы трансгендерным человеком?»* Из числа почти 120 000 опрошенных из 19 штатов 1,8% ответили *«Да, я трансгендерный человек»*, и 1,6% ответили *«У меня нет уверенности, что я трансгендерный человек»*.

В ещё одном недавно опубликованном исследовании, посвящённом старшеклассникам, были представлены результаты опроса, проведённого во Флориде и Калифорнии в 2015 году с целью выявить гендерно отличных детей и подростков среди выборки из 6000 учеников 9–12-х классов [Lowry et al., 2018]. Определение «чрезвычайно гендерно неконформные» было использовано в отношении детей АМАВ, сообщивших о том, что они являются очень / преимущественно / в некоторой степени феминными, или детей АФАВ, сообщивших о том, что они являются очень / преимущественно / в некоторой степени маскулинными. На основании этих определений доля ТГО-людей среди опрошенных составила 13% среди учащихся АМАВ, 4% среди учащихся АФАВ, общая доля составила 8,4%.

---

<sup>11</sup> Метод поперечных срезов — метод психологических исследований, при котором эмпирический эксперимент проводится один раз и при этом одновременно изучаются группы людей разного возраста. Как правило, возраст испытуемых принимается за независимую переменную, а изучаемые признаки рассматриваются в зависимости от возраста. В результате эксперимента получается «моментальная» общественная картина, описывающая факты, мнения или образцы поведения на момент сбора данных.

Только в одном исследовании была предпринята попытка оценить долю ТГО-людей среди детей более раннего возраста (на основании самоопределения участников). Shields et al. были проанализированы данные, полученные в результате опроса, проведённого в 2011 году среди 2700 учеников 6–8-х классов (11–13 лет) в 22 средних общеобразовательных школах города Сан-Франциско [Shields et al., 2013]. 33 ребёнка определили себя как ТГО на основании вопроса «*Какого вы пола?*», где варианты ответов были «женского», «мужского», «я трансгендерный человек». В результате доля трансгендерных людей среди опрошенных составила 1,3%. Однако использованное определение потенциально исключает ТГО-людей, определяющих себя как небинарные, а также тех, кто не использует термин «трансгендерный» для описания своей идентичности.

В совокупности по данным, полученным в результате исследований на базе медицинских учреждений, в ходе которых были использованы диагностические коды или прочая медицинская документация [Blosnich et al., 2013; Dragon et al., 2017; Ewald et al., 2019; Kauth et al., 2014; Quinn et al., 2017], доля ТГО-людей, по сообщениям за последние годы (2011–2016) составила от 0,02% до 0,08%. В то же время в исследованиях, где ТГО-статус определялся на основании самоопределения, соответствующая доля оказывалась на несколько порядков выше и была довольно неизменной при условии, что в исследовании использовались сходные определения. В случаях, когда речь в опроснике шла именно о «трансгендерной» идентичности, доля составляла от 0,3% до 0,5% среди взрослых и от 1,2% до 2,7% среди детей и подростков. Когда определение расширялось, включая иные проявления гендерного разнообразия, такие как гендерное несоответствие или гендерная неоднозначность, доля соответственно увеличивалась: от 0,5% до 4,5% среди взрослых и от 2,5% до 8,4% среди детей и подростков.

Как было отмечено в другой публикации [Goodman et al., 2019]), важно отметить непрерывный рост в численности и составе ТГО-группы населения с тенденцией к увеличению доли ТГО-людей, обращающихся в различные медицинские учреждения, доли ТГО-людей согласно результатам опросов населения, а также доли ТГО-людей, получающих юридическое признание гендерной идентичности. Более высокие показатели, наблюдаемые в исследованиях за последние годы, подтверждают предположения, высказанные

в более ранних публикациях, о том, что истинный размер ТГО-группы населения с большой вероятностью был недооценён в более ранних исследованиях [Olyslager & Conway, 2008].

*Обобщённые результаты оценки доли ТГО-людей среди общего населения*

Исследования на базе медицинских учреждений: 0,02–0,1%

Исследования на основе опросов среди взрослого населения: 0,3–0,5% (трансгендерные люди), 0,3–4,5% (все ТГО-люди)

Исследования на основе опросов среди детей и подростков: 1,2–2,7% (трансгендерные люди), 2,5–8,4% (все ТГО-люди)

Тенденции касательно соотношения людей АМАВ и АФАВ на протяжении времени также затрагиваются в исследованиях, в ходе которых были проанализированы данные о пациентах, получивших направление в клиники, а также данные комплексных систем здравоохранения; в то время как в предыдущие десятилетия среди ТГО преобладали люди АМАВ, за последние годы это соотношение изменилось в пользу АФАВ-людей, особенно среди ТГО-подростков [Aitken et al., 2015; de Graaf, Carmichael et al., 2018; de Graaf, Giovanardi et al. 2018; Steensma et al., 2018; Zhang et al., 2021].

Наблюдаемая тенденция к большей представленности ТГО-людей среди людей более молодого возраста, а также возрастные различия в соотношении людей АМАВ и АФАВ с большой вероятностью являются проявлением «эффекта когорты»<sup>12</sup>, который отражает социополитические достижения, изменения в порядке направления пациентов в клиники, улучшение доступа к медицинской помощи и информации медицинского характера, уменьшение стигматизации в культурном пространстве и прочие изменения, приводящие

---

<sup>12</sup> «Эффект когорты» — наблюдаемое явление, являющееся свойством, объединяющим конкретное поколение. Дети, родившиеся в одинаковых культурных или исторических условиях, выказывают черты сходства в мышлении и поведении, которые можно прямо сопоставить с общим культурно-историческим воздействием. К примеру, исследование социального развития подростков будет содержать довольно разные результаты, если сравнивать подростков 1940-х, 1960-х и 1980-х годов, из-за существенных различий между этими периодами.

к различиям между поколениями [Ashley 2019d; Pang et al., 2020; Zhang et al., 2020].

Несмотря на более высокое качество исследований, опубликованных за последние годы, важное ограничение имеющейся литературы состоит в относительном недостатке рецензированных публикаций, выходящих за пределами стран Западной Европы и Северной Америки. Отчасти данные, имеющие значение для оценки доли ТГО-людей на глобальном уровне, могут быть получены из отчётов, составляемых при поддержке правительств или неправительственных организаций [Fisher et al., 2019; Kasianczuk & Trofymenko, 2020], однако подобные отчёты с трудом поддаются систематическому обнаружению и оценке до своего появления в рецензируемых журналах. Среди прочих преград к оценке доли ТГО-людей на глобальном уровне можно назвать также трудности доступа к демографическим данным и чрезмерную представленность англоязычных журналов среди мировой научной литературы.

Несмотря на эти ограничения, данные наивысшего качества, имеющиеся на сегодняшний день, ясно говорят о том, что ТГО-люди представляют собой значительную и растущую долю общего населения. По современным достоверным данным она может составлять от доли процента до нескольких процентов, в зависимости от критериев включения, возрастной группы и местоположения. Точная оценка доли, распределения и состава ТГО-группы населения, а также примерное представление о количестве ресурсов, необходимых для удовлетворения медицинских потребностей ТГО-людей, должны опираться на систематически собираемые данные высокого качества, которые становятся всё более доступными. Непрерывный сбор данных в рамках стандартной процедуры необходим для снижения изменчивости результатов, а также для минимизации их завышения или занижения. К примеру, точность оценки значительно повысится, если данные о поле, приписанном при рождении, а также гендерной идентичности людей, включая такие категории, как асексуальные и небинарные люди, будут систематически собираться при проведении переписи населения с использованием доказавшего свою надёжность двухступенчатого метода. Первая подобная оценка, основанная на данных переписи населения, была опубликована национальным статистическим управлением Канады. По данным переписи населения,

проведённой в 2021 году, 100 815 из 30,5 миллионов канадцев определили себя как трансгендерных или небинарных; это число составляет 0,33% от всего населения страны возрастом 15 лет или старше [Statistics Canada, 2022]. В соответствии с опубликованными данными доля трансгендерных и небинарных людей была значительно выше среди поколения Z (тех, кто рождён в промежутке от 1997 до 2006 года, 0,79%) и поколения миллениалов (людей, рождённых в промежутке от 1981 до 1996 года, 0,51%) по сравнению с поколением X (людьми, рождёнными между 1966 и 1980 годами, 0,19%), бэби-бумерами (людьми, рождёнными между 1946 и 1965 годами, 0,15%), а также межвоенным и Величайшим поколением (людьми, рождёнными в 1945 году или ранее, 0,12%)<sup>13</sup>. Несмотря на то что эти результаты представляют собой самые качественные данные, имеющиеся на сегодняшний день, неясно, как данные, полученные в Канаде, могут соотноситься с ситуацией в других странах. Развивая международное сотрудничество, можно добиться дальнейшего снижения изменчивости в определениях касательно того, каких людей следует относить к ТГО-группе населения, а также различий в методах сбора данных.

---

<sup>13</sup> Эта периодизация поколений имеет свои ограничения. В конкретных странах внутри поколения могут быть более дробные категории — например, на постсоветском пространстве мы можем говорить об отдельном поколении, чье детство пришлось на эпоху перестройки, а границы между поколениями в столицах и в небольших провинциальных городах также могут отличаться.

## ГЛАВА 4. ОБРАЗОВАНИЕ

В этой главе представлен общий обзор публикаций, имеющих отношение к образованию в сфере охраны здоровья ТГО-людей. Предлагаемые рекомендации адресованы государственным структурам, негосударственным организациям, учреждениям и специалистам с целью сделать более доступной качественную медицинскую помощь, основанную на сопереживании. В свою очередь, увеличение доступности помощи должно способствовать улучшению показателей здоровья ТГО-сообщества. Поскольку эта глава вошла в состав «Стандартов помощи» Всемирной профессиональной ассоциации по здоровью трансгендерных людей (WPATH) начиная с 8-й версии, мы ставим цель заложить фундамент для дальнейшей просветительской деятельности и пригласить специалистов сферы образования и медицинских специалистов к дальнейшему расширенному и углублённому обсуждению.

Специалисты, задействованные в оказании медицинской помощи трансгендерным людям, принадлежат к широкому спектру дисциплин. Обучение медицинских специалистов значительно различается в отдельных странах и регионах с точки зрения структуры, лицензирования и политики. Основная масса литературы, посвящённой обучению в области охраны здоровья трансгендерных людей, выходит в странах Северной Америки, Европы, Австралии и Новой Зеландии. В этой главе не предлагается обзор литературы, посвящённой обучению каждой дисциплине в отдельности, потребностям, специфическим для отдельных дисциплин (этому посвящены соответствующие главы), или же потребностям, специфическим для сферы медицинского образования в отдельных странах и регионах. Для этого требуется более глубокое понимание, а также дальнейшие исследования на пересечении систем медицинского образования, лицензирования и оказания медицинской помощи трансгендерным людям по всему миру.

В глобальном масштабе обучение в области охраны здоровья трансгендерных людей является необходимым для устранения различий в показателях состояния здоровья между странами и отдельными регионами внутри них. Неумение учитывать культурные особенности различных ТГО-сообществ сохраняется. По данным Всемирного банка (2018), дискриминация, преследования, насилие и жестокое

обращение по отношению к ТГО-людям широко распространены. При этом уровень насилия и дискриминации, с которыми сталкиваются ТГО-люди, превышает соответствующие показатели у прочих групп населения [World Bank Group, 2018]. Несмотря на то что во многих странах с более высоким уровнем дохода существует антидискриминационное законодательство, запрещающее дискриминацию по принципу гендерной идентичности, проблема дискриминации на рабочем месте, в сфере образования и сфере медицинских услуг продолжает существовать [World Bank Group, 2018].

Обучение клиническим и культурным аспектам оказания медицинской помощи ТГО-людям исторически оставалось за рамками учебных программ всех дисциплин и уровней: вузовского, послевузовского, ординатуры и программ повышения квалификации. Совместной комиссией (США) было рекомендовано, чтобы организации сферы здравоохранения «создавали образовательные программы и форумы, направленные на удовлетворение специфических потребностей ЛГБТ-сообщества», а также «предлагали возможности для обучения в сфере охраны здоровья ЛГБТ-сообщества» [The Joint Commission, 2011]. Однако эти рекомендации не являются обязательными к исполнению.

На локальном уровне можно задать несколько вопросов. Какие образовательные меры будут наиболее эффективно способствовать искоренению трансфобии и устойчивому изменению отношения к ТГО-людям? С помощью каких мер можно добиться увеличения численности специалистов в этой области и охвата ТГО-населения медицинской помощью? Будет ли регулярная работа с ТГО-пациентами повышать уверенность медицинских специалистов со временем? Какие образовательные меры ведут к улучшению показателей здоровья ТГО-группы населения и, если это происходит, в какой момент и каким образом достигается это улучшение? Несмотря на то что элементы по охране здоровья ТГО-людей начинают вводиться в образовательные программы с использованием различных методик и на различных уровнях обучения, в каждой дисциплине это реализуется по-своему, системный подход и последовательность отсутствуют (например, [Brennan et al., 2012; Chinn, 2013; Eliason et al., 2010; Lim et al., 2015; Obedin-Maliver et al., 2011; Rondahl, 2009]). Одной из конечных целей получения образования является формирование культурной компетентности, предполагающей

глубокое понимание интерсекциональной природы человеческого опыта. Учитывая это, цель начального этапа обучения состоит в том, чтобы заложить основы культурной осведомлённости и компетентности, которые на данный момент недостаточны или полностью отсутствуют в значительной части мира.

Все рекомендации, вошедшие в эту главу, были сформулированы после подробного анализа доказательной базы, оценки преимуществ и вреда, ценностей и предпочтений специалистов и пациентов, а также использования ресурсов и реализуемости. В некоторых случаях мы были вынуждены признать недостаточность доказательной базы и/или факт недоступности некоторых услуг или их нежелательности.

### *Рекомендации*

4.1. Мы рекомендуем, чтобы все сотрудники государственных, негосударственных и частных организаций проходили обучение по повышению культурной осведомлённости с целью развития навыка достойного и уважительного обращения с трансгендерными и гендерно отличными людьми.

4.2. Мы рекомендуем, чтобы все медицинские работники проходили обучение по повышению культурной осведомлённости с целью развития навыка достойного и уважительного обращения с трансгендерными и гендерно отличными людьми в рамках ознакомительного курса, а также на всех последующих этапах обучения, включая курсы повышения квалификации.

4.3. Мы рекомендуем учреждениям, предоставляющим медицинское образование, включать охрану здоровья трансгендерных и гендерно отличных людей в число необходимых профессиональных навыков и учебных задач в рамках обучения по всем направлениям той или иной специальности.

**Рекомендация 4.1.** Мы рекомендуем, чтобы все сотрудники государственных, негосударственных и частных организаций проходили обучение по повышению культурной осведомлённости с целью развития навыка достойного и уважительного обращения с трансгендерными и гендерно отличными людьми.

Согласно статье 1 Всеобщей декларации прав человека ООН, «все люди рождаются свободными и равными в своём достоинстве и правах» [ООН, 1948]. Человеческие права ТГО-людей были признаны как таковые в рамках этого утверждения не так давно [UNOCHR, 2018]. По всему миру умения работать с ТГО-сообществом на всех уровнях по-прежнему не хватает. Не далее как в 2002 году только в 3% компаний из списка Fortune 500<sup>14</sup> существовал внутренний запрет на дискриминацию ТГО-сотрудников, при этом ни одна компания не предлагала своим сотрудникам страховое покрытие гендерно-аффирмативных вмешательств [Human Rights Campaign Foundation, 2017]. К 2022 году 91% компаний из списка Fortune 500 присоединились к политике запрета дискриминации по принципу гендерной идентичности, и в 66% из них гендерно-аффирмативные вмешательства покрываются предлагаемой медицинской страховкой. Однако только в 72% из них проводится какое-либо обучение по повышению культурной осведомлённости о лесбиянках, геях, бисексуальных, трансгендерных, квир-людях, людях в гендерном поиске (LGBTQ) для сотрудников [Human Rights Campaign Foundation, 2022]. Этот недостаток понимания способствует повсеместному сохранению дискриминации. В совокупности подобная непоследовательность негативно отражается на здоровье отдельных людей и сообщества в целом и ухудшает диспропорцию показателей здоровья, а также общее неравенство, с которым эти люди сталкиваются. В Великобритании только 28% ТГО-сотрудников ощущают, что руководство компании заботится о равноправии ТГО-людей; только 21% ТГО-сотрудников заявляет, что были бы готовы сообщить руководству о преследованиях на почве трансфобии на рабочем месте [Stonewall, 2018]. Среди тех, кто не скрывает свою принадлежность к ТГО-сообществу, 34% говорят о том, что сотрудники их избегают, 35% столкнулись с оскорбительным обращением со стороны клиентов, 24% не получили продвижение по службе по причине

---

<sup>14</sup> Fortune 500 — список 500 крупнейших компаний США по размеру выручки, составляемый журналом Fortune.

принадлежности к ТГО-сообществу и 11% были уволены [Stonewall, 2018]. На юго-востоке Европы, по данным Всемирного банка, дискриминация, преследования, насилие и жестокое обращение по отношению к ТГО-людям весьма распространены, и здесь отмечены самые высокие показатели насилия и дискриминации по отношению к ТГО-людям [World Bank Group, 2018]. Зачастую о дискриминации никак не сообщается, и 60% людей не обращались в полицию по причине неуверенности, что жалоба приведёт к каким-либо последствиям, из-за страха столкнуться с дальнейшей дискриминацией или насмешками или же из-за нежелания раскрыть свою принадлежность к ТГО-сообществу [World Bank Group, 2018]. Несмотря на то что во многих странах этого региона дискриминация по принципу гендерной идентичности законодательно запрещена на государственном уровне, дискриминация на рабочих местах, в сфере образования, а также в сфере здравоохранения сохраняется [World Bank Group, 2018]. В странах, где существует антидискриминационное законодательство, ответственность за защиту прав ТГО-людей лежит на государственных, негосударственных и частных организациях. Таким образом, именно они обязаны искать пути снижения дискриминации и стигматизации. Одним из подобных путей является просвещение. Преградой на пути к просвещению нередко становятся местные культурные традиции, подпитывающие негативное отношение к ТГО-людям. Несмотря на то что результаты обучения по повышению культурной осведомлённости не всегда однозначны, согласно рекомендации Shepherd [2019], желаемых результатов можно добиться, если при проведении подобного обучения уделять особое внимание местной культурной проблематике и делать фокус на таких ценностях, как открытость, безоценочность и отзывчивость. Для организации обучения по повышению культурной осведомлённости требуется готовность руководства придать этому обучению приоритетную важность, а также выделить достаточно времени, финансов и человеческих ресурсов, чтобы обучение было начато и велось на постоянной основе.

**Рекомендация 4.2.** Мы рекомендуем, чтобы все медицинские работники проходили обучение по повышению культурной осведомлённости с целью развития навыка достойного и уважительного обращения с трансгендерными и гендерно

отличными людьми в рамках ознакомительного курса, а также на всех последующих этапах обучения, включая курсы повышения квалификации.

Обучение клиническим и культурным аспектам оказания медицинской помощи ТГО-людям исторически оставалось за рамками учебных программ всех дисциплин и уровней: вузовского, послевузовского, ординатуры и программ повышения квалификации. Среди причин игнорирования этой области можно назвать недостаток соответствующих знаний и опыта, а также психологический дискомфорт и предрассудки преподавательского коллектива, невозможность выделить достаточно времени в рамках существующей учебной программы, непонимание и отсутствие ориентиров в том, что касается интегрирования новых тем в существующую учебную программу [McDowell & Bower, 2016]. В имеющихся исследованиях, раскрывающих недостаток подобного образования и его необходимость, тема специфических медицинских потребностей ТГО-людей не поднимается как таковая. Скорее в существующей литературе обучение работе с ТГО-сообществом рассматривается в рамках более широкой темы недостатка культурной и клинической квалификации в области здоровья ЛГБТК-сообщества в целом. К примеру, в рамках программ бакалавриата по подготовке медсестёр здоровью ЛГБТК-сообщества уделяется в среднем не более 2,12 часов [Lim et al., 2015]. Разумно предположить, что время, уделяемое специфическим вопросам здоровья ТГО-людей, составляет лишь часть этой программы.

В расширенном контексте обучения работе с ЛГБТК-сообществом недостаток обучения культурным и клиническим аспектам работы с ТГО-людьми представляет собой давно признанный пробел в медицинском образовании [Aldridge et al., 2021]. В США министерством здравоохранения и социальных служб в рамках программы «Здоровые люди 2020» [United States Department of Health and Human Services, 2013, April 10], Национальной медицинской академией [The Institute of Medicine, 2011] и Совместной комиссией [The Joint Commission, 2011] было признано, что недостаток обучения оказывает негативное влияние на возможность представителей ЛГБТК-сообщества, в том числе ТГО-людей, получать адекватную и медицински необходимую помощь. В Великобритании, по мнению комитета Палаты общин по правам женщин и равенству, недостаток образования способствовал более низким показателям

здоровья у ТГО-людей в рамках Национальной службы здравоохранения [House of Commons Women and Equalities Committee, 2015, December 8]. Недостаток обучения работе с ТГО-людьми был отмечен в США [Obedin-Maliver et al., 2011], Великобритании [Tollemache et al., 2021], Южной Африке [de Vries et al., 2020; Taylor et al., 2018; Wilson et al., 2014], Канаде [Bauer et al., 2014], Австралии [Riggs & Bartholomaeus, 2016], Швеции, Испании, Сербии, Польше [Burgwal et al., 2021] и Пакистане [Martins et al., 2020] среди прочих стран.

Кроме реорганизации учебных программ, по мнению Shepherd [2022], необходимо вводить клинические и организационные меры для улучшения клинического взаимодействия, а также повышения удовлетворённости потребителей медицинских услуг. На уровне организаций обучение должно быть реализуемым, ориентированным на местный контекст и иметь практическую направленность. На уровне отдельных обучающихся в дополнение к получению знаний оно должно способствовать развитию у медицинских специалистов общечеловеческих качеств, основанных на таких ценностях, как открытость, безоценочность и отзывчивость [Shepherd, 2018].

***Рекомендация 4.3.* Мы рекомендуем учреждениям, предоставляющим медицинское образование, включать охрану здоровья трансгендерных и гендерно отличных людей в число необходимых профессиональных навыков и учебных задач в рамках обучения по всем направлениям той или иной специальности.**

В каждой отрасли медицины существуют собственные образовательные учреждения, административные органы и органы лицензирования, чьё устройство различается в различных странах, а также в зависимости от профессиональной специализации. По всей видимости, обучение специфике работы с ТГО-людьми не является требованием ни в одной из крупных профессиональных организаций, ни в одном крупном образовательном учреждении или лицензирующем органе. Несмотря на то что подобные организации всё чаще рекомендуют уделять внимание вопросам здоровья ЛГБТК- и интерсекс людей, конкретные навыки, умения и учебные цели в том, что касается работы с ТГО-людьми в рамках той или иной специальности, редко конкретизируются. Публикации, посвящённые обучению медицинских специалистов специфике работы с ТГО-людьми, как правило, относятся к области сестринского дела,

медикаментозной терапии и психического здоровья и выходят главным образом в странах Северной Америки, Европы, Австралии и Новой Зеландии. Крайне необходимо более глубокое понимание специфики охраны здоровья ТГО-людей, а также систем профессионального образования в сфере медицины и здравоохранения и требований к ним в глобальном масштабе.

Несмотря на увеличивающуюся видимость ТГО-людей, во всём мире сохраняется огромная нехватка квалифицированных и культурно осведомлённых медицинских специалистов [James et al., 2016; Lerner et al., 2020; Müller, 2017]. Недостаток квалифицированных специалистов также представляет собой основную преграду к получению гендерно-аффирмативной медицинской помощи для трансгендерных людей [Puckett et al., 2018; Safer et al., 2016] и приводит к значительному снижению показателей здоровья у этой группы населения по сравнению с прочими [Giffort & Underman, 2016; Reisman et al., 2019]. Отсутствие возможности пройти качественное обучение работе с ТГО-людьми является проблемой глобального масштаба [Do & Nguyen, 2020; Martins et al., 2020; Parameshwaran et al., 2017], проявляющейся на всех уровнях подготовки специалистов [Dubin et al., 2018], во всех областях медицины [Glick et al., 2020; Gunjawate et al., 2020; Johnson & Federman, 2014] и медицинских специальностях [Fung et al., 2020; Korpaisarn and Safer, 2018].

Остаётся огромное поле для дальнейшей работы, так как исследования, существующие на сегодняшний день, имеют малые выборки, касаются только разового обучения, охватывают несколько дисциплин и профессиональных ступеней одновременно, уделяют внимание только краткосрочным результатам, а также зачастую охватывают ЛГБТКИ-тематику целиком, не фокусируясь на специфике работы с ТГО-людьми — знания и навыки в последней области, как правило, приобретаются уже после получения лицензии и не находятся в фокусе внимания большинства самых изученных на данный момент образовательных программ [Dubin et al., 2018].

Для того чтобы предложенные рекомендации могли быть адекватно применены, учреждениям может быть необходимо 1) разработать последовательный и системный подход к формированию и применению профессиональных умений и навыков для каждой медицинской дисциплины на разных этапах профессиональной деятельности специалиста; 2) разработать стандартизированную

систему оценки обучающихся с привлечением представителей ТГО-сообщества; и 3) обеспечить учебные ресурсы, включая обученный преподавательский состав, а также учебное время, в соответствии с чётко обозначенными и согласованными учебными задачами [Dubin et al., 2018; Pratt-Charman, 2020]. Кроме этого, при оценке подобных мер следует обращать внимание не только на их непосредственные результаты, но и на то, как, когда и почему именно эти результаты были получены [Allen et al., 2021].

## ГЛАВА 5. ОБСЛЕДОВАНИЕ ВЗРОСЛЫХ

В этой главе предлагаются рекомендации по обследованию взрослых трансгендерных и гендерно отличных людей, обращающихся за медицински необходимыми медикаментозными и хирургическими вмешательствами для приведения своего тела в большее соответствие со своей гендерной идентичностью (см. рекомендацию 2.1 о медицинской необходимости в главе 2 «Глобальная применимость»).

К взрослым ТГО-людям относятся люди, достигшие возраста совершеннолетия или старше (по законам своей страны) и имеющие ту или иную форму гендерного разнообразия. Некоторые элементы, связанные с подростковым этапом развития, перечисленные в соответствующей главе, включая важность задействования родителей или опекунов, могут иметь значение и для людей молодого возраста, даже после достижения ими совершеннолетия.

Эта глава относится ко всем гендерным идентичностям и направлениям перехода, в том числе мужчинам, женщинам, гендерно отличным людям, небинарным людям, агендерным людям и евнухам, но не ограничивается ими. Взрослые ТГО-люди представляют собой неоднородную группу населения с различиями в том, что касается медицинских потребностей, биологических, психологических и социальных обстоятельств, а также наличия доступа к медицинской помощи. Любое обследование, предшествующее назначению гендерно-аффирмативных медикаментозных или хирургических вмешательств (ГАМХВ), должно проводиться в контексте научного, клинического и культурного знания об особенностях той или иной гендерной идентичности, а также о специфических обстоятельствах жизни пациента. В этой главе признаётся факт того, что уровень клинического и нормативно-правового контроля при получении медицинских услуг в государственных и иных учреждениях на местах может различаться.

Гендерная идентичность человека является предметом внутреннего самоопределения и проживания. Роль медицинского специалиста, проводящего обследование, состоит в том, чтобы определить наличие гендерного несоответствия, а также выявить возможные сопутствующие психические проблемы, предоставить пациенту информацию о ГАМХВ, помочь пациенту при рассмотрении ожидаемых результатов и рисков ГАМХВ и, наконец, оценить

степень способности ТГО-пациента осознать суть предлагаемых вмешательств, а также вероятность того, что эти вмешательства принесут пациенту пользу. Специалист также может обсуждать с ТГО-пациентом различные пути достижения наилучшего исхода ГАМХВ. Подход к проведению обследования перед назначением ГАМХВ, описанный в этой главе, признаёт как жизненный опыт ТГО-людей и их понимание себя, так и клиническое знание медицинского специалиста (МС), проводящего обследование. Следовательно, в рамках этого подхода решение о выполнении тех или иных ГАМХВ принимается пациентом и МС совместно, при этом оба играют в этом процессе ключевую роль.

В некоторых учреждениях практикуется модель оказания помощи взрослым ТГО-людям, в соответствии с которой решение принимается самим ТГО-пациентом, а МС при этом играет роль советника, кроме случаев наличия серьёзных противопоказаний. Подобные модели, как правило, используются при назначении гормональной терапии, а не хирургических вмешательств, и часто называются моделями на базе информированного согласия [Deutsch, 2011, 2016a]. В рамках многих подобных моделей обследование проводится в сокращённой форме и направлено главным образом на определение способности ТГО-пациента дать информированное согласие и принять решение касательно ГАМХВ на основе полученной информации. В разных странах и учреждениях, а также на уровне отдельных специалистов, эти модели реализуются по-разному [Deutsch, 2011; Morenz et al., 2020]. Модели на базе информированного согласия при назначении гормональной терапии используются в различных частях мира.

Цель этой главы — предоставить гибкие, глобально применимые рекомендации, которые могут адаптироваться к местным условиям. МС должны будут определить, какой подход к проведению обследования наиболее соответствует местным потребностям. Желательно, чтобы в выборе подхода участвовали и сами ТГО-пациенты.

Поскольку среди ТГО-людей представлен широкий спектр гендерных идентичностей и экспрессий, у них могут быть различные потребности в том, что касается ГАМХВ, и по этой причине не может существовать единого протокола обследования, который подойдёт абсолютно всем пациентам и в любых обстоятельствах. Некоторым ТГО-людям будет достаточно сравнительно непродолжительного

обследования перед назначением ГАМХВ. Тем ТГО-людям, чей запрос носит более сложный характер, или же тем, кого интересуют менее распространённые или малоизученные процедуры, может потребоваться более комплексное обследование с привлечением специалистов из других областей. Обследование может проводиться при личном присутствии пациента или дистанционно. Несмотря на то что практика применения психометрических методов обследования существует, они не являются обязательной частью обследования перед назначением ГАМХВ. Помощь психолога или психотерапевта может принести пользу, если она предлагается по запросу самого ТГО-человека. Однако консультация психолога или психотерапевта, направленная на работу с ТГО-идентичностью человека, не является требованием для обследования или назначения ГАМХВ. Осмотр гениталий не является необходимым для назначения ГАМХВ и может проводиться только при наличии клинических показаний.

Условия предоставления ГАМХВ могут различаться. Эти условия зависят от особенностей системы здравоохранения в конкретной стране; подобные услуги могут предоставляться на базе государственных/общественных/муниципальных или частных медицинских учреждений, а также благотворительных организаций. Таким образом, доступность медицинской помощи может в той или иной степени определяться местными и региональными условиями. Вне зависимости от условий оказания медицинских услуг, предоставляемых ТГО-людям, эти услуги должны отвечать самым высоким требованиям. Всемирная профессиональная ассоциация по здоровью трансгендерных людей (WPATH) призывает к тому, чтобы услуги по обследованию и выполнению дальнейших вмешательств были легкодоступны и оказывались своевременно. Доступ к обследованию и последующим медицинским вмешательствам для ТГО-людей критически важен, учитывая доказанную медицинскую необходимость этих вмешательств и огромную пользу, которую они приносят ТГО-людям [Aldridge et al., 2020; Byne et al., 2012]. Рекомендации, предлагаемые в этой главе, необходимо адаптировать к местным условиям, а также к индивидуальным, клиническим и социальным обстоятельствам.

Рекомендации, предлагаемые ниже, основываются на данных множества научных публикаций, включая публикации, демонстрирующие сильное положительное влияние доступности

ГАМХВ; имеющиеся эмпирические доказательства; положительное соотношение рисков и преимуществ; мнение широкого круга опытных профессионалов. База эмпирических данных касательно обследования взрослых ТГО-людей ограничена. Имеющиеся данные относятся главным образом к методу обследования, в рамках которого МС в тесном сотрудничестве с ТГО-пациентом рассматривает список конкретных критериев. Рандомизированные контролируемые исследования и продолжительные лонгитюдные исследования отсутствуют [Olsen-Kennedy et al., 2016]. Это объяснимо, учитывая сложный характер и этические соображения в связи с необходимостью распределения пациентов, нуждающихся в помощи, по нескольким оценочным группам, а также недостаток финансовых и прочих ресурсов для проведения исследований на тему отсроченных результатов применения различных методов обследования.

Разработка этих рекомендаций представляла собой многогранную задачу. Критерии, используемые в этой главе, были подвергнуты значительному пересмотру со времени публикации 7-й версии «Стандартов помощи» с целью уменьшить количество требований и устранить неоправданные преграды к получению помощи. Мы надеемся, что в ходе будущих исследований будет изучена эффективность предлагаемой модели и развивающихся моделей, используемых при назначении гормональной терапии и хирургических вмешательств, что откроет пространство для дальнейших улучшений.

Все рекомендации, вошедшие в эту главу, были сформулированы после подробного анализа доказательной базы, оценки преимуществ и вреда, ценностей и предпочтений специалистов и пациентов, а также использования ресурсов и реализуемости. В некоторых случаях мы были вынуждены признать недостаточность доказательной базы и/или факт недоступности некоторых услуг или их нежелательности.

## *Рекомендации*

**5.1. Мы рекомендуем, чтобы медицинские специалисты, проводящие обследование взрослых трансгендерных и гендерно отличных людей перед назначением медицинских вмешательств, влияющих на тело пациента:**

5.1а) имели официальную лицензию, а также профессиональное образование не ниже степени магистра или её эквивалента в клинической области, позволяющей выполнять эту функцию, полученное в образовательном учреждении, имеющем необходимую аккредитацию;

5.1б) для стран, где постановка диагноза требуется для получения доступа к медицинской помощи, имели навык использования последней версии Международной классификации болезней Всемирной организации здравоохранения (МКБ) в диагностических целях. В странах, где последняя версия МКБ ещё не применяется, могут использоваться иные таксономии; следует по мере возможности добиваться скорейшего перехода к использованию последней версии МКБ;

5.1в) были способны опознать сопутствующие психические расстройства и иные проблемы психического характера и отличать таковые от гендерной дисфории, гендерного несоответствия и проявлений гендерного разнообразия;

5.1г) могли оценить способность пациента дать согласие на проведение медицинских вмешательств;

5.1д) имели опыт или квалификацию в области оценки клинических аспектов гендерной дисфории, гендерного несоответствия или гендерного разнообразия;

5.1е) регулярно проходили курсы повышения квалификации в области оказания медицинской помощи, связанной с гендерной дисфорией, гендерным несоответствием и проявлениями гендерного разнообразия.

5.2. Мы предлагаем медицинским специалистам, проводящим обследование ТГО-людей, обращающихся за гендерно-аффирмативными медицинскими вмешательствами, при необходимости привлекать специалистов из других областей медицины в качестве консультантов, а также направлять к ним ТГО-пациентов.

*Последующие рекомендации касаются критериев назначения гендерно-аффирмативных медикаментозных и хирургических вмешательств (пациенты должны удовлетворять всем критериям).*

5.3. Мы рекомендуем специалистам, проводящим обследование взрослых трансгендерных и гендерно отличных людей:

5.3а) назначать требуемые ТГО-пациентом гендерно-аффирмативные медицинские вмешательства только в случаях, когда пациент испытывает явное и устойчивое гендерное несоответствие;

5.3б) удостоверяться в том, что пациент удовлетворяет всем диагностическим критериям, перед назначением гендерно-аффирмативных вмешательств в тех частях мира, где постановка диагноза необходима для получения медицинской помощи;

5.3в) выявлять и исключать иные возможные причины кажущегося гендерного несоответствия перед назначением гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств;

5.3г) удостоверяться, что любые психические заболевания, способные негативно повлиять на исход гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств, приняты во внимание, а связанные с этим риски и преимущества были обсуждены перед принятием решения о назначении вмешательств;

5.3д) удостоверяться, что любые соматические заболевания, способные негативно повлиять на исход гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств, приняты во внимание, а связанные с этим риски и преимущества были обсуждены перед принятием решения о назначении вмешательств;

5.3е) оценивать способность пациента дать согласие на тот или иной тип медицинского вмешательства перед его проведением;

5.3ж) оценивать способность трансгендерного или гендерно отличного пациента понять последствия гендерно-аффирмативных вмешательств для репродуктивной системы, а также обсуждать с пациентом возможности сохранения фертильности перед проведением гендерно-аффирмативных вмешательств.

5.4. Мы предлагаем специалистам, имеющим навыки и умения обследования трансгендерных и гендерно отличных людей, перед назначением гендерно-аффирмативной гормональной терапии или хирургических вмешательств

обсуждать со своими пациентами важность социального трансгендерного перехода в рамках процесса обследования.

5.5. Мы рекомендуем, чтобы взрослые трансгендерные и гендерно отличные люди, удовлетворяющие критериям для назначения гендерно-аффирмативных медикаментозных или хирургических вмешательств, получали доступ к этим вмешательствам после обследования только одним специалистом, имеющим навыки и умения обследования трансгендерных и гендерно отличных людей, обращающихся за этими медицинскими вмешательствами.

5.6. Мы предлагаем медицинским специалистам, проводящим обследование трансгендерных и гендерно отличных людей, обращающихся за гонадэктомией, рекомендовать пациентам прохождение гормональной терапии на протяжении как минимум 6 месяцев, в зависимости от целей пациента, перед выполнением необратимого хирургического вмешательства (за исключением случаев, когда имеются клинические противопоказания для прохождения гормональной терапии).

5.7. Мы рекомендуем медицинским специалистам, проводящим обследование взрослых, желающих совершить обратный трансгендерный переход и в связи с этим обращающихся за гормональной терапией и/или хирургическими вмешательствами, проводить комплексное обследование пациентов с привлечением специалистов из других областей для получения дополнительного мнения опытных профессионалов в области охраны здоровья ТГО-людей, а также обсуждать с пациентами роль социального трансгендерного перехода в рамках процесса обследования.

**Рекомендация 5.1.** Мы рекомендуем, чтобы медицинские специалисты, проводящие обследование взрослых трансгендерных и гендерно отличных людей перед назначением медицинских вмешательств, влияющих на тело пациента:

**Рекомендация 5.1a)** имели официальную лицензию, а также профессиональное образование не ниже степени магистра или её эквивалента в клинической области, позволяющей выполнять

эту функцию, полученное в образовательном учреждении, имеющем необходимую аккредитацию.

ТГО-пациентам, как и прочим людям, обращающимся за медицинской помощью, должна оказываться помощь наивысшего доступного качества, которое будет сопоставимо с качеством помощи, оказываемой всем людям, пользующимся медицинскими услугами. [Джокьякартские принципы, 2017]. Поскольку ситуация в этом отношении различается в разных частях мира, конкретная специализация медицинского работника, проводящего обследование перед назначением ГАМХВ, может различаться в зависимости от организации системы здравоохранения на конкретной территории, а также от нормативных требований, установленных органами лицензирования и регистрации. Важно, чтобы оказываемая помощь включала в себя обследование, проводимое квалифицированным специалистом, практикующим в рамках установленного законодательства, обладающим навыками и умениями, необходимыми для диагностирования гендерного несоответствия и прочих заболеваний, могущих его имитировать, а также способным оказать поддержку ТГО-пациенту на всём протяжении процесса обследования [RCGP, 2019]. Специалист, проводящий обследование, должен иметь возможность направить пациента к МС, имеющим лицензию для выполнения ГАМХВ.

Специалист должен иметь профессиональное образование не ниже степени магистра или её эквивалента в клинической области, имеющей отношение к трансгендерному здоровью, а также официальную лицензию. Примерами подобных специалистов могут быть специалист в области психического здоровья (психиатр), врач-терапевт, медицинская сестра (в тех странах, где медицинские сестры могут получать степень магистра и право на собственную практику), иной медицинский специалист, имеющий необходимую квалификацию. В некоторых ситуациях МС с более низким уровнем квалификации, имеющий государственную лицензию, может выполнить эту задачу под клиническим руководством квалифицированного МС, который возьмёт на себя окончательную клиническую ответственность за качество и точность обследования. Подробнее см. главу 4 «Образование».

В некоторых обстоятельствах квалифицированный МС, имеющий официальную лицензию и опыт обследования пациентов перед

назначением ГАМХВ, может быть недоступен. В подобных случаях для обеспечения непрерывности помощи, повышения её доступности, а также сокращения сроков ожидания допустимо, чтобы обследование ТГО-пациента перед назначением ГАМХВ проводил специалист, имеющий лицензию, но без соответствующего опыта. Сокращение сроков ожидания перед оказанием помощи имеет критическую важность. Однако в подобных ситуациях следует при первой возможности направлять ТГО-пациентов к МС, имеющим нужный опыт [RCGP, 2019]. Согласно устоявшейся практике, умение опознавать гендерное несоответствие и ставить соответствующий диагноз [Hembree et al., 2017; Reed et al., 2016; T'Sjoen et al., 2020], а также навык дифференциальной диагностики и способность выявлять заболевания, способные имитировать гендерное несоответствие [Byne et al., 2018; Dhejne et al., 2016; Hembree et al., 2017], являются обязательными требованиями. В рамках устоявшейся практики большое значение также придаётся необходимости постоянного повышения квалификации в области работы с ТГО-пациентами [American Psychological Association, 2015; T'Sjoen et al., 2020]. Подробнее см. главу 4 «Образование».

**Рекомендация 5.16)** для стран, где постановка диагноза требуется для получения доступа к медицинской помощи, имели навык использования последней версии Международной классификации болезней Всемирной организации здравоохранения (МКБ) в диагностических целях. В странах, где последняя версия МКБ ещё не применяется, могут использоваться иные таксономии; следует по мере практической возможности добиваться скорейшего перехода к использованию последней версии МКБ.

В некоторых странах, как будет сказано ниже, постановка диагноза «гендерное несоответствие» может быть необходима для получения доступа к ГАМХВ. В этих странах МС, проводящие обследование ТГО-людей, должны иметь навык постановки этого диагноза с использованием самой современной системы классификации для того, чтобы ТГО-пациенты могли получить доступ к ГАМХВ. МКБ-11 [ВОЗ, 2019] как система классификации основывается на внутреннем самоощущении ТГО-человека, а также его потребности в тех или иных ГАМХВ, и ТГО-идентичность не считается психическим заболеванием.

**Рекомендация 5.1в)** были способны опознать сопутствующие психические расстройства и иные проблемы психологического характера и отличать таковые от гендерной дисфории, гендерного несоответствия и проявлений гендерного разнообразия.

Гендерное разнообразие является проявлением естественной человеческой вариативности и не является патологическим само по себе [American Psychological Association, 2015]. Однако желательно, чтобы обследование проводил МС, обладающий некоторой квалификацией в области психического здоровья и умеющий опознавать заболевания, способные имитировать проявления гендерного несоответствия. Подобные заболевания редки и зачастую имеют психическую природу [Byne et al., 2012; Byne et al., 2018; Nembree et al., 2017].

Факт того, что некоторая квалификация в области психического здоровья желательна, не означает, что психолог или психиатр должны участвовать в проведении обследования. Напротив, врач общего профиля, медицинская сестра или иной квалифицированный МС могут удовлетворять этому требованию при наличии у них квалификации, позволяющей диагностировать гендерное несоответствие, распознавать психические заболевания, отличать их от проявлений гендерной дисфории, гендерного несоответствия и гендерного разнообразия, оказывать ТГО-пациентам содействие в планировании медицинских вмешательств и подготовке к ним, а также при необходимости направлять их к специалисту в области психического здоровья. В главе, посвящённой психическому здоровью, более подробно обсуждается важная роль специалистов в области психического здоровья (СПЗ) при оказании помощи ТГО-людям. К примеру, предвзятое отношение и дискриминация, с которыми сталкиваются некоторые ТГО-люди [Robles et al., 2016], могут приводить к развитию депрессии, тревожности или усугублению других психических расстройств. В подобных случаях СПЗ может поставить диагноз, выяснить природу психического расстройства и назначить лечение. СПЗ и МС, имеющие квалификацию в области психического здоровья, являются подходящими специалистами для проведения обследования перед назначением ГАМХВ, а также для оказания поддержки ТГО-людям, нуждающимся или испытывающим потребность в помощи в области психического здоровья или в психологической поддержке на протяжении трансгендерного перехода. Подробнее см. главу 18 «Психическое здоровье».

**Рекомендация 5.1г) могли оценить способность пациента дать согласие на проведение медицинских вмешательств.**

Обследование перед назначением ГАМХВ должно включать в себя оценку способности ТГО-пациента дать согласие на проведение предлагаемых вмешательств. Согласие предполагает достаточно развитые когнитивные способности для того, чтобы осознать риски и преимущества того или иного вмешательства, а также возможность негативного и позитивного исхода. Оно также предполагает способность запомнить эту информацию (при необходимости с опорой на вспомогательные материалы), а также когнитивную способность применить достигнутое понимание для принятия информированного решения [American Medical Association, 2021; Applebaum, 2007].

Некоторые ТГО-пациенты будут способны дать согласие непосредственно в ходе обследования. Некоторым потребуется более длительный процесс (обсуждение и применение навыков принятия медицинских решений), чтобы достичь готовности дать согласие. Наличие у пациентов психиатрических расстройств или психической симптоматики не является препятствием к назначению ГАМХВ, кроме случаев, когда психиатрическое расстройство или психическая симптоматика негативно влияют на способность ТГО-пациента дать согласие на проведение вмешательства или на его способность перенести это вмешательство. Последнее особенно важно, поскольку было обнаружено, что ГАМХВ могут приводить к облегчению психической симптоматики у ТГО-людей [Aldridge et al., 2020]. Допустимо рассматривать возможность допуска к ГАМХВ отдельных пациентов, не способных напрямую дать согласие на их проведение, при условии, что их законный представитель или стороннее лицо, имеющие официальные полномочия для принятия медицинского решения, даст согласие и подтвердит, что предлагаемые процедуры находятся в соответствии с личными потребностями и пожеланиями ТГО-человека.

**Рекомендация 5.1д) имели опыт или квалификацию в области оценки клинических аспектов гендерной дисфории, гендерного несоответствия или гендерного разнообразия.**

См. сопроводительный текст к рекомендации 5.1е.

**Рекомендация 5.1e)** регулярно проходили курсы повышения квалификации в области оказания медицинской помощи, связанной с гендерной дисфорией, гендерным несоответствием и проявлениями гендерного разнообразия.

Как и в любой другой области клинической практики, крайне важно, чтобы МС, проводящие обследование перед назначением ГАМХВ, обладали знаниями и квалификацией в области охраны здоровья ТГО-людей. Если имеющиеся условия этого не позволяют, МС, проводящие обследование, должны тесно сотрудничать с МС, обладающими требуемыми опытом и квалификацией. В рамках клинической практики МС должны заботиться о том, чтобы постоянно повышать квалификацию в области работы с ТГО-пациентами, вступая в соответствующие профессиональные организации, посещая профессиональные тематические мероприятия, практикумы и семинары, обращаясь за консультациями к коллегам, обладающим соответствующим опытом, и/или взаимодействуя с ТГО-сообществом. Это особенно важно, учитывая тот факт, что охрана здоровья ТГО-людей представляет собой относительно молодую область, в которой постоянно появляются новые данные и изменяется терминология [American Psychological Association, 2015; Thorne, Yip et al., 2019]. Следовательно, быть в курсе всего, что происходит в области охраны здоровья ТГО-людей, крайне важно для всех, кто проводит обследование перед назначением ГАМХВ.

**Рекомендация 5.2.** Мы предлагаем медицинским специалистам, проводящим обследование ТГО-людей, обращающихся за гендерно-аффирмативными медицинскими вмешательствами, при необходимости привлекать специалистов из других областей медицины в качестве консультантов, а также направлять к ним ТГО-пациентов.

В случае если возникает такая необходимость, а также при наличии возможности обследование перед назначением ГАМХВ должно проводиться междисциплинарной командой специалистов [Costa, Rosa-e-Silva et al., 2018; Hembree et al., 2017; Karasic & Fraser, 2018; T'Sjoen et al., 2020], при этом члены команды должны поддерживать своевременную и адекватную связь друг с другом. Среди членов команды могут быть СПЗ, эндокринолог, врач общего профиля, хирург, специалист по тренировке голоса и навыков

коммуникации, опытный представитель ТГО-сообщества для поддержки и т. д. В некоторых случаях в формировании междисциплинарной команды нет необходимости, однако при наличии такой необходимости крайне важно, чтобы специалисты могли своевременно обмениваться информацией с коллегами из других областей для успешного завершения обследования и наилучшего удовлетворения потребностей ТГО-пациента. Крайне важно также обеспечивать ТГО-пациентам возможность повторных консультаций со всеми специалистами, участвовавшими в обследовании, перед проведением ГАМХВ, в процессе, а также после гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств.

Последующие рекомендации касаются критериев назначения гендерно-аффирмативных медикаментозных и хирургических вмешательств (пациенты должны удовлетворять всем критериям).

**Рекомендация 5.3.** Мы рекомендуем специалистам, проводящим обследование взрослых трансгендерных и гендерно отличных людей перед назначением медицинских вмешательств:

**Рекомендация 5.3а)** назначать требуемые ТГО-пациентом гендерно-аффирмативные медицинские вмешательства только в случаях, когда пациент испытывает явное и устойчивое гендерное несоответствие.

ГАМХВ следует назначать только ТГО-пациентам с явным и устойчивым гендерным несоответствием. Сюда может входить потребность в тех или иных ГАМХВ вкупе с желанием быть принятым в качестве человека того гендера, который соответствует самоощущению пациента. Следовательно, важно принимать во внимание природу, длительность и устойчивость гендерного несоответствия пациента. При этом могут учитываться такие факторы, как смена имени и документов, удостоверяющих личность, сообщение окружающим о своей гендерной идентичности, медицинская документация или изменения в гендерной экспрессии пациента. Однако явное и устойчивое гендерное несоответствие, испытываемое ТГО-людьми, не всегда сопровождается раскрытием этого факта окружающим [Brumbaugh-Johnson & Hull, 2019; Saeed et al., 2018; Sequeira et al., 2020]. Резкое или поверхностное изменение гендерной идентичности, недостаток постоянства не являются достаточным основанием

для назначения ГАМХВ, и в таких случаях рекомендуется более продолжительное наблюдение. В подобных обстоятельствах непрерывное наблюдение может помочь специалисту удостовериться в том, что гендерное несоответствие имеет явный и устойчивый характер, прежде чем перейти к назначению ГАМХВ.

Несмотря на то что явное и устойчивое гендерное несоответствие должно присутствовать, ТГО-пациенты не обязательно должны испытывать тяжёлый дистресс в связи со своей гендерной идентичностью для того, чтобы получить гендерно-аффирмативную медицинскую помощь. В действительности гендерно-аффирмативные медицинские вмешательства могут служить профилактикой развития дистресса [Becker et al., 2018; Giovanardi et al., 2021; Nieder et al., 2021; Nobili et al., 2018; Robles et al., 2016]. Взрослые ТГО-люди могут испытывать устойчивое гендерное несоответствие, не испытывая при этом значительного дистресса, и тем не менее ГАМХВ могут принести им пользу.

В рамках устоявшейся клинической практики при назначении ГАМХВ принимается во внимание устойчивость гендерного несоответствия [Chen & Loshak, 2020]. В ходе анализа 200 клинических записей Jones, Brewin et al. [2017] была отмечена важность «устойчивости гендерной идентичности» при планировании дальнейших медицинских вмешательств. Предоставление ГАМХВ ТГО-пациентам с устойчивым гендерным несоответствием коррелирует с низкой частотой сожаления о пройденных процедурах, а также высоким уровнем удовлетворённости у пациентов [Becker et al., 2018; El-Hadi et al., 2018; Staples et al., 2020; Wierjes et al., 2018]. Тем не менее, несмотря на то что МКБ-11 [ВОЗ, 2019a] требует присутствия у пациента явного и устойчивого гендерного несоответствия для постановки диагноза «гендерное несоответствие», данных, конкретизирующих длительность срока, на протяжении которого оно должно продолжаться у взрослых людей для назначения ГАМХВ, немного. МС, проводящим обследование ТГО-пациентов перед назначением ГАМХВ, следует принять во внимание жизненный этап, опыт и текущие обстоятельства жизни конкретного пациента.

**Рекомендация 5.36)** удостоверяться в том, что пациент удовлетворяет всем диагностическим критериям, перед назначением гендерно-аффирмативных вмешательств в тех частях мира, где

**постановка диагноза необходима для получения медицинской помощи.**

В некоторых частях мира для назначения гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств требуется постановка диагноза «гендерное несоответствие». В случаях, когда диагноз необходим для назначения ГАМХВ, обследование, предшествующее их назначению, должно включать в себя определение и постановку диагноза. В подобных случаях МС должны иметь навык использования новейшей Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) [ВОЗ, 2019a]. В странах, где диагноз является условием для получения медицинской помощи, постановка диагноза HA60 «Гендерное несоответствие в подростковом или взрослом возрасте» необходима перед назначением гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств. Допустимо рассматривать назначение гендерно-аффирмативных вмешательств на основе диагноза HA6Z «Неуточнённое гендерное несоответствие» в контексте комплексного обследования междисциплинарной командой специалистов.

Существуют данные, свидетельствующие о том, что применение жёстких критериев «готовности к трансгендерному переходу» может снижать доступность медицинской помощи и не всегда соответствует интересам ТГО-пациента [MacKinnon et al., 2020]. Таким образом, в случаях, когда постановка диагноза является обязательным условием для оказания медицинской помощи, ТГО-пациенту и МС следует подходить к этому процессу с позиции обоюдного доверия и прозрачности, отдавая приоритет потребностям ТГО-пациента. Высокое качество отношений между ТГО-пациентами и медицинским персоналом коррелирует с более низким уровнем эмоционального дистресса, а также лучшими результатами [Kattari et al., 2016]. Поскольку многие ТГО-пациенты опасаются, что МС примет их трансгендерную идентичность за психическое расстройство [Ellis et al., 2015], диагностическое обследование следует проводить с деликатностью, что будет способствовать формированию хороших отношений между специалистом и ТГО-пациентом.

**Рекомендация 5.3в) выявлять и исключать иные возможные причины кажущегося гендерного несоответствия перед назначением гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств.**

В редких случаях ТГО-люди имеют расстройства, проявления которых могут имитировать гендерное несоответствие, или же обращаются за медицинскими вмешательствами по причинам, не связанным с облегчением гендерного несоответствия. В подобных случаях, а также при наличии неясности касаясь постановки диагноза «гендерное несоответствие», углублённое и комплексное обследование крайне важно. К примеру, дальнейшее обследование может требоваться для выяснения, сохраняется ли гендерное несоответствие после разрешения острого психоза. В случае если гендерное несоответствие сохраняется после прекращения острого психоза, допустимо рассматривать назначение ГАМХВ, при условии, что ТГО-пациент способен дать согласие и перенести вмешательство, о котором идёт речь. В случае если гендерное несоответствие не сохраняется и появляется только при наступлении психоза, назначение вмешательств недопустимо. Крайне важно выяснять и исключать подобные обстоятельства до назначения ГАМХВ [Byrne et al., 2012, 2018; Nembree et al., 2017]. Однако важно понимать, что ТГО-люди могут испытывать гендерное несоответствие и при этом иметь психические расстройства, расстройства аутистического спектра или иные формы нейроотличия [Glidden et al., 2016]. Некоторые психические расстройства, такие как тревожность [Bouman et al., 2017], депрессия [Heylens, Elaut et al., 2014; Witcomb et al., 2018] и склонность к самоповреждению [Arcelus et al., 2016; Claes et al., 2015], более распространены у ТГО-людей, не прибегнувших к ГАМХВ. Недавние лонгитюдные исследования говорят о том, что тяжесть симптомов психических расстройств, испытываемых ТГО-людьми, имеет тенденцию к снижению вследствие ГАМХВ [Aldridge et al., 2020; Heylens, Verroken et al., 2014; White Hughto & Reisner, 2016]. Нет данных, свидетельствующих о том, что отказ в доступе к ГАМХВ ТГО-людям, испытывающим гендерное несоответствие, на том основании, что они имеют психические расстройства или особенности функционирования нервной системы, приносит какую-либо пользу. Подробнее см. главу 18 «Психическое здоровье».

**Рекомендация 5.3г)** удостоверяться, что любые психические заболевания, способные негативно повлиять на исход гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств, приняты во внимание, а связанные с этим риски и преимущества были обсуждены перед принятием решения о назначении вмешательств.

Как и цисгендерные люди, ТГО-люди могут иметь проблемы, связанные с психическим здоровьем. Меры в отношении проблем психического характера могут и должны приниматься параллельно с принятием решения о медицинском трансгендерном переходе. Крайне важно, чтобы они не стали препятствием к оказанию гендерно-аффирмативной медицинской помощи, кроме экстремальных случаев, когда существуют веские основания полагать, что отказ от подобных мер необходим для профилактики серьёзной декомпенсации<sup>15</sup> с риском нанесения вреда самому пациенту или окружающим. В подобных случаях также важно принять во внимание риск, который отсрочка ГАМХВ может иметь для психического и физического здоровья ТГО-пациента [Byne et al., 2018].

Как правило, социальный и медицинский трансгендерный переход у ТГО-людей связан с облегчением имеющихся проблем психического характера [Aldridge et al., 2020; Bouman et al., 2017; Durwood et al., 2017; Glynn et al., 2016; Hughto & Reisner, 2016; Wilson et al., 2015; Witcomb et al., 2018]. К сожалению, потеря социальной поддержки, а также физические и финансовые нагрузки, зачастую сопутствующие ГАМХВ, могут ухудшать имеющиеся психические проблемы и требовать дополнительных мер со стороны лечащего врача [Budge et al., 2013; Yang, Wang et al., 2016]. Обследование в связи с имеющейся психической симптоматикой может способствовать лучшему результату медицинского трансгендерного перехода, особенно в случаях, когда результаты обследования используются для упрощения доступа к психологической и социальной поддержке на протяжении трансгендерного перехода [Byne et al., 2012]. Допустимо рассматривать возможность отсрочки трансгендерного перехода в редких случаях, к примеру, когда ТГО-пациент неспособен уделить должное внимание этому процессу или обеспечить себе адекватный послеоперационный уход даже при наличии поддержки. В случаях, когда отсрочка ГАМХВ представляется необходимой крайней мерой, следует предложить ТГО-пациенту ресурсы и поддержку для улучшения психического здоровья, а также по мере возможности способствовать скорейшему пересмотру решения об отсрочке ГАМХВ. Следует отметить, что возможность совершить медицинский трансгендерный переход упрощает социальные аспекты жизни для

<sup>15</sup> Декомпенсация — период, характеризующийся явным заострением основных патологических свойств личности, временным или длительным нарушением социальной адаптации.

ТГО-людей, а также увеличивает безопасность пребывания в общественных местах [Rood et al., 2017]. В свою очередь, степень соответствия внешности ТГО-людей их гендерной идентичности в результате трансгендерного перехода является надёжным прогностическим фактором качества их жизни, а также состояния их психического здоровья в будущем [Austin & Goodman, 2017]. Отсрочка ГАМХВ на основании наличия проблем психического характера может привести к ухудшению симптоматики [Owen-Smith et al., 2018], а также отрицательно сказаться на взаимоотношениях между врачом и пациентом; следовательно, к этой мере следует прибегать исключительно в случаях, когда все альтернативы исчерпаны.

**Рекомендация 5.3д) удостоверяться, что любые соматические заболевания, способные негативно повлиять на исход гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств, приняты во внимание, а связанные с этим риски и преимущества были обсуждены перед принятием решения о назначении вмешательств.**

В редких случаях ГАМХВ, такие как гормональная терапия и хирургические вмешательства, могут иметь ятрогенные последствия или же ухудшить течение имеющихся соматических заболеваний [Nembree et al., 2017]. В подобных ситуациях следует по мере возможности контролировать имеющиеся соматические заболевания до начала (если применимо) или параллельно с выполнением гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств. Любые перерывы в терапии должны быть максимально короткими, и терапия должна возобновляться при первой возможности. Имеются ограниченные и противоречивые данные, свидетельствующие о возможной связи между риском развития сердечно-сосудистой патологии и нарушений обмена веществ и гормональной терапией у взрослых ТГО-людей [Getahun, 2018; Iwamoto, Defreyne et al., 2019; Iwamoto et al., 2021; Spanos et al., 2020]. Учитывая возможность нанесения вреда, связанного с продолжительной гормональной терапией, а также возможную пользу профилактических мер до начала и на протяжении гормональной терапии, тщательное обследование пациента на предмет соматических заболеваний перед назначением гормональной терапии крайне важно. В отдельных случаях, например при наличии гормонозависимых форм рака в анамнезе, может потребоваться дальнейшее обследование и лечение, в рамках которых гормональная

терапия может быть исключена [Center of Excellence for Transgender Health, 2016; Hembree et al., 2017].

Аналогичные соображения могут возникнуть и при назначении хирургических вмешательств взрослым ТГО-пациентам. Каждый вид гендерно-аффирмативного хирургического вмешательства сопряжён со специфическими рисками и потенциально нежелательными побочными эффектами [Bryson & Honig, 2019; Nassiri et al., 2020; Remington et al., 2018]. Однако риски, связанные с определённым видом вмешательства в контексте наличия тех или иных соматических заболеваний, изучены мало. Таким образом, вопросы, возникающие при назначении ТГО-пациентам хирургических вмешательств, как правило, такие же, как и для прочих пациентов в аналогичном контексте.

Учитывая более низкие показатели физического и психического здоровья [Brown & Jones, 2016], а также преграды к получению медицинской помощи [Safer et al., 2016], с которыми сталкиваются ТГО-люди, их обследование на предмет заболеваний не должно ограничиваться медицинской историей. В случаях, когда ТГО-пациент имеет соматические заболевания, важно контролировать их до начала и на протяжении ГАМХВ по мере возможности. Терапию следует прерывать только с соображением её последующего возобновления при первой возможности. Также важно разработать стратегию контроля соматических заболеваний, которая будет способствовать улучшению здоровья и приверженности плану лечения.

**Рекомендация 5.3e)** оценивать способность пациента дать согласие на тот или иной тип медицинского вмешательства перед его проведением.

Практика получения информированного согласия пациента на проведение лечения является одним из центральных элементов при предоставлении медицинских услуг. Информированное согласие опирается на этический принцип, согласно которому получатели медицинской помощи должны понимать суть оказываемой помощи, а также её потенциальные последствия. Важность информированного согласия закреплена во многих законодательных и правоприменительных практиках, которыми руководствуются МС по всему миру [Jefford & Moore, 2008]. Предсказать заранее все возможные последствия того или иного вида медицинской помощи

невозможно; вместо этого в качестве минимального критерия для предоставления согласия часто используется понимание того, чего «разумно» ожидать [Jefford & Moore, 2008; Spatz et al., 2016], и это применимо в том числе и к ГАМХВ. При предоставлении согласия на проведение медицинского вмешательства задействовано несколько сложных когнитивных процессов. Способность дать согласие предполагает наличие когнитивной способности понять риски и преимущества того или иного вида медицинской помощи, потенциально нежелательные побочные эффекты и то, что представляет собой желаемый результат, а также способность запомнить эту информацию с целью дальнейшего принятия решения (при необходимости с опорой на вспомогательные материалы) и способность применить достигнутое понимание при принятии информированного решения [American Medical Association, 2021; Applebaum, 2007]. Крайне важно, чтобы ТГО-пациент и МС, проводящий обследование, заранее обсудили суть медицинской помощи, которую пациент желает получить, а также её возможные позитивные и негативные последствия для жизни ТГО-пациента с физической, психологической и социальной сторон.

Важно понимать, что психические заболевания, в особенности симптомы когнитивных нарушений или психоза, могут негативно отразиться на способности пациента дать согласие на проведение ГАМХВ [Hostiuc et al., 2018]. Однако наличие подобных симптомов необязательно должно приравниваться к неспособности пациента дать согласие, поскольку многие люди с симптомами серьёзных психических расстройств способны понимать риски и преимущества определённого вида медицинской помощи в достаточной мере для того, чтобы принять информированное решение [Carpenter et al., 2000]. Вместо этого следует провести тщательное обследование ТГО-пациента с целью выяснить способность последнего понять суть ГАМХВ, о котором идёт речь, рассмотреть различные альтернативы с их рисками и преимуществами, оценить потенциальные краткосрочные и долгосрочные последствия принятия решения, а также сообщить о своём выборе для того, чтобы получить медицинскую помощь [Grootens-Wiegers et al., 2017].

Возможны ситуации, когда пациент неспособен дать согласие на получение медицинской помощи, например при остром психозе или же в случае длительного нарушения когнитивной

функции. Однако ограниченная способность дать согласие не должна становиться препятствием для назначения необходимых пациенту ГАМХВ. Некоторым пациентам для понимания рисков и преимуществ может потребоваться многократное повторение объяснений на языке, свободном от медицинской терминологии, на протяжении некоторого времени, возможно, с использованием рисунков для упрощения объяснения и понимания. Комплексное и тщательное обследование междисциплинарной группой медицинских специалистов может помочь в этом процессе. У других пациентов может возникнуть необходимость в назначении лица, уполномоченного принять решение, такого как законный представитель или стороннее лицо, имеющее официальные полномочия для принятия решения. Подобные ситуации должны рассматриваться в индивидуальном порядке с целью обеспечить пациенту оказание максимально аффирмативной медицинской помощи с минимальными ограничениями. Также см. главу 11 «Учреждения».

**Рекомендация 5.3ж) оценивать способность трансгендерного или гендерно отличного пациента понять последствия гендерно-аффирмативных вмешательств для репродуктивной системы, а также обсуждать с пациентом возможности сохранения фертильности перед проведением гендерно-аффирмативных вмешательств.**

Поскольку гендерно-аффирмативные вмешательства часто затрагивают репродуктивную систему, необходимо удостовериться, что ТГО-пациент осознаёт влияние этих вмешательств на репродуктивный потенциал и осведомлён о возможностях сохранения половых клеток и вспомогательных репродуктивных технологиях. Доказано, что гендерно-аффирмативная гормональная терапия оказывает влияние на репродуктивную функцию и фертильность, хотя последствия могут различаться в зависимости от пола, приписанного человеку при рождении [Adeleye et al., 2019; Jindarak et al., 2018; Taub et al., 2020]. Может также наблюдаться индивидуальная вариативность степени проявления этих последствий и колебания их интенсивности на протяжении времени у взрослых ТГО-людей. Таким образом, крайне важно, чтобы МС информировали своих ТГО-пациентов о возможном воздействии вмешательств на фертильность при проведении обследования, а также в рамках выяснения способности

дать информированное согласие на выполнение ГАМХВ. Следует рассмотреть различные способы сохранения репродуктивного потенциала перед назначением гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств. Поскольку, по данным имеющихся публикаций, неясно, возможно ли зачатие при прохождении гормональной терапии, может также потребоваться проинформировать пациента о важности использования средств контрацепции для избегания нежелательной беременности и доступных методах контрацепции [Light et al., 2014; Schubert & Carey, 2020].

Исследования методом срезов с клиническими и доклиническими выборками из различных групп населения регулярно свидетельствуют о желании взрослых ТГО-людей стать родителями и воспользоваться возможностью сохранить фертильность. Степень этого желания может колебаться в зависимости от возраста, гендерной принадлежности и продолжительности проведения гормональной терапии [Auer et al., 2018; De Sutter et al., 2002; Defreyne, Van Schuvlenbergh et al., 2020; Wierckx, Stuyver et al., 2012]. В одной небольшой выборке было показано, что информирование пациента о репродуктивных возможностях оказывает влияние на то, какое решение он примет в этом отношении [Chen et al., 2019]. Несмотря на то что сравнение между группами, которые были проинформированы о репродуктивных возможностях, и теми, которым такая информация не предоставлялась, не делалось, тем не менее у трансгендерных пациентов, которые были подробно проинформированы о доступных репродуктивных возможностях, наблюдались более высокие показатели сохранения репродуктивного потенциала [Amir et al., 2020]. Ещё одно исследование позволяет предположить, что консультация с репродуктологом способствует снижению вероятности последующего сожаления о принятом решении в отношении использования репродуктивных технологий или отказа от них [Vyas et al., 2021]. Подробнее см. главу 16 «Репродуктивное здоровье».

**Рекомендация 5.4.** Мы предлагаем специалистам, имеющим навыки и умения обследования трансгендерных и гендерно отличных людей, перед назначением гендерно-аффирмативной гормональной терапии или хирургических вмешательств обсуждать со своими пациентами важность социального трансгендерного перехода в рамках процесса обследования.

Социальный трансгендерный переход может оказывать крайне благотворное влияние на ТГО-людей, несмотря на то что не все ТГО-люди могут совершить социальный трансгендерный переход или испытывают такое желание [Bränström & Pachankis, 2021; Koehler et al., 2018; Nieder, Eyssel et al., 2020]. Таким образом, некоторые ТГО-люди могут обращаться за гендерно-аффирмативной медицинской помощью после совершения социального трансгендерного перехода, некоторые могут делать это до, в процессе или без совершения социального трансгендерного перехода.

Социальный трансгендерный переход и раскрытие своей гендерной идентичности окружающим могут приводить к улучшению психического здоровья ТГО-людей, обращающихся за гендерно-аффирмативной медицинской помощью [Hughto et al., 2020; McDowell et al., 2019]. Кроме этого, маммопластика и лицевая хирургия, выполненные до начала гормональной терапии, могут упрощать процесс социального трансгендерного перехода [Altman, 2012; Davis & Colton Meier, 2014; Olson-Kennedy, Warus et al., 2018; Van Boerum et al., 2019]. В рамках обследования следует выяснять у ТГО-пациента, какая социальная роль наиболее приемлема для него, планирует ли он совершать социальный трансгендерный переход, и если да, то когда именно [Barker & Wylie, 2008]. При этом крайне необходимо, чтобы МС относились с равным уважением к широкому разнообразию гендерных социальных ролей, включая небинарные и бинарные гендерные идентичности и способы самовыражения, понимание которых может различаться в зависимости от культурного и местного контекста, а также у отдельных людей.

Не каждый человек, обращающийся за гендерно-аффирмативной медицинской помощью, испытывает желание совершить социальный трансгендерный переход или имеет такую возможность. Данных о ТГО-людях, не совершающих социальный трансгендерный переход ни до, ни в процессе, ни после получения гендерно-аффирмативной медицинской помощи, крайне мало, поскольку эта тема пока не изучалась систематически. Среди наиболее частых причин отказа от совершения социального трансгендерного перехода можно назвать страх отвержения со стороны семьи или друзей, страх финансовых потерь [Bradford et al., 2013], а также страх дискриминации и стигматизации [Langenderfer-Magruder et al., 2016; McDowell et al., 2019; White Hughto et al., 2015]. Однако некоторые люди выбирают

не совершать социальный трансгендерный переход в силу того, что, по их субъективным ощущениям, эффекта от гормональной терапии или хирургических вмешательств достаточно для того, чтобы их гендерная дисфория снизилась.

В случае отсутствия у пациента чётких планов в отношении социального трансгендерного перехода или когда у пациента нет такой цели, важно провести дополнительное обследование, чтобы выяснить, каких конкретно вмешательств желает пациент и насколько они ему показаны, особенно если речь идёт о хирургических вмешательствах. Дополнительное обследование может позволить ТГО-пациенту осознать возможные последствия отказа от социального трансгендерного перехода в случае выполнения ГАМХВ. Учитывая недостаток данных о последствиях ГАМХВ для здоровья ТГО-людей, не совершающих социальный трансгендерный переход [Evans et al., 2021; Levine, 2009; Turban, Loo et al., 2021], к назначению подобных вмешательств в таких обстоятельствах следует подходить с осторожностью.

**Рекомендация 5.5.** Мы рекомендуем, чтобы взрослые трансгендерные и гендерно отличные люди, удовлетворяющие критериям для назначения гендерно-аффирмативных медикаментозных или хирургических вмешательств, получали доступ к этим вмешательствам после обследования только одним специалистом, имеющим навыки и умения обследования трансгендерных и гендерно отличных людей, обращающихся за этими медицинскими вмешательствами.

Согласно предыдущим версиям «Стандартов помощи», ТГО-пациенты должны были пройти обследование у двух разных квалифицированных специалистов. Считалось, что наличие двух независимых мнений будет лучше обеспечивать безопасность как для ТГО-пациентов, так и для самих МС. К примеру, предполагалось, что, если обследование будет проводиться двумя независимыми специалистами, и у ТГО-пациентов, и у специалистов будет больше уверенности в том, что касается назначения необратимых медицинских вмешательств.

Однако небольшое количество исследований, проведённое в этой области, свидетельствует о том, что в наличии двух мнений в целом нет необходимости. К примеру, Jones, Brewin et al. [2017] проанализировали записи опытных специалистов, работающих

в финансируемой государством гендерной клинике, и обнаружили, что мнения обоих специалистов совпадали в подавляющем большинстве случаев, что позволяет сделать вывод об избыточности одного из них. Bouman et al. [2014] пришли к выводу, что требование обследования двумя независимыми специалистами является проявлением патернализма в сфере медицинских услуг и потенциально нарушает автономию ТГО-пациентов. По утверждению авторов исследования, в случаях, когда пациент прошёл адекватную подготовку и был обследован междисциплинарной командой специалистов, в прохождении повторного независимого обследования необходимости нет.

Следовательно, в случаях, когда для назначения гендерно-аффирмативных медикаментозных или хирургических вмешательств (ГАМХВ) требуется письменная документация или заключение специалиста, ТГО-пациентам, желающим пройти гормональную терапию или подвергнуться хирургическим вмешательствам в области гениталий, молочных желёз, лица и прочим гендерно-аффирмативным хирургическим вмешательствам, достаточно одного заключения/направления, составленного МС, имеющим квалификацию для проведения обследования и постановки диагноза [Bouman et al., 2014; Yuan et al., 2021]. Дополнительные заключения/направления могут потребоваться в случаях, когда в этом есть клиническая необходимость.

**Рекомендация 5.6.** Мы предлагаем медицинским специалистам, проводящим обследование трансгендерных и гендерно отличных людей, обращающихся за гонадэктомией, рекомендовать пациентам прохождение гормональной терапии на протяжении как минимум 6 месяцев, в зависимости от целей пациента, перед выполнением необратимого хирургического вмешательства (за исключением случаев, когда имеются клинические противопоказания для прохождения гормональной терапии).

Согласно клиническим рекомендациям, опубликованным Эндокринологическим обществом, желательно, чтобы пациент находился на непрерывной гормональной терапии на протяжении некоторого времени перед тем, как подвергнуться хирургическому вмешательству в области гениталий [Hembree et al., 2017]. Несмотря на недостаток данных в пользу этой рекомендации, следовать ей считалось надлежащей клинической практикой, поскольку

предполагалось, что таким образом пациент сможет испытать на себе эффект более обратимой процедуры, прежде чем подвергнуться необратимому хирургическому вмешательству. К примеру, после хирургической операции по удалению тестикул могут наступать изменения в уровне сексуального влечения [Lawrence, 2005; Wierckx, Van de Peer et al., 2014]. В этом контексте обратимое подавление продукции тестостерона может дать ТГО-пациентам возможность испытать на себе эффект сниженного уровня тестостерона и таким образом понять, насколько им это подходит. Следует отметить, что данных о влиянии пониженного уровня эстрогенов на сексуальное влечение у ТГО-людей в результате овариэктомии значительно меньше.

Хирургические вмешательства по удалению гонад являются необратимыми и приводят к утрате фертильности, а также влияния эндогенных половых гормонов. Оба эти последствия должны обсуждаться в ходе проведения обследования. Подробнее см. главу 16 «Репродуктивное здоровье». Конечно, гормональная терапия не показана взрослым ТГО-пациентам, которые не испытывают в ней потребности, а также в случаях, когда для её назначения имеются медицинские противопоказания. Подробнее см. главу 13 «Хирургические вмешательства и послеоперационный уход».

**Рекомендация 5.7.** Мы рекомендуем медицинским специалистам, проводящим обследование взрослых, желающих совершить обратный трансгендерный переход и в связи с этим обращающихся за гормональной терапией и/или хирургическими вмешательствами, проводить комплексное обследование пациентов с привлечением специалистов из других областей для получения дополнительного мнения опытных профессионалов в области охраны здоровья ТГО-людей, а также обсуждать с пациентами роль социального трансгендерного перехода в рамках процесса обследования.

Взрослые ТГО-люди могут определять себя по-разному и прибегать к различным способам гендерного самовыражения в процессе исследования собственной идентичности, рассматривая при этом медицинский трансгендерный переход как одну из альтернатив. Соответственно, они могут определять свою гендерную идентичность и выражать её тем или иным образом на протяжении некоторого времени перед тем, как прийти к выводу, что этот вариант

им не подходит. Впоследствии они могут модифицировать его или же вернуться к тому, как они определяли или выражали свою идентичность ранее [Turban, King et al., 2021]. Некоторые взрослые ТГО-люди могут ощутить, что их идентичность изменилась со временем, и, таким образом, их потребности в том, что касается медицинских вмешательств, также могут измениться. Это здоровый и рациональный процесс поиска наиболее комфортного и гармоничного образа жизни, в котором играют роль как гендерное самоощущение человека, так и обстоятельства его жизни. Подобный процесс самоисследования необязательно должен приравниваться к сожалению, заблуждению или принятию неудачных решений, поскольку изменения в идентичности взрослого ТГО-человека не обязательно обесценивают принятое им ранее решение о совершении трансгендерного перехода [MacKinnon et al., 2021; Turban, Loo et al., 2021]. ТГО-людей следует поддерживать в этом самоисследовании, как следует поддерживать и любые изменения в их идентичности. Пока самоисследование продолжается, следует воздерживаться от назначения необратимых гендерно-аффирмативных вмешательств до появления ясности в отношении долгосрочных целей и того, что представляет собой желаемый результат.

Решение о совершении обратного трансгендерного перехода принимается довольно редко [Defreyne, Motmans et al., 2017; Hadje-Moussa et al., 2019; Wierpjes et al., 2018]. Вероятно, доля людей, совершающих обратный переход по причине того, что их идентичность изменилась, сильно завышается из-за смешения различных категорий при проведении исследований [Expósito-Campos, 2021]. К примеру, при проведении исследований, посвящённых обратному переходу, в категории часто объединяются те, кто принимает решение совершить обратный переход из-за изменения собственной идентичности, и те, кто принимает это решение несмотря на то, что их идентичность не изменилась. Несмотря на то что систематическое изучение факторов, коррелирующих с решением взрослого ТГО-человека прекратить процесс трансгендерного перехода или совершить обратный переход, пока не проводилось, в ходе недавнего исследования было обнаружено, что подавляющее большинство ТГО-людей, принявших решение совершить обратный трансгендерный переход, сделали это под влиянием внешних факторов, таких как стигма и отсутствие социальной поддержки, а не по причине изменения гендерной

идентичности [Turban, King et al., 2021]. ТГО-люди, чья гендерная идентичность не изменилась, могут тем не менее приостановить трансгендерный переход или совершить обратный переход из-за угнетения, насилия, конфликтов с окружающими и близкими, осложнений после хирургических вмешательств, проблем со здоровьем, наличия медицинских противопоказаний, недостатка ресурсов или неудовлетворённости результатом [Expósito-Campos, 2021]. В подобных случаях помощь ТГО-людям в решении этих проблем может оказать специалист в области психического здоровья.

Несмотря на то что доля совершающих обратный переход мала в пропорциональном отношении, есть основания ожидать, что общее увеличение числа взрослых людей, определяющих себя как ТГО, приведёт к увеличению абсолютного числа тех, кто примет решение прекратить трансгендерный переход или совершить переход в обратную сторону. Однако несмотря на увеличение абсолютного числа этих людей, предполагается, что доля тех, кто принимает решение прекратить медицинский трансгендерный переход или повернуть вспять достигнутые необратимые телесные изменения, останется на стабильном низком уровне. Само наличие этих редких случаев не должно использоваться как оправдание отказа в оказании медицинской необходимой помощи, включая гормональную терапию и хирургические вмешательства, для подавляющего большинства взрослых ТГО-людей.

В силу того, что исследований в этой области пока недостаточно, клинические рекомендации основываются на изучении отдельных случаев, а также экспертном мнении медицинских специалистов, работающих со взрослыми ТГО-людьми [Expósito-Campos, 2021; Richards & Barrett, 2020]. Таким образом, в случае, когда тело взрослого ТГО-человека претерпело необратимые физические изменения в результате медицинских вмешательств и пациент желает исправить эти изменения, его обследование должна проводить междисциплинарная команда медицинских специалистов. Подобная команда может опираться на мнение нескольких опытных специалистов в области охраны здоровья ТГО-людей. Этой команде специалистов следует в сотрудничестве с самим ТГО-пациентом достичь как можно более глубокого понимания изначальной мотивации при прохождении медицинских вмешательств, а также того, чем мотивировано желание совершить обратный медицинский переход. Следует

подробно выяснить, что именно вызывает у пациента недовольство в связи со свершившимися изменениями, и приложить максимум усилий к тому, чтобы вмешательства, направленные на избавление от этих изменений, не привели к аналогичной неудовлетворённости.

Чтобы повысить шансы того, что пациент достигнет удовлетворения и гармонии благодаря телесным изменениям в обратную сторону, в рамках обследования и подготовки к последующим физическим изменениям команде специалистов необходимо обсудить с ТГО-пациентом роль социального трансгендерного перехода. В подобных случаях весьма вероятно, что может потребоваться продолжительный период жизни в соответствующей социальной роли перед тем, как могут быть рекомендованы дальнейшие телесные изменения. Следует оказывать ТГО-пациенту поддержку во всех социальных изменениях, а также в связи с чувством неудачи, стыда, депрессии или вины, которые могут сопутствовать принятию подобного решения. Кроме этого, следует поддерживать людей в случаях столкновения с предвзятым отношением или любыми социальными трудностями, которые могли привести к принятому решению или же могут возникнуть в результате этого решения. Также важно позаботиться о непрерывной вовлечённости пациента на всём протяжении процесса оказания медицинской помощи [Narayan et al., 2021].

Несмотря на то что имеющиеся данные говорят о стабильно положительных исходах медицинского трансгендерного перехода для большинства ТГО-людей, принимающих такое решение [Aldridge et al., 2020; Byne et al., 2012; Gorin-Lazard et al., 2012; Owen-Smith et al., 2018; White Hughto & Reisner, 2016], в некоторых случаях ТГО-люди могут приходиться в состояние декомпенсации или же их состояние может ухудшаться после совершения перехода. Факторы, коррелирующие с неудовлетворительным состоянием пациента в результате трансгендерного перехода с телесной, психологической или социальной сторон или же с ухудшением его состояния, на данный момент мало изучены систематически [Hall et al., 2021; Littman, 2021]; тем не менее имеющиеся данные говорят о редкости подобного явления [Hall et al., 2021; Wierjes et al., 2018]. В случаях, когда у пациента происходит декомпенсация вследствие совершения социального или медицинского трансгендерного перехода, в результате чего он пребывает в менее удовлетворительном состоянии в телесном, психологическом или социальном отношении по сравнению

с состоянием до перехода, вопрос о том, поможет ли именно этому пациенту трансгендерный переход и/или поможет ли он ему в данное время, требует серьёзного обсуждения. В случаях, когда пациент не желает продолжать терапию, следует оказать ему поддержку в связи с её прекращением, а также помощь в связи с любыми трудностями, которые могут при этом возникнуть [Narayan et al., 2021].

Крайне важно оказывать поддержку людям, совершающим обратный трансгендерный переход, по какой бы причине это ни происходило. Однако следует помнить, что подобное случается редко и имеющиеся публикации говорят о том, что для подавляющего большинства взрослых ТГО-людей, совершающих трансгендерный переход в направлении гендера, в котором им более комфортно, включая тех, кто проходят ГАМХВ, это является стабильно положительным опытом [Byne et al., 2012; Green & Fleming, 1990; Lawrence, 2003; Motmans et al., 2012; Van de Grift, Elaut et al., 2018].

## ГЛАВА 6. ПОДРОСТКИ

### *Исторический контекст и изменения, произошедшие со времени публикации предыдущей версии «Стандартов помощи»*

Шаги по оказанию специализированной медицинской помощи трансгендерным подросткам начались в 1980-х годах, когда в различных странах мира появилось несколько специализированных гендерных клиник для подростков. Их услугами воспользовалось относительно небольшое число детей и подростков. Несколько позже число подростков, обращающихся за медицинской помощью в связи с гендерной идентичностью, резко возросло [Arnoldussen et al., 2019; Kaltiala, Bergman et al., 2020]. С тех пор появились новые клиники, но они зачастую оказывались не в состоянии удовлетворить возросший спрос. Это привело к образованию длинных очередей, при этом трансгендерные подростки, нуждающиеся в медицинской помощи, всё ещё сталкиваются с многочисленными преградами по всему миру [Tollit et al., 2018].

До недавнего времени данных о распространённости гендерного разнообразия среди подростков было очень мало. Исследования, проведённые среди старшеклассников, говорят о том, что доля ТГО-людей в этой возрастной группе значительно выше, чем считалось ранее. Сообщается, что она может достигать 1,2% от числа опрошенных [Clark et al., 2014], а также что 2,7% или более (к примеру, 7–9%) опрошенных сообщали о проявлениях у себя гендерного разнообразия в той или иной степени [Eisenberg et al., 2017; Kidd et al., 2021; Wang et al., 2020]. Упомянутые исследования говорят о том, что гендерное разнообразие среди подростков не должно считаться редким явлением. Кроме этого, в клиниках наблюдается неравное соотношение между подростками с разным приписанным при рождении полом, обращающимися за помощью: подростки с приписанным при рождении женским полом (AFAB) обращаются за помощью в 2,5–7,1 раз чаще по сравнению с подростками, чей пол, приписанный при рождении, мужской (AMAB) [Aitken et al., 2015; Arnoldussen et al., 2019; Bauer et al., 2021; de Graaf, Carmichael et al., 2018; Kaltiala et al., 2015; Kaltiala, Bergman et al., 2020].

Отдельная глава, посвящённая детям и подросткам, впервые появилась в «Стандартах помощи», издаваемых Международной профессиональной ассоциацией трансгендерного здоровья (WPATH), в 1998 году, начиная с 5-й версии [Levine et al., 1998]. Считалось, что оказание гендерно-аффирмативной медицинской помощи подросткам допустимо начиная с 16 лет и старше, но только в отдельных случаях. В двух последующих версиях, 6-й [Meyer et al., 2005] и 7-й [Coleman et al., 2012], гендерно-аффирмативные вмешательства для подростков были разделены на три категории. При этом предлагались критерии отбора пациентов для отдельных возрастов / стадий полового созревания — а именно блокаторы для отсрочки наступления полового созревания, чьё действие полностью обратимо, на этапе, когда подростковые изменения только начались; гормональная терапия (препараты эстрогенов и тестостерона), чьё действие частично обратимо, для подростков, достигших возраста дееспособности, который на тот момент составлял 16 лет в некоторых европейских странах; необратимые хирургические вмешательства для пациентов от 18 лет и старше, за исключением «маскулинизирующей» мастэктомии, которую было допустимо проводить начиная с 16 лет. В список дополнительных критериев допуска к гендерно-аффирмативным медицинским вмешательствам входили устойчивая гендерная «неконформность/дисфория» начиная с детского возраста, появившаяся или усилившаяся с началом полового созревания; отсутствие или адекватное сопровождение проблем психологического, медицинского или социального характера, способных помешать выполнению медицинских вмешательств; поддержка со стороны родителей/опекунов в отношении выполнения вмешательств; предоставление информированного согласия. Глава, посвящённая трансгендерным и гендерно отличным (ТГО) подросткам, отделённая от главы, посвящённой детям, появилась в этой, 8-й версии «Стандартов помощи», учитывая 1) экспоненциально возросшее число подростков, обращающихся за помощью; 2) возросшее количество исследований, посвящённых оказанию медицинской помощи при проявлениях гендерного разнообразия у подростков; и 3) специфику оказания гендерно-аффирмативной помощи на этом этапе развития человека.

Неспецифические термины для обозначения медицинской помощи, имеющей отношение к гендеру, не используются (к примеру, «гендерно-аффирмативная модель», «гендерно-исследовательская

модель»), так как они описывают не некий единый подход, а скорее неоднородный набор практик, которые по-разному определяются в зависимости от условий.

### ***Подростковый период. Обзор***

Подростковый период представляет собой период развития человека, характеризующийся относительно быстрым физическим и психологическим созреванием, лежащий между детством и взрослостью [Sanders, 2013]. Несколько процессов развития протекают одновременно, включая изменения, связанные с половым созреванием. Развиваются системы когнитивного, эмоционального и социального функционирования, в то время как на уровне тела по мере протекания полового созревания происходят изменения. У каждого конкретного человека сроки наступления тех или иных изменений могут не совпадать, как различаются они и от человека к человеку. Таким образом, нижняя и верхняя граница подросткового периода являются нечёткими и не могут определяться только на основании возраста. К примеру, физические изменения, связанные с половым созреванием, могут начинаться в позднем детском возрасте, в то время как системы когнитивного контроля на уровне головного мозга могут продолжать развиваться вплоть до середины третьего десятилетия жизни [Ferguson et al., 2021]. В разных странах возраст наступления совершеннолетия (то есть правовая дееспособность [Dick et al., 2014]) на государственном уровне определяется по-разному. В то время как в большинстве стран возраст совершеннолетия составляет 18 лет, в отдельных государствах он может составлять 15 лет (к примеру, в Индонезии и Мьянмаре), в других при этом достигая 21 года (штат США Миссисипи и Сингапур).

***Для ясности: материал этой главы относится к подросткам, у которых уже началось половое созревание, до достижения ими возраста совершеннолетия (как правило, 18 лет). Однако отдельные элементы главы, связанные с этим этапом развития, включая вовлечённость в процесс родителей/опекунов, могут иметь значение и при оказании помощи молодым людям после достижения совершеннолетия и должны приниматься во внимание в соответствующем контексте.***

Развитие когнитивных функций в подростковом периоде часто характеризуется развитием способности к абстрактному мышлению, комплексному рассуждению и метапознанию (к примеру, способности молодых людей к осмыслению собственных чувств в отношении того, как к ним относятся окружающие [Sanders, 2013]). Способность рассуждать гипотетически даёт молодым людям возможность представить и осмыслить последствия определённого решения. Однако подростковый возраст также часто сопровождается повышенной склонностью к рискованному поведению. Наряду с этими значимыми изменениями для подросткового возраста часто характерно стремление к отделению от родителей и увеличение личной независимости. Часто имеет место повышенное внимание к отношениям со сверстниками, что может играть как позитивную, так и негативную роль [Gardner & Steinberg, 2005]. Подростки характеризуются импульсивностью, часто испытывают острую потребность в немедленном действии, что может объясняться гиперчувствительностью к поощрению, а также тем фактом, что ощущение течения времени у подростков отличается от такового у людей более старшего возраста [Van Leijenhorst et al., 2010]. Развитие эмоционально-волевой сферы, как правило, на протяжении подросткового возраста значительно прогрессирует, однако наблюдается индивидуальная вариативность уровня зрелости в том, что касается межличностных и внутриличностных отношений и их рефлексии подростком [Grootens-Wiegers et al., 2017]. В ситуации, когда перед ТГО-подростком стоит необходимость принять решение в отношении гендерно-аффирмативных вмешательств — решение, последствия которого могут распространяться на всю оставшуюся жизнь, — крайне важно понимать, как все упомянутые особенности этого периода развития могут влиять на способность к принятию решений в каждом конкретном случае, учитывая конкретные социокультурные обстоятельства.

### ***Развитие гендерной идентичности в подростковом возрасте***

Наше представление о том, как гендерная идентичность человека развивается на протяжении подросткового периода, продолжает изменяться. При оказании медицинской помощи подросткам с проявлениями гендерного разнообразия, включая поддержку для

их семей, важно осознавать границы нашего нынешнего понимания того, как формируется и развивается гендерная идентичность человека [Berenbaum, 2018]. В контексте принятия решения о медицинских вмешательствах у членов семей подростков могут возникать вопросы на тему того, как развивалась гендерная идентичность их ребёнка и останется ли она, в соответствии с тем, как подросток её определяет, неизменной на протяжении времени. В некоторых случаях заявление со стороны подростка о том, что его гендерная идентичность не совпадает с полом, приписанным ему при рождении, не является для семьи/опекунов чем-то неожиданным, поскольку проявления гендерно отличного самовыражения наблюдались у него с детства [Leibowitz & de Vries, 2016]. В других случаях подросток не делает подобных заявлений до появления изменений, связанных с началом полового созревания, или даже намного позже времени их появления [McCallion et al., 2021; Sorbara et al., 2020].

Исторически сложилось, что в исследованиях, посвящённых формированию гендерной идентичности в контексте социального научения и когнитивного развития, как правило, участвовали только подростки без проявлений гендерного разнообразия с точки зрения идентичности и самовыражения. При этом подобные исследования основывались на предположении, что определённому полу сопутствует определённая гендерная идентичность; таким образом, формированию гендерной идентичности как таковой уделялось мало внимания. В дополнение к биологическим факторам, влияющим на развитие гендерной идентичности, в этих исследованиях была также продемонстрирована роль психологических и социальных факторов [Perry & Pauletti, 2011]. Несмотря на то что формирование гендерной идентичности у ТГО-подростков изучено недостаточно, есть весомые основания предполагать, что, помимо биологических факторов, также играют роль психосоциальные факторы [Steensma, Kreukels et al., 2013]. У некоторых подростков гендерная идентичность кажется неизменной и зачастую выражается с самого раннего возраста, в то время как у других процесс формирования идентичности предположительно происходит постепенно.

Исследования с использованием нейровизуализации<sup>16</sup>, генетические исследования, а также исследования гормонального фона

<sup>16</sup> Нейровизуализация — сравнительно новая медицинская междисциплинарная область, объединяющая методы визуализации структуры, функций и биохимических характеристик мозга, такие как компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и пр.

у людей с интерсекс-вариациями показывают, что при формировании гендерной идентичности, не совпадающей с полом, приписанным человеку при рождении, играют роль биологические факторы [Steensma, Kreukels et al., 2013]. Поскольку у членов семьи часто возникают вопросы именно в этом отношении, важно отметить, что нет возможности провести различие между людьми, чья гендерная идентичность казалась явной и неизменной с самого начала, и теми, у кого она формировалась постепенно. Поскольку невозможно чётко отследить влияние отдельных факторов, участвующих в формировании гендерной идентичности в каждом конкретном случае, необходим и крайне важен комплексный клинический подход (см. рекомендацию 3). Будущие исследования, возможно, привнесут большую ясность в то, как формируется гендерная идентичность, при условии, что они будут продолжительными, с участием людей разных возрастов. Необходимо также пересмотр концепции гендерной идентичности с отказом от дихотомической (то есть бинарной) модели, предполагающей чёткое разделение на мужчин и женщин, в пользу трёхмерного гендерного спектра, располагающегося вдоль некоего континуума [APA, 2013].

Подростковый период может быть критическим для формирования гендерной идентичности у подростков, проявляющих гендерное разнообразие [Steensma, Kreukels et al., 2013]. В рамках голландских лонгитюдных клинико-катамнестических исследований с участием подростков, которым был поставлен диагноз «гендерная дисфория в детском возрасте», получавших препараты, блокирующие половое развитие, и/или гендерно-аффирмативную гормональную терапию, было обнаружено, что по достижении взрослого возраста ни один из подростков не высказал сожалений об этих решениях, принятых в подростковом периоде [Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; de Vries et al., 2014]. Эти данные говорят о том, что подростки, подвергшиеся комплексному обследованию, чья эмоциональная зрелость была найдена достаточной для принятия решения о прохождении гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств, продемонстрировали стабильность гендерной идентичности на протяжении времени проведения исследований.

При экстраполяции результатов самых продолжительных когортных исследований из Нидерландов на подростков, обращающихся за медицинской помощью сегодня, крайне важно учитывать изменения

в том, что касается отношения к ТГО-людям, произошедшие в обществе со времени их проведения. Учитывая возросшую видимость ТГО-идентичностей, важно понимать, какое многогранное влияние повысившаяся осведомлённость может оказывать на развитие гендерной идентичности подростков [Kornienko et al., 2016]. Одна из наблюдаемых тенденций заключается в том, что всё большее число обращающихся в гендерные клиники определяют себя как небинарных людей [Twist & de Graaf, 2019]. В клинической практике также наблюдается увеличение среди всех обращающихся за помощью доли тех подростков, кто, по всей видимости, ранее не испытывали или не проявляли (или не испытывали и не проявляли) гендерного разнообразия в детские годы. Одной исследовательницей была предпринята попытка изучить и описать специфическую форму опыта гендерного разнообразия с поздней манифестацией [Littman, 2018]. Однако данные, полученные в результате этого исследования, нужно рассматривать в контексте значительных проблем методологического характера: 1) в рамках исследования были опрошены не сами подростки, а их родители; 2) вербовка участников проводилась из числа представителей сообществ, в которых медицинские меры по облегчению гендерной дисфории сталкиваются со скептическим отношением и критикой. Кроме того, эти результаты не были воспроизведены. У отдельных подростков подверженность социальному влиянию как фактор, влияющий на формирование гендерной идентичности, может быть одной из важных переменных, которые необходимо принимать во внимание [Kornienko et al., 2016]. Тем не менее следует проявлять осторожность и не исходить из предположения, что подобное имеет место в случае каждого конкретного подростка, основываясь на данных, полученных в результате исследований с предположительно смещённой выборкой [Bauer et al., 2022; WPATH, 2018]. Важно учитывать благотворное влияние социальных связей на подростков, окружённых поддерживающими людьми [Tuzun et al., 2022] (см. рекомендацию 4).

Учитывая тот факт, что формирование гендерной идентичности у подростков находится в процессе изучения, подход к оказанию медицинской помощи должен быть индивидуализированным, а также отвечать этическим требованиям. Как и в других областях медицины, каждое исследование имеет свои методологические ограничения, и выводы, сделанные на основе полученных данных,

не только невозможно, но и не следует применять ко всем подросткам. Это также справедливо и в отношении того, как отвечать на вопросы членов семьи, желающих знать, изменится ли гендерная идентичность их ребёнка или останется неизменной. Несмотря на то что в ходе будущих исследований нынешнее понимание процесса формирования гендерной идентичности улучшится, возможно, некоторые пробелы в этом отношении будут оставаться всегда. Более того, учитывая этические соображения, касающиеся самоопределения при оказании медицинской помощи, эти пробелы не должны стать основанием для отказа ТГО-подросткам в необходимой им и крайне важной помощи.

### ***Данные исследований в области оказания гендерно-аффирмативной медицинской помощи трансгендерным подросткам***

Ключевой проблемой в области оказания медицинской помощи трансгендерным подросткам является качество данных в отношении эффективности медицински необходимых гендерно-аффирмативных медикаментозных и хирургических вмешательств (ГАМХВ) (см. рекомендацию 2.1 о медицинской необходимости в главе «Глобальная применимость») в долгосрочной перспективе. Учитывая последствия этих вмешательств для всей дальнейшей жизни человека, а также ранний возраст пациентов, подростки, их родители, а также медицинские специалисты должны быть хорошо знакомы с существующей доказательной базой. Представляется разумным, что решение о проведении медикаментозных и хирургических вмешательств должно приниматься с осторожностью. Несмотря на растущее количество данных в пользу эффективности медицинских вмешательств, произведённых на раннем этапе, исследований всё ещё недостаточно, и мало исследований, отслеживающих дальнейшую судьбу подростков уже во взрослом возрасте. Таким образом, невозможно выполнить систематический обзор исследований, в которых бы рассматривались отдалённые результаты медицинской помощи, оказанной подросткам. Вместо этого мы можем предоставить только краткий описательный обзор.

На время написания этой главы имелось несколько лонгитюдных когортных катамнестических исследований, говорящих

о положительных результатах раннего (то есть в подростковом периоде) медицинского вмешательства; многие из этих исследований проводились на протяжении значительного отрезка времени на базе одной из клиник в Нидерландах [Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; de Vries, Steensma et al., 2011; de Vries et al., 2014; Smith et al., 2001, 2005]. Полученные данные свидетельствуют о том, что разрешение гендерной дисфории коррелирует с улучшением психического состояния, а также удовлетворённостью образом своего тела. Бóльшая часть этих исследований следовала методологическому дизайну «до — после», при этом было сопоставлено исходное психологическое состояние и психологическое состояние после выполнения гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств. В рамках разных исследований были изучены отдельные аспекты медицинских вмешательств или их сочетание, в том числе: 1) гендерно-аффирмативная гормональная терапия и хирургические вмешательства [Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; Smith et al., 2001, 2005]; 2) блокаторы полового созревания [de Vries, Steensma et al., 2011]; и 3) блокаторы полового созревания, гендерно-аффирмативная гормональная терапия и хирургические вмешательства [de Vries et al., 2014]. В рамках продолжительного катамнестического исследования, проведённого в 2014 году, наблюдались подростки (средний возраст до проведения медицинских вмешательств — 13,6 лет) вплоть до достижения ими взрослого возраста (средний возраст после проведения медицинских вмешательств — 20,7 лет). Это было первое исследование, показавшее, что благодаря гендерно-аффирмативной медицинской помощи трансгендерные подростки смогли совершить переход в подходящем для этого возрасте, живя в соответствии со своей гендерной идентичностью, при этом достигнутый результат был субъективно и объективно удовлетворительным при достижении взрослого возраста [de Vries et al., 2014]. Несмотря на то что выборка в этом исследовании была ограничена ( $n = 55$ ), неслучайна и характеризовалась наличием социальной поддержки, результаты были убедительны. Следует отметить, что участники были пациентами голландской клиники, в которой практиковался междисциплинарный подход, включая проведение комплексного обследования, непрерывного наблюдения и контролирования уровня гендерной дисфории, а также оказание поддержки, направленной на достижение эмоционального благополучия.

В рамках нескольких лонгитюдных исследований, опубликованных позднее, участники наблюдались и обследовались на различных этапах прохождения гендерно-аффирмативных медицинских процедур. В этих исследованиях некоторые участники не успели подвергнуться никаким гендерно-аффирмативным вмешательствам, некоторые получали препараты, блокирующие половое созревание, некоторые получали гендерно-аффирмативную гормональную терапию или даже перенесли гендерно-аффирмативные хирургические вмешательства (ГАХВ) [Achille et al., 2020; Allen et al., 2019; Becker-Hebly et al., 2021; Carmichael et al., 2021; Costa et al., 2015; Kuper et al., 2020, Tordoff et al., 2022]. Учитывая неоднородность вмешательств и методологии, результаты исследований подобного типа довольно непросто интерпретировать. Тем не менее при сравнении с исходными данными результаты этих исследований систематически демонстрируют улучшение или стабилизацию психологического состояния, восприятия собственного тела и удовлетворённость результатами проведённых медицинских вмешательств на сроках от трёх месяцев до двух лет после их начала.

Исследования, выполненные методом срезов, представляют собой другую модель изучения эффектов гендерно-аффирмативной медицинской помощи. В рамках одного из таких исследований было сопоставлено исходное психологическое состояние трансгендерных подростков и их состояние после начала приёма препаратов, блокирующих половое созревание, с психологическим состоянием их цисгендерных сверстников-старшеклассников в двух различных временных точках. В начале исследования у трансгендерных подростков наблюдалась сниженная психологическая функциональность по сравнению с цисгендерными сверстниками, в то время как после начала приёма препаратов, блокирующих половое созревание, уровень их функциональности превышал этот уровень у сверстников [van der Miesen et al., 2020]. Grannis et al. [2021] было продемонстрировано, что у трансгендерных мальчиков, начавших приём тестостерона, наблюдался более низкий уровень выраженности симптоматики в области ментального здоровья (депрессии и тревожности) по сравнению с теми, кто не начал приём тестостерона.

При проведении четырёх других исследований были использованы иные виды дизайна. В ретроспективном исследовании Kaltiala, Heino et al. [2020] сообщается о том, что трансгендерные подростки,

имевшие незначительные проблемы психологического характера или не имевшие таковых вовсе до начала гендерно-аффирмативной гормональной терапии, как правило, хорошо переносили терапию. Однако если у подростков изначально были более серьёзные психологические трудности, то они продолжали проявляться и после начала терапии. В исследовании Nieder et al. [2021] в качестве критерия оценки исхода вмешательства использовалась степень удовлетворённости полученной медицинской помощью, при этом было показано, что степень удовлетворённости у трансгендерных подростков увеличивается по мере продолжения терапии. Hisle-Gorman et al. [2021] была сопоставлена обращаемость за психиатрической помощью до и после начала приёма гендерно-аффирмативных препаратов в качестве показателя тяжести течения психических расстройств среди 3754 ТГО-подростков на основе крупного массива медицинских данных. Полученные результаты несколько противоречили изначальной гипотезе исследователей о предположительном улучшении психического здоровья: обращаемость за психиатрической помощью не изменилась в значительной степени, при этом количество выписанных рецептов на психотропные препараты увеличилось. В рамках исследования большой невероятностной выборки<sup>17</sup> взрослых, определявших себя как трансгендерных людей, Turban et al. [2022] было обнаружено, что у людей, получивших доступ к гендерно-аффирмативной гормональной терапии в подростковый период, риск суицидальности на протяжении года, предшествующего исследованию, был ниже по сравнению с теми, кто смогли начать гормональную терапию уже во взрослом состоянии.

Медицинским специалистам следует учитывать возможность того, что человек впоследствии пожалеет о гендерно-аффирмативных вмешательствах, выполненных в подростковом периоде, и, уже достигнув взрослого возраста, пожелает прекратить терапию и возобновить жизнь в гендерной роли, совпадающей с полом, приписанным ему при рождении. Два голландских исследования говорят о том, что доля подростков, принимающих решение прекратить приём блокаторов полового созревания, довольно мала (1,9% и 3,5%) [Brik et al., 2019; Wierjes et al., 2018]. Опять же, эти исследования проводились на базе

---

<sup>17</sup> Невероятностными методами формирования выборки называются способы формирования выборки исследования, в которой респонденты имеют разную вероятность включения в неё — скажем, отбираются на основе квот, удобства опроса, по принципу участия в других исследованиях и пр.

клиник, в которых практиковалось проведение комплексного обследования перед назначением гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств. На данный момент нет клинических когортных исследований, в которых сообщалось бы о подростках, пожалевших о своём изначальном решении или впоследствии принявших решение совершить обратный трансгендерный переход после выполнения необратимых гендерно-аффирмативных вмешательств. Согласно недавним исследованиям, некоторое число подростков совершает обратный переход, но не жалеет о выполненных в своё время процедурах, поскольку для них опыт прохождения этих процедур способствовал дальнейшему пониманию собственных потребностей [Turban, 2018]. Однако подобный взгляд, возможно, не является преобладающим среди людей, совершающих обратный трансгендерный переход [Littman, 2021; Vandebussche, 2021]. Отдельные подростки могут сожалеть о предпринятых шагах [Dyer, 2020]. Таким образом, при работе с трансгендерными подростками важно предоставить им весь спектр возможных исходов. Медицинским специалистам следует поднимать эту тему в атмосфере сотрудничества и доверия (то есть как «то, с чем можно столкнуться или о чём потенциально придётся задуматься в будущем») с самим подростком и его родителями/опекунами до назначения гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств. Также медицинским специалистам следует быть готовыми к поддержке подростков, совершающих обратный трансгендерный переход. В ходе одного исследования был проведён онлайн-опрос удобной<sup>18</sup> выборки из 237 людей, идентифицирующих себя как детрансперсон (людей, совершивших обратный переход, — detransitioners), чей средний возраст составил 25,02 лет, при этом выборка на 90% состояла из людей с приписанным при рождении женским полом, из них 25% совершили медицинский трансгендерный переход до достижения 18 лет и 14% совершили обратный трансгендерный переход до достижения 18 лет [Vandebussche, 2021]. Несмотря на то что использование удобной интернет-выборки чревато неслучайным отбором участников, это исследование говорит о том, что трансгендерные подростки могут принимать решение о совершении обратного перехода, и медицинским специалистам следует это учитывать. Многие из таких людей сообщают

---

<sup>18</sup> Удобная выборка — метод невероятностной выборки, при котором единицы включаются в выборку, потому что исследователям проще всего получить к ним доступ.

о сложностях при получении помощи во время совершения обратного перехода, а также о том, что этот опыт сопровождается состоянием изоляции и недоступностью достаточной или адекватной помощи [Vandenbussche, 2021].

В заключение, несмотря на то, что выборки в имеющихся исследованиях с участием подростков относительно малы (к примеру, средний размер выборки составляет  $n = 22-101$ ) и сроки наблюдения за участниками исследований различаются (от 6 месяцев до 7 лет), накапливающиеся данные говорят о том, что у подростков, получающих гендерно-аффирмативную медицинскую помощь после проведения тщательного обследования, наблюдается общее улучшение качества жизни. Доля сообщающих о своём сожалении на протяжении периода наблюдения мала. В совокупности данные говорят о том, что медицинские вмешательства на ранних этапах в рамках подхода, сочетающего в себе обследование, наблюдение и проведение медицинских вмешательств, имеющего целью уменьшить гендерную дисфорию и повысить общее благополучие, могут быть эффективными и приносить пользу многим трансгендерным подросткам, обращающимся за подобной помощью.

### ***Этическая и правозащитная сторона***

При разработке рекомендаций по работе с подростками в рамках «Стандартов помощи» во внимание также принимались врачебная этика и правозащитные соображения. К примеру, допущение полного развития необратимых эффектов полового созревания у подростков, испытывающих гендерное несоответствие, не является этически нейтральным, учитывая негативные последствия подобного решения для трансгендерного подростка как в краткосрочной перспективе, так и на отдалённых этапах его жизни [Giordano, 2009; Giordano & Holm, 2020; Kreukels & Cohen-Kettenis, 2011]. С правозащитной точки зрения, рассматривая гендерное разнообразие как нормальное и ожидаемое проявление вариативности в более широком контексте разнообразия человеческого опыта, подросток имеет право участвовать в принятии решений, касающихся его собственного здоровья и жизни, включая доступ к гендерно-аффирмативной медицинской помощи [Amnesty International, 2020].

### **Краткое обобщение принципов и соображений, специфических для подросткового периода**

Эти принципы обобщают то, что уже известно, и то, что пока не известно о формировании гендерной идентичности в подростковом периоде, данные об оказании гендерно-аффирмативной помощи подросткам, а также особенности, отличающие подростковый период от прочих стадий развития человека.

Исследование своей идентичности: закрепление аспектов идентичности человека, включая гендерную идентичность, является одной из определяющих характеристик подросткового периода. Рекомендация 6.2 относится к исследованию идентичности в контексте формирования гендерной идентичности подростка. Рекомендация 6.12б относится к периоду времени, на протяжении которого подросток должен получить опыт проживания и/или экспрессии гендерно отличной идентичности для того, чтобы суметь принять осмысленное решение касательно гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств.

Согласие и принятие решений: в подростковом возрасте предоставление согласия и принятие решений требует оценки эмоционального, когнитивного и психологического развития. Рекомендация 6.12 напрямую относится к эмоциональной и когнитивной зрелости, в ней описываются необходимые компоненты обследования, направленные на оценку способности принимать решения.

Участие опекунов/родителей: как правило, подросткам во многих отношениях требуется руководство со стороны опекунов/родителей. Это справедливо и в отношении участия подростка в процессе принятия решений о медицинских вмешательствах. Рекомендация 6.11 касается вовлечения опекунов/родителей, в ней обсуждается их роль в процессе обследования и оказания медицинской помощи. Ни один набор рекомендаций не может описать все возможные сочетания индивидуальных обстоятельств в глобальном масштабе.

## *Рекомендации*

6.1. Мы рекомендуем, чтобы медицинские специалисты, работающие с подростками, проявляющими гендерное разнообразие:

6.1а) имели официальную лицензию, а также профессиональное образование не ниже степени магистра или её эквивалента в клинической области, позволяющей выполнять эту функцию, полученное в образовательном учреждении, имеющем необходимую аккредитацию;

6.1б) проходили теоретическое научно обоснованное обучение, а также получали опыт в области психического здоровья детей, подростков и психогигиены семьи;

6.1в) проходили обучение и имели опыт в области формирования гендерной идентичности, гендерного разнообразия у детей и подростков, могли оценивать способность пациентов дать согласие, а также обладали общей осведомлённостью в области гендерного разнообразия у людей разных возрастов;

6.1г) проходили обучение и имели опыт в области расстройств аутистического спектра и прочих особенностей развития нервной системы или же сотрудничали со специалистами в области нарушений развития при работе с аутичными/нейроотличными подростками с проявлениями гендерного разнообразия;

6.1д) продолжали повышать квалификацию в областях, имеющих отношение к работе с гендерно отличными детьми и подростками, а также их семьями.

6.2. Мы рекомендуем медицинским специалистам, работающим с подростками, проявляющими гендерное разнообразие, поддерживать пациентов на их пути исследования и экспрессии своей гендерной идентичности в духе открытости и уважения, таким образом, чтобы ни одной идентичности не оказывалось предпочтение.

6.3. Мы рекомендуем медицинским специалистам, работающим с подростками, проявляющими гендерное разнообразие, проводить комплексное биопсихосоциальное обследование подростков, обращающихся по поводу

беспокойств, связанных с гендерной идентичностью, и желающих получить гендерно-аффирмативную медицинскую помощь, а также осуществлять его в атмосфере поддержки и сотрудничества.

6.4. Мы рекомендуем медицинским специалистам, работающим с членами семей, школами и в прочих контекстах, имеющих отношение к подросткам, способствовать укреплению принимающего отношения к проявлениям гендерного разнообразия в поведении и самовыражении, а также к идентичностям подростков.

6.5. Мы рекомендуем не предоставлять услуг по репаративной и конверсионной терапии, направленной на изменение гендерной идентичности человека и приведение его гендерной экспрессии в соответствие с полом, приписанным ему при рождении.

6.6. Мы предлагаем медицинским специалистам предоставлять трансгендерным и гендерно отличным подросткам информацию о том, как правильно осуществлять бинтование молочных желёз и гениталий, включая информацию о рисках и преимуществах этих процедур.

6.7. Мы рекомендуем медицинским специалистам рассматривать возможность назначения препаратов, подавляющих менструальный цикл, подросткам, испытывающим гендерное несоответствие и при этом не желающим получать гормональную терапию препаратами тестостерона, а также тем, кто желает, но ещё не начали получать гормональную терапию препаратами тестостерона, или же в сочетании с терапией препаратами тестостерона для исключения прорывных кровотечений.

6.8. Мы рекомендуем медицинским специалистам поддерживать непрерывный контакт с гендерно отличными и трансгендерными подростками, а также, при необходимости, прочими специалистами для оказания подросткам поддержки в контексте принятия решений на протяжении приёма препаратов, блокирующих половое созревание, гормональных препаратов и при проведении гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств до достижения пациентами взрослого возраста.

6.9. Мы рекомендуем медицинским специалистам привлекать специалистов из других дисциплин, имеющих отношение к их работе с трансгендерными подростками, в том числе специалистов в области психического здоровья и иных специалистов, для оценки приемлемости и устойчивости во времени показаний к назначению и продолжению терапии препаратами, блокирующими половое созревание, гормональной терапии или хирургических вмешательств у трансгендерных подростков до достижения пациентами взрослого возраста.

6.10. Мы рекомендуем медицинским специалистам, работающим с трансгендерными и гендерно отличными подростками, обращаться за гендерно-аффирмативными медикаментозными и хирургическими вмешательствами, информировать пациентов о влиянии этих вмешательств на репродуктивную систему, включая потенциальную утрату фертильности, а также о возможностях сохранения репродуктивного потенциала с учётом стадии полового созревания, на которой находится подросток, до назначения этих вмешательств.

6.11. Мы рекомендуем медицинским специалистам, работающим с трансгендерными и гендерно отличными подростками, при наличии показаний к назначению подросткам гендерно-аффирмативных медикаментозных или хирургических вмешательств задействовать родителей/опекунов в процессе обследования и оказания помощи, кроме случаев, когда их привлечение признаётся нежелательным для подростка или же невозможно.

*Последующие рекомендации касаются критериев назначения гендерно-аффирмативных медикаментозных и хирургических вмешательств (пациенты должны удовлетворять всем критериям).*

6.12. Мы рекомендуем медицинским специалистам, работающим с трансгендерными и гендерно отличными подростками, назначать гендерно-аффирмативные медикаментозные и хирургические вмешательства, которых желает пациент, только в случаях, когда:

6.12а) подросток удовлетворяет критериям для постановки диагноза «гендерное несоответствие» согласно

МКБ-11 в ситуациях, когда постановка диагноза необходима для получения медицинской помощи. В странах, которые ещё не начали использовать последнюю версию МКБ, могут использоваться иные таксономии, при этом следует добиваться того, чтобы переход к использованию последней версии МКБ произошёл как можно быстрее;

6.12б) испытываемые подростком гендерное несоответствие / проявления гендерного разнообразия имеют явный характер и устойчивы на протяжении времени;

6.12в) подросток демонстрирует достаточную эмоциональную и когнитивную зрелость, чтобы дать информированное согласие/одобрение на выполнение медицинских вмешательств;

6.12г) при наличии у подростка проблем с психическим здоровьем, способных помешать достижению ясности в отношении диагноза, способности дать согласие/одобрение, а также выполнению гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств в отношении них приняты меры;

6.12д) подросток был проинформирован о последствиях для репродуктивной системы, включая возможную утрату фертильности, а также о доступных возможностях сохранения репродуктивного потенциала, и последние были обсуждены с учётом стадии полового созревания, на которой находится подросток;

6.12е) подросток достиг 2-й стадии полового созревания по Таннеру для назначения препаратов, блокирующих половое созревание;

6.12ж) подросток проходил гендерно-аффирмативную гормональную терапию на протяжении не менее 12 месяцев или, при необходимости, дольше перед назначением таких гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств, как увеличивающая маммопластика, орхихэктомия, вагинопластика, гистерэктомия, фаллопластика, метоидиопластика, а также гендерно-аффирмативная лицевая хирургия, за исключением случаев, когда пациент не желает проходить гормональную терапию или же для неё имеются медицинские противопоказания.

**Рекомендация 6.1.** Мы рекомендуем, чтобы медицинские специалисты, работающие с подростками, проявляющими гендерное разнообразие:

а) имели официальную лицензию, а также профессиональное образование не ниже степени магистра или её эквивалента в клинической области, позволяющей выполнять эту функцию, полученное в образовательном учреждении, имеющем необходимую аккредитацию;

б) проходили теоретическое научно обоснованное обучение, а также получали опыт в области психического здоровья детей, подростков и психогигиены семьи;

в) проходили обучение и имели опыт в области формирования гендерной идентичности, гендерного разнообразия у детей и подростков, могли оценивать способность пациентов дать согласие, а также обладали общей осведомлённостью в области гендерного разнообразия у людей разных возрастов;

г) проходили обучение и имели опыт в области расстройств аутистического спектра и прочих особенностей развития нервной системы или же сотрудничали со специалистом в области нарушений развития при работе с аутичными/нейроотличными подростками с проявлениями гендерного разнообразия;

д) продолжали повышать квалификацию в областях, имеющих отношение к работе с гендерно отличными детьми и подростками, а также их семьями.

При проведении обследования, а также при оказании поддержки ТГО-подросткам и их семьям медицинским специалистам (МС) необходимо обладать знаниями и умениями как общего характера, так и непосредственно относящимися к области гендера. Специалисты, прошедшие подготовку в области работы с подростками и их семьями, играют важную роль в оказании помощи подросткам и их семьям, учитывая различные аспекты подросткового развития и внутрисемейных отношений [Adelson et al., 2012; American Psychological Association, 2015; Hembree et al., 2017]. В других главах, вошедших в эту публикацию, более подробно обсуждаются требования к специалистам, оказывающим помощь в связи с трансгендерностью (см. главу 5 «Обследование взрослых», главу 7 «Дети», главу 13 «Хирургические вмешательства и послеоперационный уход»). Специалисты, работающие с подростками, должны

понимать, что уже известно, а что лежит за пределами имеющихся знаний о формировании гендерной идентичности, а также то, как подход к работе с подростками будет отличаться от подходов, приемлемых при работе со взрослыми или детьми, ещё не вступившими в пубертатный период. Среди МС наиболее подходящей квалификацией и специализированным клиническим опытом для проведения обследования и определения приоритетных задач и целей при работе с трансгендерными подростками, в том числе при наличии у последних потребности в гендерно-аффирмативных медикаментозных и хирургических вмешательствах, обладают специалисты в области психического здоровья (СПЗ). Понимание отношений между членами семьи, чьи взгляды на жизнь могут не совпадать с потребностями подростка, и способность работать в рамках этих отношений — важные умения для работы с трансгендерными подростками, и с наибольшей вероятностью ими обладают именно СПЗ.

В случаях, когда привлечение специалиста, имеющего квалификацию в области работы с детьми и подростками, не представляется возможным, МС следует приложить все усилия для того, чтобы пройти обучение в области внутрисемейных отношений и подросткового развития, включая формирование гендерной идентичности. Аналогичным образом, учитывая тот факт, что аутичные/нейроотличные трансгендерные подростки представляют собой значимое меньшинство среди юных пациентов гендерных клиник по всему миру, важно, чтобы МС приобретали дополнительную квалификацию в области расстройств аутистического спектра, а также понимали особенности работы с аутичными гендерно отличными подростками [Strang, Meagher et al., 2018]. В случаях, когда приобретение подобной квалификации не представляется возможным, рекомендуется привлечение специалистов, специализирующихся в области аутизма и нейроразнообразия.

**Рекомендация 6.2.** Мы рекомендуем медицинским специалистам, работающим с подростками, проявляющими гендерное разнообразие, поддерживать пациентов на их пути исследования и экспрессии своей гендерной идентичности в духе открытости и уважения, таким образом, чтобы ни одной идентичности не оказывалось предпочтение.

Подростковый период представляет собой этап развития человека, на котором происходят физические и психологические изменения, характеризующиеся индивидуацией и приобретением всё большей независимости от родителей/опекунов [Berenbaum et al., 2015; Steinberg, 2009]. Это период, на протяжении которого подростки могут исследовать различные аспекты идентичности, включая гендерную идентичность. Подростки могут различаться между собой в том, что касается интенсивности исследования и степени важности, которую они могут придавать тем или иным аспектам своей идентичности [Meeus et al., 2012]. У некоторых подростков процесс окончательного формирования идентичности происходит быстро, в то время как у других на это требуется больше времени. У некоторых подростков физическое, психическое, эмоциональное и психологическое развитие происходят более или менее параллельно, в то время как у других различные аспекты могут опережать друг друга. Всё это касается и сроков формирования гендерной идентичности [Arnoldussen et al., 2020; Katz-Wise et al., 2017]. У некоторых людей процесс формирования гендерной идентичности довольно очевиден и начинается в раннем детстве, в то время как другие могут начать воспринимать себя с точки зрения гендерной принадлежности при появлении признаков полового созревания [Steensma, Kreukels et al., 2013], а для многих этот процесс может начинаться уже после завершения пубертата. Учитывая подобную вариативность, нет возможности предсказать, как и с какой скоростью этот процесс будет происходить в случае каждого конкретного подростка, обращающегося за гендерно-аффирмативной медицинской помощью, а также каким будет его исход.

Таким образом, МС, работающим с подростками, следует заботиться о том, чтобы взаимодействие с пациентом проходило в поддерживающей атмосфере, в которой уважается гендерное самоопределение подростка и приветствуется открытое исследование подростком своих гендерных потребностей с социальной, медицинской и физической стороны в случае, если таковые со временем изменятся.

**Рекомендация 6.3.** Мы рекомендуем медицинским специалистам, работающим с подростками, проявляющими гендерное разнообразие, проводить комплексное биопсихосоциальное

**обследование подростков, обращающихся по поводу беспокойств, связанных с гендерной идентичностью, и желающих получить гендерно-аффирмативную медицинскую помощь, а также осуществлять его в атмосфере поддержки и сотрудничества.**

Учитывая разнообразие сценариев развития идентичности на протяжении подросткового периода, мы рекомендуем, чтобы определение целей и принятие решений о выполнении тех или иных вмешательств происходило после проведения комплексного биопсихосоциального обследования. Целью обследования является понимание сильных и слабых сторон подростка, выяснение диагностического профиля, а также индивидуальных потребностей пациента. Как было упомянуто в рекомендации 6.1, СПЗ обладают наиболее подходящей квалификацией и опытом, а также имеют достаточное количество времени (на первом приёме и последующих консультациях) для сбора этой информации. Процесс обследования должен организовываться с позиции сотрудничества с пациентом и его родителями/опекунами, как одновременно, так и по отдельности (подробнее см. рекомендацию 6.11). Обследование должно проводиться до назначения каких бы то ни было медикаментозных или хирургических вмешательств (таких как блокаторы полового созревания, гендерно-аффирмативная гормональная терапия, хирургические вмешательства). См. рекомендацию 2.1 о медицинской необходимости в главе 2 «Глобальная применимость», главу 12 «Гормональная терапия» и главу 13 «Хирургические вмешательства и послеоперационный уход».

Сценарии развития гендерной идентичности у отдельных подростков могут различаться. Социокультурные концепции и опыт проживания гендера продолжают изменяться, многообразие идентичностей и способов описания своего опыта и потребностей среди обращающихся за помощью подростков растёт [Twist & de Graaf, 2019]. К примеру, некоторые подростки могут осознавать свою трансгендерность или, шире, своё гендерное разнообразие и стремиться предпринимать те или иные шаги в этом отношении. Для некоторых может быть важно получить гендерно-аффирмативную медицинскую помощь, в то время как для других в этом может не быть необходимости. Например, процесс самоисследования не обязательно должен привести подростка к выводу, что его гендерная идентичность не совпадает с полом, приписанным ему при рождении,

и, следовательно, медицинские вмешательства могут не понадобиться [Arnoldussen et al., 2019].

Наиболее надёжные доказательства пользы гендерно-аффирмативных медикаментозных и хирургических вмешательств у подростков получены из лонгитюдных исследований на базе клиник, где в рамках протокола работы с пациентами практиковалось проведение тщательного комплексного диагностического обследования [de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; de Vries et al., 2014]. Учитывая данные этих исследований, а также продолжающуюся трансформацию проживания опыта гендерного разнообразия в обществе, проведение комплексного диагностического биопсихосоциального обследования подростков имеет под собой доказательную базу, а также способствует сохранению целостности подхода к принятию медицинских решений. В отсутствие полноценного диагностического профиля отдельные проблемы психического характера, потенциально требующие внимания и лечения, могут быть упущены. Отдалённые результаты гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств у подростков, не прошедших комплексное обследование, не изучены. Польза выполнения медицинских вмешательств в подобном контексте (то есть после краткого обследования или без такового) никак не подтверждена эмпирически и несёт в себе риск того, что решение о назначении гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств в долгосрочной перспективе может оказаться противоречащим интересам пациента.

Поскольку условия оказания медицинских услуг и доступность специалистов различаются в разных частях мира, зачастую появляется необходимость в разработке протокола обследования, адаптированного к имеющимся ресурсам. В некоторых случаях может быть показано более продолжительное обследование, например у подростков с теми или иными особенностями (к примеру, такими как коморбидные психические расстройства [Leibowitz & de Vries, 2016], принадлежность к аутистическому спектру [Strang, Powers et al., 2018] и/или отсутствие проявлений гендерного несоответствия в детском возрасте [Ristori & Steensma, 2016]). Учитывая специфические культурные, экономические и географические факторы, имеющие место в определённых регионах, необходимо разрабатывать гибкие протоколы обследования с целью охвата максимального числа пациентов, при условии, что обследование позволяет получить всю

необходимую информацию о сильных и слабых сторонах подростка, составить его диагностический профиль, а также выяснить его индивидуальные потребности. Дополнительная информация может быть получена при помощи психометрического инструментария.

Междисциплинарный подход к обследованию подростков, обращающихся за гендерно-аффирмативной медицинской помощью, включает в себя следующие области, которым соответствуют рекомендации:

- формирование гендерной идентичности: в рекомендации 6.12а и 6.12б обсуждаются факторы, влияющие на формирование гендерной идентичности в определённом культурном контексте, имеющие значение при обследовании ТГО-подростков;
- социальное развитие и поддержка, интерсекциональность: в рекомендациях 6.4 и 6.11 обсуждается важность оценки стресса меньшинства, динамики внутрисемейных отношений, а также прочие аспекты, относящиеся к социальному развитию и интерсекциональности;
- диагностическое обследование на предмет наличия сопутствующих психических расстройств: в рекомендации 6.12 обсуждается важность понимания связи, если таковая имеется, между имеющимися психическими расстройствами или расстройствами развития и гендерной идентичностью / гендерно отличным самовыражением у подростка;
- способность принимать решения: в рекомендации 6.12с обсуждается оценка эмоциональной зрелости подростка применительно к принятию решения о выполнении гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств.

**Рекомендация 6.4.** Мы рекомендуем медицинским специалистам, работающим с членами семей, школами и в прочих контекстах, имеющих отношение к подросткам, способствовать укреплению принимающего отношения к проявлениям гендерного разнообразия в поведении и самовыражении, а также к идентичностям подростков.

Многочисленные исследования, а также мнение широкого круга специалистов свидетельствуют в пользу подхода, направленного на поддержку и принятие гендерно отличных подростков в любом контексте, включая семью, школу, медицинские учреждения и про-

чие организации и сообщества, с которыми могут взаимодействовать подростки [e.g., Pariseau et al., 2019; Russell et al., 2018; Simons et al., 2013; Toomey et al., 2010; Travers et al., 2012]. Принятие и поддержка достигаются при помощи различных подходов, действий и стратегий, которые в соответствии с нашими рекомендациями следует реализовать в рамках различных отношений и условий, в которые вступает и/или в которых уже находится подросток. Важно, чтобы члены семьи и окружающие, участвующие в жизни подростка, прилагали общие усилия в этом отношении, за исключением ситуаций, когда их вовлечение может принести подростку вред. Среди примеров того, как семья, персонал и различные организации могут демонстрировать принятие и поддержку гендерного разнообразия и различных способов самовыражения, предложенных Pariseau et al. [2019], а также другими исследователями, можно перечислить:

- 1) активную поддержку подростков, проявляющих склонность к занятиям и интересам, не ассоциирующимся с полом, приписанным им при рождении;
- 2) словесную поддержку подростков, сообщающих о своём опыте, связанном с гендерной идентичностью и её исследованием;
- 3) использование предпочитаемых подростком имени, местоимений и грамматического рода;
- 4) поддержку подростков в том, что касается их выбора одежды/ униформы, причёски и аксессуаров (таких как бижутерия и макияж), которые соответствуют их гендерной идентичности;
- 5) обсуждение с подростками вопросов гендера и гендерной идентичности в принимающей и поддерживающей атмосфере;
- 6) по мере необходимости просвещение близких подростка и окружающих (членов семьи, медицинского персонала, систем социальной поддержки) на тему гендерного разнообразия, включая информацию о том, как оказывать поддержку своему гендерно отличному ребёнку перед лицом окружающих, в школе, в медицинских учреждениях и прочих обстоятельствах;
- 7) помощь гендерно отличным подросткам в поиске поддерживающих сообществ (например, ЛГБТК-групп, мероприятий, друзей);

- 8) при необходимости предоставление возможностей для обсуждения, рассмотрения и изучения возможностей получить медицинскую помощь;
- 9) неукоснительно соблюдаемая политика противодействия травле;
- 10) включение опыта небинарных людей в повседневную жизнь, материалы для чтения и школьную программу (например, книги, уроки медицинского и полового просвещения, темы для сочинений, выходящие за рамки бинарного понимания гендера, группы ЛГБТК и союзников);
- 11) гендерно инклюзивные места общего пользования (туалеты, раздевалки) и свободный доступ к ним для всех подростков, отсутствие сегрегации гендерно отличных подростков от их не гендерно отличных сверстников.

Мы рекомендуем, чтобы МС сотрудничали с родителями, школами и прочими организациями/группами в том, что касается укрепления принятия и поддержки ТГО-идентичностей и экспрессий, вне зависимости от того, имеют ли место гендерно-аффирмативные меры социального или медицинского характера, поскольку принятие и поддержка коррелируют со снижением уровня негативной психологической и поведенческой симптоматики и более высоким уровнем психического и поведенческого функционирования [Day et al., 2015; de Vries et al., 2016; Greytak et al., 2013; Pariseau et al., 2019; Peng et al., 2019; Russell et al., 2018; Simons et al., 2013; Taliaferro et al., 2019; Toomey et al., 2010; Travers et al., 2012]. Russell et al. [2018] было обнаружено, что улучшение психологического состояния становится более значительным по мере увеличения поддержки и принятия, а также расширения поддерживающей и принимающей среды (дом, школа, работа, круг друзей). Отвержение со стороны семьи, сверстников и школьного персонала (к примеру, намеренный отказ от использования предпочитаемых имени, местоимений и грамматического рода, отказ признавать гендерную идентичность подростка, травля, преследования, оскорбления, физическое насилие, враждебность и игнорирование, отвержение по причине принадлежности к ТГО-сообществу, изоляция) сильно коррелирует с такими негативными последствиями, как тревожность, депрессия, суицидальные мысли и попытки, злоупотребление психоактивными веществами

[Grossman et al., 2005; Klein & Golub, 2016; Pariseau et al., 2019; Peng et al., 2019; Reisner, Greytak et al., 2015; Roberts et al., 2013]. Важно осознавать, что негативная симптоматика увеличивается по мере роста отвержения и сохраняется во взрослом возрасте [Roberts et al., 2013].

Было показано, что нейтральная или равнодушная реакция на проявления гендерного разнообразия и исследование своей идентичности также ведёт к появлению негативных симптомов, например к усугублению депрессивной симптоматики (к примеру, подростку позволяется сообщить предпочитаемое имя, которое потом никогда не используется, родители отказываются сообщить членам семьи или друзьям о гендерной идентичности подростка по его просьбе, родители не выступают в защиту ребёнка, когда тот сталкивается с отвержением со стороны школьного персонала или сверстников, или же отказываются от взаимодействия с иными механизмами поддержки (например, психологом или группой поддержки) [Pariseau et al., 2019]). В силу этих причин важно не проявлять равнодушие в случаях, когда подросток сомневается в своей гендерной принадлежности, а также своевременно уделять внимание потребности подростка в медицинской помощи в связи с этим. Особенно ценна готовность специалистов признать тот факт, что подросткам требуется индивидуальный подход, а также постоянная поддержка и внимание к их потребностям в том, что касается гендерной экспрессии, идентичности и телесности в различных сферах жизни и видах отношений. Подросткам может потребоваться помощь в том, как взаимодействовать с окружающими и как реагировать на их попытки приспособиться к изменениям в идентичности и самовыражении подростка [Kuper, Lindley et al., 2019]. Важно, чтобы специалисты помогали родителям и окружающим справляться с их чувствами и опасениями, а также информировали их о гендерном разнообразии, поскольку их поведение не обязательно говорит об отвержении или равнодушии, но может свидетельствовать о стремлении сформировать определённую позицию и получить информацию, которая будет способствовать принятию [Katz-Wise et al., 2017].

**Рекомендация 6.5.** Мы рекомендуем не предоставлять услуг по репаративной и конверсионной терапии, направленной на изменение гендерной идентичности человека и приведение его

### гендерной экспрессии в соответствие с полом, приписанным ему при рождении.

Отдельные медицинские специалисты, светские или религиозные организации, а также критически настроенные семьи могут предпринимать попытки помешать гендерно отличному самовыражению подростка или его стремлению определять и вести себя иначе, чем в соответствии с полом, приписанным ему при рождении. Попытки воспрепятствовать полностью обратимым изменениям в социальной экспрессии или совершению социального трансгендерного перехода могут выражаться в отказе от использования предпочитаемых подростком имени, местоимений и грамматического рода или же в ограничении свободы выбора одежды и причёски [Craig et al., 2017; Green et al., 2020]. Подобное неподдерживающее поведение, как правило, направлено на утверждение взглядов, согласно которым гендерная идентичность/экспрессия подростка должны соответствовать полу, приписанному ему при рождении, или связанным с ним ожиданиям. Действия и методы (которые иногда называют «лечением»), направленные на приведение гендерной идентичности и экспрессии человека в соответствие с тем, что считается приемлемым для пола, приписанного ему при рождении, предпринимались неоднократно, но добиться изменения гендерной идентичности с их помощью не удавалось [Craig et al., 2017; Green et al., 2020]. Мы рекомендуем избегать подобных действий, поскольку их неэффективность была доказана, как и их связь с повышенным риском развития психических расстройств и ухудшением психологического функционирования [Craig et al., 2017; Green et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020].

В рамках значительной части исследований, посвящённых так называемым конверсионной терапии и репаративной терапии, было изучено влияние попыток изменить гендерную экспрессию человека (степень маскулинности или феминности), при этом разграничение между сексуальной ориентацией и гендерной идентичностью не проводилось [APA, 2009; Burnes et al., 2016; Craig et al., 2017]. В некоторых случаях усилия были направлены на изменение как гендерной идентичности, так и сексуальной ориентации [AASAP, 2018]. Конверсионная/репаративная терапия связаны с повышением уровня тревожности, депрессии, суицидальными мыслями, суицидальными попытками, а также нежеланием обращаться за медицинской помощью [Craig et al., 2017; Green et al., 2020; Turban,

Beckwith et al., 2020]. Несмотря на критику отдельных исследований в связи с использованной методологией и сделанными выводами (к примеру, см. [D'Angelo et al., 2020]), это не должно отвлекать внимание от важности признания того факта, что действия, направленные на изменение гендерной идентичности человека, несостоятельны как с медицинской, так и с этической точки зрения. Мы рекомендуем избегать любых форм конверсии и попыток изменить гендерную идентичность человека, поскольку: 1) попытки изменить гендерную идентичность/экспрессию человека, мотивированные как светскими, так и религиозными соображениями, связаны с ухудшением психологического функционирования человека, которое сохраняется во взрослом возрасте [Turban, Beckwith et al., 2020]; и 2) этические соображения более широкого масштаба говорят о необходимости уважения гендерно отличных идентичностей.

Важно отметить, что обсуждение факторов, способных оказывать влияние на гендерный опыт подростка и подталкивать его к выводу о собственном гендерном несоответствии, если оно происходит в контексте поддержки и поощрения самоисследования подростка, не может приравниваться к репаративной терапии, при условии, что изначальной целью не является изменение идентичности подростка и не оказывается предпочтение определённой идентичности или экспрессии ([AACAP, 2018]; см. рекомендацию 6.2. Для того чтобы подобное самоисследование было терапевтическим, мы рекомендуем сопровождать его поддерживающим вниманием и принимающими интонациями со стороны специалиста при обсуждении уже предпринятых шагов, а также потенциальных и будущих шагов в том, что касается самовыражения подростка. В ходе подобных разговоров можно обсуждать ситуации и действия, которые вызывали у подростка ощущение поддержки и облегчения, узнавать, какие действия и ситуации были для него неприятными и почему. Мы рекомендуем использовать утвердительные ответы и реакции в рамках подобных обсуждений, подобно тем, которые были описаны в рекомендации 6.4.

**Рекомендация 6.6.** Мы предлагаем медицинским специалистам предоставлять трансгендерным и гендерно отличным подросткам информацию о том, как правильно осуществлять

**бинтование молочных желёз и гениталий, включая информацию о рисках и преимуществах этих процедур.**

ТГО-подростки могут испытывать негативные переживания в отношении контура своей грудной клетки и конфигурации гениталий. Практики бинтования/утягивания груди или использования грудных накладок, утягивания области гениталий или использования вкладок для их имитации представляют собой обратимые меры немедицинского характера, которые могут способствовать уменьшению психологического дискомфорта [Callen-Lorde, 2020a, 2020b; Deutsch, 2016a; Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2018; Transcare BC, 2020]. Важно оценивать уровень негативных переживаний в связи с физическим развитием или анатомическими особенностями, предоставлять подросткам информацию о возможности облегчить их дискомфорт, не прибегая к медицинским вмешательствам, а также обсуждать безопасные способы выполнения этих манипуляций.

Бинтование/утягивание груди предполагает компрессию молочных желёз для создания более плоского контура грудной клетки. Согласно исследованиям, до 87% трансмаскулинных пациентов прибегают к подобной практике [Jones, 2015; Peitzmeier, 2017]. Для утягивания могут использоваться специально предназначенное для этого компрессионное бельё, спортивные бюстгалтеры, несколько маек или футболок, надетых одна на другую, несколько спортивных бюстгалтеров, надетых одновременно, а также эластичные бинты и бандажи [Peitzmeier, 2017]. В настоящее время большинство подростков сообщают о том, что научились этим практикам в онлайн-сообществах ТГО-людей [Julian, 2019]. Медицинские специалисты могут приложить усилия к тому, чтобы подростки получали только точную и надёжную информацию о потенциальных преимуществах и рисках утягивания груди. Кроме этого, они могут консультировать пациентов на тему безопасных способов утягивания груди, а также отслеживать возможные негативные последствия для здоровья. Несмотря на то что потенциально негативные физические последствия возможны, подростки, прибегающие к этой практике, сообщают о многих её преимуществах, таких как большее удобство, бóльшая безопасность, а также снижение вероятности того, что к ним обратятся в нежелательном роде [Julian, 2019]. Среди частых побочных эффектов утягивания молочных желёз могут быть боли в спине и груди, одышка и перегревание [Julian, 2019]. Более серьёз-

ные побочные эффекты, такие как кожные инфекции, инфекции дыхательных путей, а также переломы рёбер, наблюдаются редко и чаще описываются у взрослых, прибегающих к этой практике [Peitzmeier, 2017]. В случаях, когда подросток желает использовать эту практику, следует позаботиться о том, чтобы он прибегал только к тем методам утягивания груди, которые считаются безопасными, таким как утягивающее бельё, специально разработанное для гендерно отличных людей, чтобы минимизировать риск серьёзных последствий для здоровья. Среди методов, считающихся небезопасными, можно назвать бинтование с использованием клейкой ленты, эластичных бинтов или полиэтиленовой плёнки, поскольку применение этих материалов может приводить к нарушению кровоснабжения, повреждению кожных покровов и ограничению дыхания. В случаях жалоб на негативные последствия утягивания груди желательно направить этого подростка к медицинскому специалисту по работе с ТГО-людьми, имеющему опыт работы с подростками.

Утягивание гениталий представляет собой практику расположения пениса и тестикул таким образом, чтобы видимый объём этой области уменьшился. Утягивание выполняется путём помещения пениса и тестикул между ног или путём помещения тестикул внутрь паховых каналов с последующим оттягиванием пениса назад и закреплением его между ног. Как правило, гениталии удерживаются в таком положении при помощи нижнего белья, иногда специально предназначенного для этой цели (приобретённого или сделанного самостоятельно). Исследований взрослых в отношении преимуществ, а также специфических для этой практики рисков, немного, а подобных исследований подростков не проводилось. Проводившиеся ранее исследования говорят о том, что ношение тесного нижнего белья связано со сниженной концентрацией и подвижностью сперматозоидов. Кроме этого, повышенная температура в области мошонки может приводить к низкому качеству спермы. Таким образом, практика утягивания гениталий теоретически может негативно отражаться на сперматогенезе и фертильности [Marsh, 2019], несмотря на то, что исследования с однозначными выводами, оценивающие вероятность подобных побочных эффектов, отсутствуют. Требуются дальнейшие исследования в отношении преимуществ и рисков утягивания гениталий у подростков.

**Рекомендация 6.7.** Мы рекомендуем медицинским специалистам рассматривать возможность назначения препаратов, подавляющих менструальный цикл, подросткам, испытывающим гендерное несоответствие и при этом не желающим получать гормональную терапию препаратами тестостерона, а также тем, кто желает, но ещё не начали получать гормональную терапию препаратами тестостерона, или же в сочетании с терапией препаратами тестостерона для исключения прорывных кровотечений.

При обсуждении имеющихся медикаментозных способов подавления менструального цикла у гендерно отличных подростков медицинским специалистам следует принимать решение совместно с пациентом, используя при этом гендерно инклюзивный язык (к примеру, спрашивая у пациентов, как они предпочитают называть свои менструации, внутренние репродуктивные органы и гениталии), а также проводить физикальный осмотр в деликатной и гендерно-аффирмативной манере [Bonnington et al., 2020; Krempasky et al., 2020]. Исследований в отношении того, как подавление менструального цикла может отразиться на гендерном несоответствии и/или дисфории, формально не проводилось. Однако применение медикаментов, подавляющих менструальный цикл, может стать первым шагом на пути к пониманию дальнейших гендерно-аффирмативных медицинских целей пациента и/или способствовать тому, что прочим психологическим проблемам будет уделено больше внимания, что может быть особенно важным для пациентов, чья гендерная дисфория увеличивается в связи с нежелательными маточными кровотечениями (см. рекомендацию 6.12g и [Mehring & Dowshen, 2019]). В случаях, когда препараты тестостерона не используются, подавления менструального цикла можно добиться, используя прогестины. Для того чтобы исключить имеющиеся нарушения менструального цикла, важно собрать подробный менструальный анамнез, а также провести осмотр до назначения терапии по подавлению менструального цикла [Carswell & Roberts, 2017]. В рамках обсуждения медикаментозных способов подавления менструального цикла важно уделить внимание необходимости контрацепции, а также обсудить эффективность медикаментов, используемых для подавления цикла, в качестве метода контрацепции [Bonnington et al., 2020]. Следует предложить пациенту различные виды медикаментов, способных использоваться для подавления менструального цикла, такие

как комбинированные эстроген- и гестаген-содержащие препараты, оральные прогестины, инъекционные прогестины для внутримышечного и подкожного введения, а также внутриматочные спирали (ВМС), с целью составления индивидуального плана терапии, в котором будут учитываться доступность, стоимость и возможность её страхового покрытия, а также противопоказания и побочные эффекты [Kanj et al., 2019].

Препараты, содержащие только прогестин, могут быть предпочтительны для трансмаскулинных и небинарных подростков, не желающих принимать эстроген-содержащие препараты, а также для пациентов с повышенным риском развития тромбоза или имеющих иные противопоказания к приёму эстрогенов [Carswell & Roberts, 2017]. Среди гормональных препаратов, содержащих только прогестины, можно перечислить оральные прогестины, инъекционный депо-медроксипрогестерон, имплант, содержащий этоноргестрел, а также ВМС, содержащую левоноргестрел [Schwartz et al., 2019]. Препараты, содержащие только прогестины, различаются по степени эффективности подавления менструального цикла и реже приводят к аменорее по сравнению с комбинированными оральными контрацептивами [Pradhan & Gomez-Lobo, 2019]. Более подробное описание соответствующих клинических исследований предлагается в главе 12 «Гормональная терапия». Не следует строить предположений в отношении того, какой способ введения препарата будет предпочтительным для пациента, поскольку некоторые трансмаскулинные подростки могут отдать предпочтение вагинальным кольцам или ВМС [Akgul et al., 2019]. Несмотря на то что приём гормональных препаратов требует отслеживания возможной лабильности настроения и/или депрессивного эффекта, преимущества и риски отказа от подавления менструального цикла в контексте гендерной дисфории следует оценивать на индивидуальной основе. Некоторые пациенты могут отдать предпочтение оральным контрацептивам, содержащим различные комбинации этинил-эстрадиола, в различных дозировках, с прогестинами различных поколений [Pradhan & Gomez-Lobo, 2019]. Комбинированные препараты с более низкой дозировкой этинил-эстрадиола связаны с повышенным риском прорывных маточных кровотечений. Непрерывный приём комбинированных оральных контрацептивов может применяться для непрерывного подавления

менструального цикла, методы введения включают трансдермальный, а также при помощи вагинальных колец.

Применение аналогов гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ) может также приводить к подавлению менструального цикла. Однако рекомендуется, чтобы гендерно отличные подростки удовлетворяли критериям отбора (описанным в рекомендации 6.12) перед назначением подобных препаратов исключительно с этой целью [Carswell & Roberts, 2017; Pradhan & Gomez-Lobo, 2019]. Наконец, препараты, подавляющие менструальный цикл, могут использоваться в качестве вспомогательной терапии для прекращения прорывных кровотечений, которые могут происходить при приёме препаратов тестостерона, или же в ожидании прекращения цикла в результате приёма препаратов тестостерона. Как правило, при применении экзогенного тестостерона в рамках гендерно-аффирмативной гормональной терапии прекращение менструального цикла наступает на протяжении первых шести месяцев после начала терапии [Ahmad & Leinung, 2017]. Однако крайне важно, чтобы подростки были осведомлены о том, что овуляция и наступление беременности могут происходить даже при аменорее [Gomez et al., 2020; Kanj et al., 2019].

**Рекомендация 6.8.** Мы рекомендуем медицинским специалистам поддерживать непрерывный контакт с гендерно отличными и трансгендерными подростками, а также, при необходимости, прочими специалистами для оказания подросткам поддержки в контексте принятия решений на протяжении приёма препаратов, блокирующих половое созревание, гормональных препаратов и при проведении гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств до достижения пациентом взрослого возраста.

МС, имеющие квалификацию в области детского и подросткового развития, как было сказано в рекомендации 6.1, играют важную роль в обеспечении непрерывности оказания медицинской помощи подросткам на протяжении всего срока, когда она востребована. Оказание поддержки подросткам и их семьям требует подхода, основывающегося на понимании процесса развития подростка и позволяющего понять, как увеличивается степень эмоциональной зрелости подростка и как меняются его медицинские потребности. Поскольку стратегии оказания гендерно-аффирмативной помощи различаются в зависимости от потребностей и опыта конкретных ТГО-подростков,

принятие решения о назначении вмешательств (подавлении полового созревания, терапии эстрогенами или андрогенами, гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств) может происходить в различные моменты времени на протяжении нескольких лет. Лонгитюдные исследования, демонстрирующие пользу подавления полового созревания, а также гендерно-аффирмативной гормональной терапии (ГАГТ), были проведены в условиях непрерывного клинического взаимодействия между подростками и их семьями, с одной стороны, и междисциплинарной командой специалистов — с другой [de Vries et al., 2014].

Клинические условия, в рамках которых на приём у специалиста выделяется более продолжительное время, предоставляют подросткам и их семьям возможность обсудить важные психосоциальные аспекты эмоционального благополучия (например, динамику внутрисемейных отношений, школьную жизнь, романтический и сексуальный опыт), которые помещают индивидуальные потребности и решения касательно гендерно-аффирмативной медицинской помощи в определённый контекст, как было описано в этой главе. Непрерывное клиническое взаимодействие может поддерживаться в разных условиях, либо на базе одного учреждения с созывом междисциплинарной команды специалистов, либо на базе нескольких учреждений, при условии, что специалисты будут работать в сотрудничестве друг с другом. Учитывая неоднородность в том, что касается доступа к специализированным центрам обслуживания ТГО-пациентов, особенно если речь идёт о маргинализованных группах населения, испытывающих трудности с доступом к медицинской помощи, важно, чтобы МС были осведомлены о наличии преград, при этом обеспечивая гибкость в том, что касается обеспечения непрерывного клинического взаимодействия в имеющихся условиях. Непрерывное клиническое взаимодействие, повышающее стрессоустойчивость подростков, а также обеспечивающее поддержку для родителей/опекунов, у которых могут быть свои медицинские потребности, может в итоге приводить к увеличению принятия со стороны родителей — когда это необходимо, — что связано с более высокими показателями психического здоровья у подростков [Ryan, Huebner et al., 2009].

**Рекомендация 6.9.** Мы рекомендуем медицинским специалистам привлекать специалистов из других дисциплин, имеющих отношение к их работе с трансгендерными подростками, в том числе специалистов в области психического здоровья и иных специалистов, для оценки приемлемости и устойчивости во времени показаний к назначению и продолжению терапии препаратами, блокирующими половое созревание, гормональной терапии или хирургических вмешательств у трансгендерных подростков до достижения пациентами взрослого возраста.

При оказании медицинской помощи ТГО-подросткам, испытывающим гендерную дисфорию / гендерное несоответствие и обращающимся за гендерно-аффирмативными медикаментозными и хирургическими вмешательствами, может быть полезно привлечение специалистов из различных областей медицины. Оказание медицинской помощи ТГО-подросткам включает в себя: 1) диагностические аспекты (см. рекомендации 6.3, 6.12а и 6.12б), которые по мере возможности и необходимости берёт на себя специалист, имеющий необходимую квалификацию в области работы с ТГО-людьми (см. определение в рекомендации 6.1); и 2) терапевтические аспекты, включая назначение и выполнение гендерно-аффирмативных медикаментозных и хирургических вмешательств, а также последующее наблюдение пациентов, для которых требуются специалисты, прошедшие подготовку в соответствующих областях медицины и хирургии. В список ключевых дисциплин входят педиатрия общего профиля, эндокринология, психология, психиатрия, логопедия, социальная работа, а также вспомогательный персонал и хирургическая бригада.

Развивающаяся доказательная база свидетельствует о преимуществах оказания гендерно-аффирмативной медицинской помощи подросткам на базе междисциплинарных гендерных клиник [de Vries et al., 2014; Kuper et al., 2020; Tollit et al., 2019]. При этом подростки, обращающиеся за гендерно-аффирмативной медицинской помощью, могут поступать в междисциплинарные клиники со значительным набором проблем, требующим тесного сотрудничества между специалистами в области психического здоровья, прочими специалистами и хирургами [McCallion et al., 2021; Sorbara et al., 2020; Tishelman et al., 2015].

Поскольку не все пациенты и их семьи имеют возможность обратиться за междисциплинарной помощью или таковая может быть территориально недоступна, нехватка тех или иных специалистов не должна становиться препятствием для своевременного оказания подростку необходимой помощи. В случаях, когда специалисты имеются, особенно в медицинских центрах с уже существующей междисциплинарной командой, рекомендуется прилагать усилия для того, чтобы все необходимые специалисты были включены в команду, работающую с конкретным ТГО-подростком. Однако это не означает, что специалисты из абсолютно всех перечисленных дисциплин потребуются при работе с конкретным подростком и его семьёй.

В случаях, когда медицинская документация или заключение требуются для назначения гендерно-аффирмативных медикаментозных или хирургических вмешательств (ГАМХВ) подростку, достаточно одного заключения от одного из специалистов, входящих в состав междисциплинарной команды. В этом заключении должны быть отражены выводы и мнение команды, в которую входили медицинские специалисты и специалисты в области психического здоровья [American Psychological Association, 2015; Nembree et al., 2017; Telfer et al., 2018]. Дополнительные отчёты о результатах обследования и письменные заключения могут быть затребованы при наличии клинической необходимости или в случаях, когда участники команды находятся на удалении друг от друга или предпочитают составить собственное заключение. Дополнительную информацию см. в главе 5 «Обследование взрослых», рекомендация 5.5.

**Рекомендация 6.10.** Мы рекомендуем медицинским специалистам, работающим с трансгендерными и гендерно отличными подростками, обращающимися за гендерно-аффирмативными медикаментозными и хирургическими вмешательствами, информировать пациентов о влиянии этих вмешательств на репродуктивную систему, включая потенциальную утрату фертильности, а также о возможностях сохранения репродуктивного потенциала с учётом стадии полового созревания, на которой находится подросток, до назначения этих вмешательств.

При обследовании подростков, обращающихся за гендерно-аффирмативными медикаментозными и хирургическими вмешательствами, МС следует информировать их в отношении того, как именно

желаемые вмешательства могут отразиться на их репродуктивном потенциале. Вопросы фертильности, а также возможности её сохранения более подробно обсуждаются в главе 12 «Гормональная терапия» и главе 16 «Репродуктивное здоровье».

Важно, чтобы МС имели представление о существующих способах сохранения фертильности для того, чтобы суметь проинформировать об этом пациентов. Рекомендуется, чтобы в этом процессе участвовали и родители и также смогли составить для себя представление о преимуществах и недостатках различных вариантов. Следует признавать, что мнения самих подростков и их родителей касательно репродуктивного потенциала их детей могут различаться, как и их решения в этом отношении [Quain et al., 2020], поэтому желательно, чтобы этим процессом руководил МС.

Стоит уделять особое внимание особенностям подросткового периода и психологическим аспектам сохранения фертильности, а также способности конкретного подростка принимать решения. Несмотря на уверенность подростков в том, что их выбор касательно репродуктивных возможностей является окончательным, шанс того, что их мнение по этому поводу изменится со временем, необходимо учитывать и обсуждать при участии МС, имеющего достаточный опыт, знания об особенностях подросткового развития и опыт взаимодействия с родителями пациентов.

Для выяснения всех вопросов, связанных с влиянием гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств на фертильность в долгосрочной перспективе, как и для формирования у подростков реалистичных ожиданий в том, что касается репродуктивных возможностей, одного разговора недостаточно, это обсуждение должно продолжаться. Также оно должно происходить не только до назначения каких-либо гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств (таких как подавление полового созревания, гормональная терапия или хирургические вмешательства), но и на протяжении дальнейших мер по осуществлению медицинского трансгендерного перехода.

В настоящее время получены только предварительные результаты ретроспективных исследований с участием взрослых трансгендерных людей, в рамках которых изучалось их отношение к собственным решениям, принятым в подростковом периоде касательно гендерно-аффирмативных вмешательств и их влияния на репродуктивную

систему. Важно не строить никаких предположений в отношении того, какие цели появятся у подростка в будущем, когда он станет взрослым. Согласно результатам исследований с участием людей, в детстве перенёвших онкологические заболевания, те из них, кто признаёт факт упущенной возможности сохранения репродуктивного потенциала, испытывают психологический дискомфорт и сожаление в связи с потенциальным бесплодием [Armund et al., 2014; Ellis et al., 2016; Lehmann et al., 2017]. Те из них, кто не придавали значения возможности стать биологическими родителями до проведения лечения, сообщили, что их мнение изменилось после его завершения [Armund et al., 2014].

Учитывая трудности, связанные с различными репродуктивными технологиями, а также сложность обсуждения этой темы с подростками и их семьями для МС [Tishelman et al., 2019], консультация по вопросам фертильности крайне важна для всех трансгендерных подростков, планирующих совершить медицинский трансгендерный переход, кроме случаев, когда эта консультация не покрывается медицинской страховкой, недоступна по месту проживания или же её проведение нежелательно в силу индивидуальных обстоятельств.

**Рекомендация 6.11.** Мы рекомендуем медицинским специалистам, работающим с трансгендерными и гендерно отличными подростками, при наличии показаний к назначению подросткам гендерно-аффирмативных медикаментозных или хирургических вмешательств задействовать родителей/опекунов в процессе обследования и оказания помощи, кроме случаев, когда их привлечение признаётся нежелательным для подростка или же невозможно.

Когда имеются показания для назначения подросткам гендерно-аффирмативных медикаментозных или хирургических вмешательств, участие (хотя бы одного из) родителей или опекунов в процессе обследования желательно практически в каждом случае [Edwards-Leeper & Spack, 2012; Rafferty et al., 2018]. Исключениями из этого правила могут стать ситуации, когда подросток находится на патронатном воспитании и/или на попечении службы защиты детей, то есть участие опекунов или родителей не представляется возможным, будет неуместным или может нанести вред подростку. Поддержка со стороны родителей и других членов семьи является

одним из основных индикаторов благополучия подростков и оказывает благотворное влияние на психическое здоровье ТГО-подростков [Gower, Rider, Coleman et al., 2018; Grossman et al., 2019; Lefevor et al., 2019; McConnell et al., 2015; Pariseau et al., 2019; Ryan, 2009; Ryan et al., 2010; Simons et al., 2013; Wilson et al., 2016]. Таким образом, вовлечение (одного из) родителей/опекунов в процесс обследования, чтобы способствовать пониманию и принятию подростка со стороны родителей, может быть одним из важнейших компонентов оказываемой помощи.

Родители/опекуны могут стать источником ключевой информации для команды специалистов, работающих с их ребёнком, такой как информация о развитии подростка, включая его гендерные аспекты, медицинская история, информация о состоянии его психического здоровья на протяжении жизни, а также информация о нынешнем состоянии подростка с точки зрения уровня поддержки, общего функционирования и благополучия. Факт соответствия или расхождения между свидетельствами подростка, с одной стороны, и родителей/опекунов — с другой, может сам по себе являться важной информацией для команды специалистов, проводящих обследование, и может помочь при выработке индивидуализированной стратегии поддержки подростка и его семьи [De Los Reyes et al., 2019; Katz-Wise et al., 2017]. Знание семейной ситуации, включая факторы устойчивости и трудности, может помочь специалистам понять, поддержка в каких аспектах будет наиболее необходима при проведении медицинских вмешательств. Вовлечение родителей/опекунов также важно с точки зрения информирования семей о различных терапевтических альтернативах, последующем наблюдении и уходе, а также потенциальных осложнениях. Обсуждение со специалистом различных альтернатив в том, что касается гендерно-аффирмативной медицинской помощи, а также продолжительное личное участие в процессе обследования может помочь родителям/опекунам достичь большего понимания гендерного опыта и потребностей ребёнка [Andrzejewski et al., 2020; Katz-Wise et al., 2017].

Вопросы и опасения родителей/опекунов по поводу стабильности гендерной идентичности подростка на протяжении времени, а также последствий тех или иных гендерно-аффирмативных вмешательств возникают часто, и их не стоит оставлять без внимания. Сам факт возникновения и озвучивания этих вопросов и опасений

совершенно нормален, и в некоторых случаях они могут внести полезный вклад в планирование и принятие решения о выполнении тех или иных вмешательств. К примеру, родители/опекуны могут быть источником критически важной информации в ситуациях, когда подросток внезапно и неожиданно для семьи осознаёт своё гендерное отличие и изъявляет желание пройти те или иные гендерно-аффирмативные вмешательства или же когда возникают подозрения о чрезмерном влиянии сверстников и социальных сетей на текущее гендерное самоопределение подростка. Крайне важно также не воспринимать свидетельства родителей/опекунов вне определённого контекста, поскольку то, что родители/опекуны сообщают о развитии гендерной идентичности ребёнка, не обязательно будет совпадать с тем, что об этом говорит сам подросток. Важно понимать, что путь гендерного самопознания подростка может быть неочевидным для родителей/опекунов, оставаясь исключительно внутренним переживанием, недоступным для окружающих, если подросток никак его не выражает. По этой причине именно то, что подросток сам рассказывает о себе, должно ложиться в основу процесса обследования.

Отдельные родители могут быть негативно или враждебно настроены по отношению к ТГО-идентичностям и/или гендерно-аффирмативной медицинской помощи [Clark et al., 2020]. Работа с подобными негативными взглядами должна становиться одной из основных терапевтических задач при взаимодействии с семьями. Несмотря на то что родители, настроенные подобным образом, часто могут казаться непримиримыми, медицинским специалистам не следует по умолчанию воспринимать их как таковых. Существует множество примеров, когда родители/опекуны благодаря поддержке и просветительским мерам начинали относиться к гендерно отличному опыту и потребностям своих ТГО-детей с постепенно возрастающим принятием. Развитие сотрудничества между подростками и их родителями в том, что касается принятия решений о проведении гендерно-аффирмативных вмешательств, представляет собой одну из приоритетных задач. Однако в некоторых случаях родители/опекуны могут быть недостаточно готовы принять ребёнка и его потребности для участия в процессе клинического обследования. В подобных ситуациях может потребоваться привлечение крупных правозащитных систем для того, чтобы подросток мог получить необходимую помощь и поддержку [Dubin et al., 2020].

**Рекомендация 6.12.** Мы рекомендуем медицинским специалистам, работающим с трансгендерными и гендерно отличными подростками, назначать гендерно-аффирмативные медикаментозные и хирургические вмешательства, которых желает пациент, только в случаях, когда:

**Рекомендация 6.12a)** подросток удовлетворяет критериям для постановки диагноза «гендерное несоответствие» согласно МКБ-11 в ситуациях, когда постановка диагноза необходима для получения медицинской помощи. В странах, которые ещё не начали использовать последнюю версию МКБ, могут использоваться иные таксономии, при этом следует добиваться того, чтобы переход к использованию последней версии МКБ произошёл как можно быстрее.

При работе с ТГО-подростками необходимо понимать, что, несмотря на то что постановка определённого диагноза может давать доступ к получению медицинской помощи, патологизация трансгендерных идентичностей может восприниматься как проявление стигмы [Beek et al., 2016]. В отношении практики обследования в контексте гендерной идентичности и разнообразия было высказано много критики, и имеющиеся системы диагностики вызывают споры [Drescher, 2016].

МС обязаны собирать анамнез и проводить обследование в отношении гендерных аспектов развития подростка и связанных с этим потребностей. В ходе обследования может быть поставлен диагноз в случае, когда таковой необходим для получения гендерно-аффирмативной медицинской помощи.

«Гендерное несоответствие» и «гендерная дисфория» представляют собой две диагностических формулировки, которые используются в Международной классификации болезней (МКБ), изданной Всемирной организацией здравоохранения, и Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам (DSM), изданном Американской психиатрической ассоциацией, соответственно. Из этих двух справочников DSM содержит только психиатрические диагнозы, в то время как МКБ включает в себя заболевания и состояния, имеющие отношение как к физическому, так и к психическому здоровью. В двух последних версиях этих справочников, DSM-5 и МКБ-11, отражена долгая история переосмысления и депатологизации диагнозов, имеющих отношение к гендерной идентичности [American Psychiatric Association, 2013; World Health

Organization, 2019a]. По сравнению с предыдущей версией в DSM-5 формулировка «расстройство гендерной идентичности» была заменена на формулировку «гендерная дисфория», признающую психологический дискомфорт, испытываемый некоторыми людьми по причине несоответствия между их гендерным самоощущением и полом, который был приписан им при рождении. В самой последней пересмотренной версии, DSM-5-TR, изменений в диагностические критерии не вносилось. Однако используемая терминология была заменена на более приемлемую и современную (к примеру, формулировки «натальный пол» и «коррекция пола» были заменены на «пол, приписанный при рождении» и «гендерно-аффирмативные вмешательства» [American Psychiatric Association, 2022]). По сравнению с 10-й версией МКБ диагноз «гендерное несоответствие» был перенесён из раздела «Психические расстройства и расстройства поведения» в раздел «Состояния, связанные с сексуальным здоровьем» в МКБ-11. В отличие от диагноза «гендерная дисфория» по DSM-5, для постановки диагноза «гендерное несоответствие» согласно МКБ-11 более не считается необходимым критерием наличие дистресса [WHO, 2019a]. В конце концов, в ситуации, когда человек воспитывается в атмосфере поддержки и принятия, дистресс и ухудшение психологического состояния, которые являются неотъемлемым компонентом любого психического расстройства, могут перестать быть применимыми в качестве диагностического критерия [Drescher, 2012]. Формулировка «гендерное несоответствие», используемая в МКБ-11, возможно, лучше передаёт полноту опыта гендерного разнообразия и связанных с ним медицинских потребностей.

Согласно критериям для постановки диагноза «гендерное несоответствие в подростковом или взрослом возрасте» по МКБ-11 требуется, чтобы пациент испытывал явное и устойчивое несоответствие между своим гендерным самоощущением и приписанным полом, что зачастую ведёт к потребности совершить «(трансгендерный) переход», чтобы получить возможность жить и восприниматься окружающими как представитель того гендера, с которым пациент себя ассоциирует. Для некоторых людей в список процедур в рамках перехода могут входить гормональная терапия, хирургические вмешательства или иные виды медицинских услуг для приведения тела в соответствие с гендерным самоощущением по мере возможности и потребности пациента. Релевантным для подростков является кри-

терий, что этот диагноз не может быть поставлен человеку «до начала полового созревания». Наконец, отмечено, что «гендерно отличное поведение и предпочтения сами по себе не являются достаточным основанием для постановки этого диагноза» [WHO, ICD-11, 2019a].

В качестве критериев для постановки диагноза «гендерная дисфория» по DSM-5 и DSM-5-TR подросткам и взрослым указаны «явное несоответствие между гендерным самоощущением и приписанным полом человека, длящееся не менее 6 месяцев» (критерий А, который считается удовлетворённым при удовлетворении подкритериев 2 и 6) [DSM-5, APA, 2013; DSM 5-TR, APA, 2022]. Важно отметить, что, несмотря на необходимость постановки диагноза, связанного с гендерной идентичностью, для получения гендерно-аффирмативной медицинской помощи, сама по себе постановка такого диагноза не означает, что человеку требуется какая-либо медицинская помощь. Учитывая разнообразие проявлений гендерного несоответствия у подростков, необходимо, чтобы специалисты могли предложить спектр медицинских вмешательств в зависимости от потребностей пациента. Консультация у психолога, гендерное самоисследование, обследование психического состояния, а также при необходимости помощь специалиста в области психического здоровья, прошедшего обучение в области формирования гендерной идентичности, могут потребоваться как в сочетании с гендерно-аффирмативными медицинскими вмешательствами, так и без них.

**Рекомендация 6.126)** Испытываемые подростком гендерное несоответствие / проявления гендерного разнообразия имеют явный характер и устойчивы на протяжении времени.

Многие подростки проходят через период исследования своей идентичности, а также её консолидации [Klimstra et al., 2010; Topolewska-Siedzik & Ciecuch, 2018]. Процесс исследования своей идентичности в подростковом периоде может включать в себя также и процесс самопознания в гендерном отношении и нахождения своей гендерной идентичности [Steensma, Kreukels et al., 2013]. О том, как процессы, лежащие в основе консолидации гендерной идентичности в подростковом периоде (например, процесс, в результате которого отдаётся предпочтение определённой идентичности), могут повлиять на переживания и потребности подростка на протяжении времени, известно довольно мало.

Таким образом, при назначении гендерно-аффирмативного медицинского вмешательства следует учитывать степень его обратимости наряду с продолжительностью гендерного несоответствия у подростка. Учитывая потенциальные изменения гендерного самоощущения и потребностей в подростковом периоде, важно удостовериться, что стойкое гендерное несоответствие / проявления гендерного разнообразия у подростка продолжались на протяжении нескольких лет перед назначением менее обратимых гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств, таких как гендерно-аффирмативная гормональная терапия и хирургические вмешательства. В отношении терапии по подавлению полового созревания, предоставляющей подросткам больше времени для того, чтобы подготовиться к принятию решения, также имеются важные соображения (см. рекомендацию 6.12ж и главу 12 «Гормональная терапия»), в связи с которыми необходимо удостовериться, что перед её назначением имело место стойкое гендерное несоответствие на протяжении длительного периода времени. Однако для группы подростков младшего возраста срок ожидания в несколько лет не всегда является наиболее рациональным или необходимым, учитывая, что суть подобной терапии заключается в том, чтобы дать пациентам больше времени для принятия решения, при этом позволяя им не испытывать психологического дискомфорта в связи с необратимыми физическими изменениями, вызываемыми наступлением полового созревания. Подросткам, испытывающим гендерное несоответствие на протяжении менее длительного времени, социальный трансгендерный переход, а также иные меры консервативного характера (например, назначение препаратов, подавляющих менструальный цикл, или блокаторов андрогенов), могут приносить некоторое облегчение; также эти меры позволяют клинической команде специалистов получить больше информации о дальнейших потребностях пациента (см. рекомендации 6.4, 6.6 и 6.7).

Для подтверждения стойкого гендерного несоответствия, как правило, требуется тщательное обследование и наблюдение на протяжении длительного времени (см. рекомендацию 6.3). В обследование также следует вовлекать родителей/опекунов подростка, в случаях, когда это возможно и уместно (см. рекомендацию 6.11). Данные, подтверждающие стойкое и длительное гендерное несоответствие, могут быть получены при сборе анамнеза напрямую от подростка и его

родителей/опекунов в случаях, когда эта информация не задокументирована в медицинской карте.

Публикации, посвящённые вопросам сохранности потребности в гендерно-аффирмативной медицинской помощи на протяжении времени, непросты и могут с трудом поддаваться интерпретации. Цикл исследований, проведённый на протяжении нескольких последних десятилетий, включая несколько работ с методологией, вызывающей вопросы (как отмечено [Temple Newhook et al., 2018; Winters et al., 2018]), говорит о том, что гендерное несоответствие сохраняется к подростковому периоду не у всех детей. К примеру, в группе детей, которые демонстрировали гендерное несоответствие или совершили социальный трансгендерный переход до наступления полового созревания, может наблюдаться сокращение или даже полное исчезновение гендерного несоответствия [de Vries et al., 2010; Olson et al., 2022; Ristori & Steensma, 2016; Singh et al., 2021; Wagner et al., 2021]. Однако исследований на тему сохраняемости гендерного несоответствия и соответствующих потребностей у детей, вступающих в пубертат, и подростков значительно меньше. Согласно имеющимся данным, касающимся крупных групп подростков без дополнительных критериев отбора, получивших направление в гендерную клинику (на базе клиники трансгендерной медицины Амстердама), анализ результатов продолжительного наблюдения даёт основания предположить, что часть подростков с гендерным несоответствием, обращающихся за помощью, со временем принимает решение не прибегать к дальнейшей гендерно-аффирмативной медицинской помощи [Arnoldussen et al., 2019; de Vries, Steensma et al., 2011]. Важно учитывать, что результаты исследований, посвящённых подросткам с гендерным несоответствием, участники которых проходили длительное комплексное обследование, в ходе которого они продемонстрировали стойкое гендерное несоответствие и сохранность потребности в гендерно-аффирмативной медицинской помощи, а также получили соответствующие направления, говорят о том, что доля испытывающих сожаление в отношении ранее принятых решений о прохождении гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств предположительно низка [de Vries et al., 2014; Wiepjes et al., 2018]. Крайне важно также то, что эти данные, свидетельствующие о редкости сожаления, в настоящее время могут быть применимы только к подросткам, у которых наблюдалось стойкое гендерное

несоответствие и имелись связанные с этим медицинские потребности на протяжении долгого времени, что было установлено в ходе многократного комплексного обследования (см. рекомендация 6.3).

**Рекомендация 6.12в) Подросток демонстрирует достаточную эмоциональную и когнитивную зрелость для того, чтобы дать информированное согласие/одобрение на выполнение медицинских вмешательств.**

Процесс предоставления информированного согласия/одобрения включает в себя взаимодействие между пациентом и медицинским специалистом, в ходе которого выясняется, в какой степени пациент понимает суть потенциального медицинского вмешательства, а также, в конечном счёте, его решение касательно вмешательства. В большинстве ситуаций, когда речь идёт о несовершеннолетних пациентах, присутствие законного представителя является неотъемлемой частью процесса: для того чтобы медицинская услуга была предоставлена, законный представитель (чаще всего в этой роли выступают родители/опекуны) даёт на это своё информированное согласие. В большинстве ситуаций процедура предоставления одобрения происходит схожим образом, при этом медицинский специалист обсуждает предполагаемое вмешательство с несовершеннолетним пациентом и оценивает степень понимания и намерения последнего.

Необходимым шагом при получении информированного согласия/одобрения перед назначением гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств является подробное обсуждение с квалифицированным специалистом, имеющим подготовку в области оценки степени эмоциональной и когнитивной зрелости подростков. В ходе разговора обязательно должны обсуждаться обратимые и необратимые эффекты вмешательства, вопросы сохранения фертильности (если это применимо), а также все потенциальные риски и преимущества вмешательства. Подобное обсуждение обязательно для получения информированного согласия/одобрения. Оценка степени когнитивной и эмоциональной зрелости также важна, поскольку таким образом команда специалистов может удостовериться, что подросток способен получить и усвоить информацию и воспользоваться ей.

Для предоставления согласия/одобрения на любое медицинское вмешательство требуются следующие навыки: 1) способность понять суть вмешательства; 2) способность обсудить имеющиеся альтернативы, включая их риски и преимущества; 3) оценить характер принимаемого решения, включая отдалённые последствия; 4) сообщить о своём выборе [Grootens-Wiegers et al., 2017]. Применительно к гендерно-аффирмативным медицинским вмешательствам подросток должен понимать, что может и не может быть достигнуто при помощи определённого вмешательства, каковы сроки появления его эффектов (например, применительно к гормональной терапии), а также последствия потенциального прекращения вмешательства. Гендерно отличные подростки должны быть осведомлены об обратимых, частично обратимых и необратимых аспектах вмешательства, а также о границах научных знаний в отношении тех или иных вмешательств (к примеру, о том, как влияет подавление полового созревания на развитие головного мозга [Chen and Loshak, 2020]). Им также необходимо иметь в виду, что, несмотря на то что многие гендерно отличные подростки принимают решение о проведении гендерно-аффирмативных вмешательств и находят этот выбор удачным в долгосрочной перспективе, часть подростков впоследствии приходит к выводу, что этот выбор был неудачным [Wierjes et al., 2018]. Подросткам следует знать, что подобные перемены могут быть связаны как с изменением потребностей в том, что касается гендерной экспрессии, так и с изменением самой гендерной идентичности. Учитывая это, подростки должны обладать способностью к глубокому обсуждению имеющихся альтернатив, учитывая последствия выбора, который стоит перед ними. Необходимым компонентом процедуры предоставления согласия/одобрения является способность подростка сообщить о своём выборе.

Трудно обозначить чёткие временные сроки развития навыков, необходимых для выполнения перечисленных задач в рамках процедуры предоставления согласия/одобрения [Grootens-Wiegers et al., 2017]. В этом отношении наблюдается вариативность в зависимости от темпов индивидуального развития и его особенностей, а также уровня психического здоровья [Shumer & Tishelman, 2015]. Сроки их развития также зависят от того, имел ли подросток возможность тренироваться в использовании этих навыков [Alderson, 2007]. Оценку степени эмоциональной и когнитивной зрелости следует

производить заново каждый раз, когда появляется необходимость в принятии решения [Vrouenraets et al., 2021]. Ниже предлагается серия вопросов, ответы на которые могут помочь специалисту при оценке эмоциональной и когнитивной готовности пациента дать согласие/одобрение на проведение определённого гендерно-аффирмативного вмешательства.

- Способен ли подросток серьёзно задуматься о будущем и оценить последствия частично или полностью необратимого вмешательства?
- Обладает ли подросток достаточной способностью к саморефлексии для того, чтобы предположить, что потребности и приоритеты в гендерном отношении могут меняться со временем и что его собственные потребности и приоритеты в этом отношении могут измениться?
- Задумывался ли подросток в какой-либо мере о том, как ему придётся действовать в случае, если его приоритеты в гендерном отношении действительно изменятся?
- Способен ли подросток понимать различные аспекты конкретного медицинского вмешательства в краткосрочной и долгосрочной перспективе (приверженность терапии, приём препаратов, регулярное посещение медицинского специалиста для наблюдения) и справляться с ними?

Оценка степени эмоциональной и когнитивной зрелости может осуществляться на протяжении времени, по мере того как команда специалистов продолжает обсуждать с пациентом имеющиеся альтернативы, что может позволить пациенту развить навык размышления о будущем и гибкого планирования с учётом последствий. У подростков, имеющих особенности развития или иные отличия в состоянии психического здоровья, навыки прогнозирования последствий в отдалённой перспективе, масштабного мышления, а также саморефлексии могут быть менее развиты [Dubbelink & Geurts, 2017]. В подобных случаях может потребоваться более осторожный подход к процедуре получения согласия/одобрения, а также дополнительное время и условия для того, чтобы подросток мог тренировать указанные навыки, необходимые для принятия решений медицинского характера [Strang, Powers et al., 2018].

В редких случаях, когда несовершеннолетний подросток должен самостоятельно предоставить согласие на проведение медицинского вмешательства без родительского разрешения (см. рекомендацию 6.11), ему нужно оказывать особую поддержку в том, что касается принятия информированного решения. Как правило, потребуется повышенная степень вовлечённости и сотрудничества между специалистами, работающими с подростком, для оказания ему достаточного количества поддержки в когнитивном и эмоциональном отношении при рассмотрении альтернатив, оценке их преимуществ, потенциальных трудностей и стоимости, а также при разработке плана в том, что касается системы поддержки при проведении вмешательств.

**Рекомендация 6.12г) При наличии у подростка проблем с психическим здоровьем, способных помешать достижению ясности в отношении диагноза, способности дать согласие/одобрение, а также выполнению гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств, в отношении них должны быть приняты меры.**

Данные исследований говорят о том, что у ТГО-подростков существует повышенный риск развития проблем с психическим здоровьем, зачастую связанных с отвержением со стороны родителей/опекунов, неприятием со стороны окружающих, а также факторами нейроотличия [e.g., de Vries et al., 2016; Pariseau et al., 2019; Ryan et al., 2010; Weinhardt et al., 2017]. Проблемы с психическим здоровьем, имеющиеся у подростка, могут оказывать влияние на его восприятие собственного развития в гендерном отношении и соответствующих потребностей, его способность дать согласие/одобрение, а также способность принимать необходимое активное участие при осуществлении медицинских вмешательств или получении медицинских услуг. Кроме этого, ТГО-подростки, как и их цисгендерные сверстники, могут иметь проблемы с психическим здоровьем, не связанные с наличием гендерной дисфории или гендерного несоответствия. В особенности причиной для беспокойства могут становиться депрессия и склонность к самоповреждению; в ходе многочисленных исследований было показано, что уровень депрессии, а также эмоциональных и поведенческих нарушений у ТГО-подростков сравним с соответствующими показателями у людей, направляемых в психиатрические клиники [Leibowitz & de Vries, 2016]. Сообщается

о повышенной склонности к суицидальным мыслям, суицидальным попыткам, а также самоповреждению [de Graaf et al., 2020]. Кроме этого, расстройства пищевого поведения у ТГО-подростков встречаются чаще, чем ожидается среди людей, не получающих направление в психиатрические клиники [Khatchadourian et al., 2013; Ristori et al., 2019; Spack et al., 2012]. Важно, что у ТГО-подростков часто встречаются расстройства/признаки аутистического спектра ([Øien et al., 2018; van der Miesen et al., 2016]; см. также рекомендацию 6.1г). Прочие расстройства и особенности развития нервной системы и психические расстройства также могут присутствовать (к примеру, СДВГ, умственная отсталость и психотические расстройства [de Vries, Doreleijers et al., 2011; Meijer et al., 2018; Parkes & Hall, 2006]).

Следует отметить, что многие трансгендерные подростки хорошо адаптированы и не имеют серьёзных проблем с психическим здоровьем. К примеру, показатели психического здоровья у подростков, совершивших социальный трансгендерный переход и получающих гендерно-аффирмативную медицинскую помощь в специализированных центрах, могут быть сопоставимы с соответствующими показателями у их цисгендерных сверстников [de Vries et al., 2014; van der Miesen et al., 2020]. Ключевая задача специалиста, проводящего обследование, состоит в том, чтобы определить наличие взаимосвязи между имеющимися у подростка проблемами с психическим здоровьем, с одной стороны, и его гендерным самоощущением и потребностями — с другой, и в соответствии с этим расставить приоритеты. Трудности психического характера могут препятствовать проведению обследования и гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств у ТГО-подростков в нескольких отношениях.

1) В случаях, когда у ТГО-подростка имеются высокий суицидальный риск, самоповреждающее поведение, расстройства пищевого поведения или иные острые психические состояния, угрожающие физическому здоровью подростка, в приоритете должна быть безопасность. В зависимости от имеющихся условий и действующих рекомендаций оказываемая помощь должна быть направлена на ослабление угрозы или кризиса и стабилизацию состояния для того, чтобы в дальнейшем перейти к внимательному обследованию и принятию решений в отношении гендерно-аффирмативной помощи. К примеру, подросток, проявляющий активные суицидальные тенденции, скорее всего, не обладает достаточной эмоциональной

стабильностью для того, чтобы суметь принять информированное решение в отношении гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств. При наличии показаний вмешательства, направленные на безопасность подростка, не должны становиться препятствием для начала оказания гендерно-аффирмативной помощи.

2) Проблемы с психическим здоровьем могут осложнять оценку развития подростка в гендерном отношении и соответствующих потребностей. К примеру, критически важно суметь провести различие между гендерным несоответствием и проявлениями определённых психических проблем, такими как навязчивые мысли и действия, специальные интересы при аутизме, ригидность мышления, проблемы с идентичностью более широкого характера, трудности детско-родительского взаимодействия, серьёзная тревожность в связи с развитием (например, страх взросления и полового созревания без связи с гендерной идентичностью), травма или психотические мысли. Меры в отношении проблем с психическим здоровьем, препятствующих появлению ясной картины развития подростка и принятию решений о проведении гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств, необходимо принимать в первоочередном порядке.

3) Принятие решений в отношении гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств, потенциальные последствия которых останутся с человеком всю его последующую жизнь, требует от подростка вдумчивого и ориентированного на будущее отношения, а также, при её наличии, поддержки со стороны родителей/опекунов, как было сказано ранее (см. рекомендацию 6.11). Для того чтобы суметь принять подобное информированное решение, подросток должен понять суть происходящего, сообщить о своём выборе, а также тщательно продумать свои пожелания в отношении гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств (см. рекомендацию 6.12в). Особенности развития нервной системы, такие как аутистические черты или расстройства аутистического спектра (к примеру, коммуникативные особенности; склонность к конкретному или ригидному мышлению; особенности, связанные с самосознанием, обдумыванием будущего и планированием), могут также затруднять процесс обследования и принятия решений (см. рекомендацию 6.1г); нейроразличным подросткам может потребоваться дополнительная поддержка, особый подход к структуре обследования,

психообразование, а также дополнительное время, отведённое на обследование [Strang, Powers et al., 2018]. Иные психические особенности, сопровождаемые ограничением коммуникативных способностей и проблемами с выражением своих потребностей, трудностями при вовлечении в процесс обследования, проблемами с памятью и концентрацией внимания, беспомощностью и затруднением при обдумывании будущего, могут осложнять обследование и принятие решений. В подобных случаях часто требуется дополнительное время перед принятием каких-либо решений в отношении гендерно-аффирмативных вмешательств.

4) Наконец, несмотря на то что важно принимать меры в отношении имеющихся проблем с психическим здоровьем параллельно с проведением гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств, сказанное не означает, что все проблемы с психическим здоровьем могут или должны быть решены окончательно. Однако важно, чтобы все имеющиеся проблемы подобного характера были решены в достаточной степени, чтобы оказание гендерно-аффирмативной медицинской помощи проходило оптимальным образом (к примеру, с точки зрения приверженности лечению, регулярного посещения специалиста для наблюдения, а также ухода, особенно в послеоперационном контексте).

**Рекомендация 6.12д) Подросток был проинформирован о последствиях для репродуктивной системы, включая возможную утрату фертильности, а также о доступных возможностях сохранения репродуктивного потенциала, и последние были обсуждены с учётом стадии полового созревания, на которой находится подросток.**

Рекомендации касательно клинического подхода, научной доказательной базы и обоснования см. в главе 12 «Гормональная терапия» и главе 16 «Репродуктивное здоровье».

**Рекомендация 6.12е) Подросток достиг 2-й стадии полового созревания по Таннеру для назначения препаратов, блокирующих половое созревание.**

Начало полового созревания становится поворотным моментом для многих гендерно отличных подростков. У некоторых оно приводит к усилению гендерного несоответствия, в то время как

у других начало полового созревания может приводить к гендерной изменчивости (например, переход от бинарного к небинарному самоопределению) или же к ослаблению гендерной идентичности, о которой подросток заявлял ранее [Drummond et al., 2008; Steensma et al., 2011, Steensma, Kreukels et al., 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008]. Использование препаратов, подавляющих половое созревание, таких как аналоги ГнРГ, не рекомендуется до тех пор, пока ребёнок не достигнет как минимум 2-й стадии полового созревания по Таннеру, поскольку опыт физического полового созревания может оказаться критическим для дальнейшего формирования гендерной идентичности некоторых ТГО-подростков [Steensma et al., 2011]. Таким образом, препараты, подавляющие половое развитие, не должны применяться у гендерно отличных детей, ещё не вступивших в пубертат [Waal & Cohen-Kettenis, 2006]. У некоторых подростков агонисты ГнРГ могут применяться на более поздних стадиях полового развития или даже после его завершения (4-я и 5-я стадия по Таннеру), в крайне индивидуальном порядке. Более подробное описание использования агонистов ГнРГ см. в главе 12 «Гормональная терапия».

Различия в сроках наступления полового созревания связаны со множеством факторов (к примеру, полом, приписанным при рождении, генетическими факторами, питанием и т. д.). Стадии по Таннеру представляют собой пять стадий полового созревания от допубертатного состояния (1-я стадия по Таннеру) до его завершения и наступления половой зрелости, характерной для взрослого возраста (5-я стадия по Таннеру) [Marshall & Tanner, 1969, 1970]. Для людей с приписанным при рождении женским полом началом полового созревания (гонадархе) соответствует набухание молочных желёз (2-я стадия по Таннеру), для людей с приписанным при рождении мужским полом — тестикулярный объём не менее 4 мл [Roberts & Kaiser, 2020]. Определение начала полового созревания должно проводиться опытным специалистом, поскольку необходимо отличать начало пубертата от таких физических изменений, как появление волос на лобке и запах апокринного пота, обусловленных действием половых гормонов, вырабатываемых надпочечниками (адренархе), поскольку эти изменения не являются основанием для назначения препаратов, подавляющих половое созревание [Roberts & Kaiser, 2020]. Информирование родителей и членов семьи о разнице между адренархе и гонадархе поможет им понять, когда именно нужно будет

принимать решение в отношении гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств совместно с междисциплинарной командой специалистов, работающей с их ребёнком.

Важность обсуждения рисков и преимуществ подавления полового созревания, как гипотетических, так и уже установленных, невозможно переоценить. Существующие данные подтверждают влияние терапии, подавляющей половое созревание, на ход и результат будущего хирургического вмешательства у трансгендерных девушек [van de Grift et al., 2020]. Данные, полученные в результате лонгитюдных исследований, говорят о большей степени удовлетворённости своей романтической и сексуальной жизнью у ТГО-людей, прошедших терапию, подавляющую половое созревание, гормональную терапию и выполнение хирургических вмешательств в подростковом периоде [Bungener et al., 2020]. Согласно результатам исследования, посвящённого исходам лапароскопической вагинопластики с использованием фрагмента кишечника (в ситуациях, когда этой технике было отдано предпочтение из-за недостатка тканей гениталий в результате применения препаратов, подавляющих половое развитие) у трансгендерных женщин, большинство пациенток могли достигать оргазма после выполнения вмешательства (84%), несмотря на то что корреляция между способностью испытывать сексуальное удовольствие и началом применения препаратов, блокирующих половое созревание, в рамках исследования не изучалась [Bouman, van der Sluis et al., 2016]. При этом результаты исследования неприменимы к пациентам, у которых используется иная техника выполнения вмешательства. Всё сказанное подчёркивает важность обсуждения потенциальных неизвестных последствий этой терапии с точки зрения исхода хирургических вмешательств и сексуального здоровья.

**Рекомендация 6.12ж)** Подросток проходил гендерно-аффирмативную гормональную терапию на протяжении не менее 12 месяцев или, при необходимости, дольше перед назначением таких гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств, как увеличивающая маммопластика, орхиэктомия, вагинопластика, гистерэктомия, фаллопластика, метоидиопластика, а также гендерно-аффирмативная лицевая хирургия, за исключением слу-

**чаев, когда пациент не желает проходить гормональную терапию или же для неё имеются медицинские противопоказания.**

ГАГТ приводит к изменениям анатомического, физиологического и психологического характера. Первые анатомические изменения (такие как увеличение клитора, рост молочных желёз, атрофия слизистой влагалища) могут наступать вскоре после начала приёма препаратов и достигать своего максимума на сроке 1–2 лет после начала терапии [T'Sjoen et al., 2019]. Для того чтобы подросток успел адаптироваться к происходящим физическим изменениям в это важное для его развития время, рекомендуется, чтобы срок непрерывного прохождения терапии составлял не менее 12 месяцев. В зависимости от цели хирургического вмешательства этот период может продлеваться (к примеру, для достаточной вирилизации клитора в рамках подготовки к метоидиопластике, развития молочных желёз и растяжения кожного покрова перед выполнением увеличивающей маммопластики, смягчения кожи и перераспределения подкожных жировых отложений в лицевой области перед хирургическим вмешательством по феминизации лица) [de Blok et al., 2021].

Важно, чтобы хирурги обсуждали возможное влияние гормональной терапии на потенциальный результат вмешательства с пациентами, не проходящими гормональную терапию. Кроме этого, рекомендуется, чтобы эндокринологи составляли план заместительной гормональной терапии для пациентов, планирующих подвергнуться гонадэктомии и не проходящих гормональную терапию, перед выполнением хирургического вмешательства.

### ***Соображения касательно возраста в контексте назначения гендерно-аффирмативных медикаментозных и хирургических вмешательств***

Существует довольно сильная, хотя и неполная, корреляция между возрастом, с одной стороны, и когнитивным и психосоциальным развитием — с другой, и она может стать полезным индикатором при определении временных рамок выполнения медицинских вмешательств [Ferguson et al., 2021]. Желательно, чтобы более необратимые и/или сложные вмешательства проводились в более старшем возрасте (то есть соответствующем большей степени развития подростка). В рамках подобного подхода постепенному увеличению степени когнитивной/эмоциональной зрелости подростка соответствует

усложняющийся характер проводимых медицинских вмешательств, что будет способствовать более обдуманному и осознанному принятию этих решений (см. рекомендацию 6.12в).

Растущее количество данных свидетельствует о том, что оказание гендерно-аффирмативной медицинской помощи подросткам, удовлетворяющим критериям отбора, приводит к положительному исходу [Achille et al., 2020; de Vries et al., 2014; Kuper et al., 2020]. Однако данных об оптимальных временных рамках проведения гендерно-аффирмативных вмешательств, а также их отдалённых результатах с точки зрения физического, психологического развития и развития нервной системы, недостаточно [Chen et al., 2020; Chew et al., 2018; Olson-Kennedy et al., 2016]. К настоящему времени все существующие лонгитюдные исследования на тему конечных результатов оказания гендерно-аффирмативной медицинской помощи гендерно отличным подросткам и взрослым были проведены по одному и тому же принципу (т. н. «Голландскому подходу»), предполагающему изначально проведение комплексного обследования с последующим наблюдением. В рамках этого подхода вопрос назначения препаратов, подавляющих половое созревание, рассматривался после достижения пациентом возраста 12 лет, ГАГТ назначалась начиная с 16 лет, хирургические вмешательства — после достижения возраста 18 лет, с отдельными исключениями. Неясно, приведут ли отклонения от этого подхода к сходным или иным конечным результатам. Предполагается, что лонгитюдные исследования, проводимые в настоящее время, внесут большую ясность в то, что касается конечных результатов, а также безопасности и эффективности гендерно-аффирмативной медицинской помощи подросткам [Olson-Kennedy, Garofalo et al., 2019; Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2019]. В то время как отдалённые последствия гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств, начатых в подростковом возрасте, до конца не изучены, следует также принимать во внимание потенциальные негативные последствия для здоровья, к которым может приводить отсрочка оказания медицинской помощи [de Vries et al., 2021]. С увеличением доказательной базы в отношении конечных результатов гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств у подростков рекомендации касательно сроков проведения и готовности пациентов могут изменяться.

Согласно ранее опубликованным руководствам по оказанию гендерно-аффирмативной медицинской помощи подросткам частично обратимая ГАГТ могла назначаться пациентам начиная с возраста приблизительно 16 лет [Coleman et al., 2012; Nembree et al., 2009]. В более недавних руководствах упоминаются возможные основания для назначения ГАГТ пациентам, не достигшим 16-летнего возраста, хотя исследований с участием подростков, начавших проходить гормональную терапию до достижения возраста 14 лет, немного [Nembree et al., 2017]. Нежелательность продолжительного подавления полового созревания как веское основание для более раннего назначения ГАГТ, учитывая потенциальные последствия для состояния костной ткани, а также психосоциальные трудности в связи с отсрочкой полового созревания, подробнее обсуждается в главе 12 «Гормональная терапия» [Klink, Caris et al., 2015; Schagen et al., 2020; Vlot et al., 2017; Zhu & Chan, 2017]. Периоду полового созревания сопутствуют значительное развитие головного мозга и когнитивных способностей. Вопрос потенциальных последствий продолжительного подавления полового созревания у гендерно отличных подростков для развития нервной системы был выделен как область, требующая дальнейшего изучения [Chen et al., 2020]. Несмотря на доказательства безопасности применения аналогов ГнРГ для лечения преждевременного полового созревания, существуют опасения, что продолжительная отсрочка воздействия половых гормонов (эндогенных или экзогенных) в то время, когда процесс минерализации костной ткани достигает пика, может привести к недостаточной минеральной плотности костной ткани. Потенциальное снижение минерализации костной ткани, особенно учитывая клиническую значимость любого её снижения, требует дальнейших исследований в этой области [Klink, Caris et al., 2015; Lee, Finlayson et al., 2020; Schagen et al., 2020]. Возможные негативные психосоциальные последствия отсрочки полового развития, связанные с отношениями между сверстниками, могут являться дополнительным стрессовым фактором для гендерно отличных подростков, хотя эта тема сама по себе не изучалась. При выборе времени начала гендерно-аффирмативной гормональной терапии специалистам следует сопоставлять потенциальные физические и психосоциальные преимущества и риски её начала с потенциальными рисками и преимуществами отсрочки этой процедуры.

В ходе этого процесса могут быть определены факторы, говорящие в пользу индивидуализированного подхода.

Исследования среди трансмаскулильных подростков показывают, что дисфория, связанная с развитием молочных желёз, ассоциируется с более высоким уровнем тревожности, депрессии и дистресса, а также может приводить к функциональным ограничениям, таким как отказ от физических упражнений или купания [Mehringer et al., 2021; Olson-Kennedy, Warus et al., 2018; Sood et al., 2021]. К сожалению, приём препаратов тестостерона малоэффективен в отношении этого дистресса. Для некоторых приемлемой альтернативой является маскулинизирующая маммопластика, к которой они могут прибегать в дальнейшем. В ходе исследований с участием подростков, обратившихся за маскулинизирующей маммопластикой для облегчения дисфории, связанной с наличием развитых молочных желёз, были продемонстрированы хорошие результаты, удовлетворённость ими со стороны пациентов, а также минимальная доля испытавших сожаление об этом вмешательстве на протяжении периода наблюдения [Marinkovic & Newfield, 2017; Olson-Kennedy, Warus et al., 2018]. Хирургическая маскулинизация груди может быть назначена несовершеннолетним подросткам при наличии клинических показаний, а также достаточной степени зрелости пациентов по мнению междисциплинарной команды специалистов, имеющих опыт в области подросткового и гендерного развития (см. рекомендации в этой главе на соответствующую тему). Продолжительность гормональной терапии, а также тот факт, что терапия продолжается на момент текущего обследования, не является противопоказанием для выполнения хирургического вмешательства при наличии показаний к его назначению. Потребности некоторых ТГО-подростков могут ограничиваться маскулинизацией груди. Увеличивающая маммопластика может быть востребована у трансфеминных подростков, несмотря на малоизученность практики выполнения этого вида вмешательства у подростков, предположительно в силу того, что к нему редко прибегают в этом возрасте [Boskey et al., 2019; James, 2016]. ГАГТ, а именно приём препаратов эстрогенов, может способствовать развитию тканей молочных желёз, и рекомендуется, чтобы перед выполнением увеличивающей маммопластики подростки проходили терапию препаратами эстрогенов на протяжении не менее 12 месяцев или, при необходимости, дольше, за исключением

случаев, когда к этому виду терапии отсутствуют клинические показания или имеются медицинские противопоказания.

Данные касательно оптимального срока выполнения прочих гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств у подростков ограничены. Отчасти это объясняется ограниченным доступом к этим вмешательствам в зависимости от местоположения [Mahfouda et al., 2019]. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что количество проводимых вмешательств увеличилось с 2000 года; в частности, увеличилось число ТГО-подростков, обращающихся за вагинопластикой [Mahfouda et al., 2019; Milrod & Karasic, 2017]. По данным исследования, проведённого в 2017 году, из 20 хирургов из США, аффилированных с WPATH, больше половины имели опыт выполнения операции по вагинопластике у несовершеннолетних подростков [Milrod & Karasic, 2017]. Данных о конечных результатах вагинопластики у подростков немного. Согласно небольшим исследованиям наблюдается улучшение психологической функциональности, а также снижение гендерной дисфории у подростков, которым была произведена вагинопластика [Becker et al., 2018; Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; Smith et al., 2001]. Несмотря на небольшие размеры выборки, результаты этих исследований свидетельствуют о возможных преимуществах выполнения этих вмешательств до достижения 18-летнего возраста у некоторых подростков. Среди доводов в пользу назначения этих вмешательств до достижения 18 лет могут быть возможность получить больше поддержки со стороны семьи, упрощение организации послеоперационного ухода в возрасте, когда на подростка ещё не легли более взрослые задачи и обязанности (такие как поступление в университет или поиск работы), а также соображения безопасности в публичных пространствах (то есть снижение вероятности, что подросток подвергнется насилию на почве трансфобии) [Boskey et al., 2018; Boskey et al., 2019; Mahfouda et al., 2019]. Учитывая сложность и необратимый характер этих вмешательств, крайне важно проводить оценку способности подростка выполнить все рекомендации по послеоперационному уходу, а также степени его понимания долгосрочных последствий этих вмешательств для репродуктивной системы и сексуальной функции [Boskey et al., 2019]. Учитывая сложность такого вмешательства, как фаллопластика, а также высокую частоту развития осложнений по сравнению с прочими гендерно-

аффирмативными хирургическими вмешательствами, в настоящий момент не рекомендуется назначать это вмешательство подросткам младше 18 лет (см. главу 13 «Хирургические вмешательства и послеоперационный уход»). Дополнительные ключевые факторы, которые следует принимать во внимание при обсуждении времени проведения вмешательств с подростками и их семьями, более подробно рассматриваются в рекомендациях 6.12a–e. Сводку критериев/рекомендаций для назначения медицински необходимых гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств см. в приложении Г.

## ГЛАВА 7. ДЕТИ

Эта глава «Стандартов помощи» относится к детям с проявлениями гендерного разнообразия, у которых ещё не началось половое созревание, и основывается на данных имеющихся исследований, этических принципах, а также накопленном опыте специалистов, работающих в этой области. В список принципов, лёгших в основу этих рекомендаций, входят следующие. 1) Гендерное разнообразие в детском возрасте представляет собой ожидаемый аспект развития человека [Endocrine Society and Pediatric Endocrine Society, 2020; Telfer et al., 2018]. 2) Гендерное разнообразие в детском возрасте не является патологией или психическим расстройством [Endocrine Society and Pediatric Endocrine Society, 2020; Oliphant et al., 2018; Telfer et al., 2018]. 3) Разнообразие гендерного самовыражения у детей не следует всегда по умолчанию трактовать как признак трансгендерности или гендерного несоответствия [Ehrensaft, 2016; Ehrensaft, 2018; Rael et al., 2019]. 4) Привлечение специалиста в области психического здоровья (СПЗ) может способствовать лучшей адаптации ребёнка, а также распознаванию его потребностей в гендерном отношении на протяжении времени [APA, 2015; Ehrensaft, 2018; Telfer et al., 2018]. 5) Проведение конверсионной терапии у детей (то есть любые попытки «вылечить» ребёнка посредством словесного или иного воздействия, направленного на то, чтобы ребёнок определял и/или вёл себя в соответствии с гендерной принадлежностью, ассоциируемой с полом, приписанным ему при рождении) наносит ребёнку вред, и мы осуждаем подобные практики [APA, 2021; Ashley, 2019b, Paré, 2020; SAMHSA, 2015; Telfer et al., 2018; UN Human Rights Council, 2020].

На протяжении всего текста термин «медицинский специалист» (МС) используется в широком смысле по отношению к любым специалистам, работающим с гендерно отличными детьми. В отличие от подростков, у которых начинается половое созревание, гендерно отличным детям, ещё не вступившим в пубертатный период, медицинские вмешательства не назначаются [Pediatric Endocrine Society, 2020]; таким образом, при обращении за помощью специалиста, как правило, речь идёт о МС, специализирующихся в области оказания психосоциальной поддержки и формирования гендерной идентичности. Таким образом, в этой главе основное внимание уделяется психосоциальным практикам, приемлемым в этом возрасте, несмотря

на то что эти рекомендации могут быть полезны и прочим МС, таким как педиатры и терапевты, поскольку они в своей работе также могут сталкиваться с гендерно отличными детьми и их семьями.

В главе используются термины «гендерно отличный», «с проявлениями гендерного разнообразия» (gender diverse), поскольку траектория формирования гендерной идентичности у детей, не вступивших в пубертатный период, непредсказуема и может претерпевать изменения со временем [Steensma, Kreukels et al., 2013]. В то же время мы признаём тот факт, что у некоторых детей гендерная идентичность, не совпадающая с полом, приписанным ребёнку при рождении, о которой ребёнок заявляет с ранних лет, сохраняется и в будущем [Olson et al., 2022]. Термин «гендерно отличный / с проявлениями гендерного разнообразия» включает в себя бинарных и небинарных трансгендерных детей, а также детей с проявлениями гендерного разнообразия, которые не будут определять себя как трансгендерных впоследствии. Терминология неразрывно связана с культурой и меняется со временем. Таким образом, термины, используемые здесь, впоследствии выйдут из употребления, и появятся новые обозначения.

В этой главе описываются аспекты медицински необходимой помощи, направленной на улучшение благополучия детей, а также оказание им поддержки в том, что касается их потребностей в гендерном отношении (см. рекомендацию 2.1 о медицинской необходимости в главе «Глобальная применимость»). В ней приводятся доводы в пользу того, чтобы эти рекомендации по мере возможности применялись всегда и всеми. В некоторых ситуациях или регионах доступ к рекомендованным ресурсам может быть ограничен. Специалистам, работающим в условиях недостатка ресурсов, следует стремиться к тому, чтобы соответствовать описанным стандартам. Однако в случаях, когда непреодолимые ограничения не позволяют реализовать те или иные компоненты этих рекомендаций, их наличие не должно становиться препятствием к оказанию наилучшей доступной помощи. В регионах, где доступны только некоторые виды рекомендованных услуг, выбор в пользу отказа от оказания ребёнку потенциально благотворной помощи может нести риск нанесения ему вреда [Murchison et al., 2016; Telfer et al., 2018; Riggs et al., 2020]. Наша общая рекомендация состоит в том, чтобы интересы ребёнка оставались в приоритете.

Огромный пласт научно-психологической литературы говорит о том, что ранний детский опыт часто задаёт тенденции в отношении факторов риска и устойчивости на всю последующую жизнь, а также способствует формированию траектории развития, которая с большей или меньшей вероятностью приведёт к благополучию и хорошему качеству жизни [Anda et al., 2010; Masten & Cicchetti, 2010; Shonkoff & Garner, 2012]. Данные исследований говорят о том, что, как правило, у гендерно отличных детей и подростков существует повышенный риск возникновения трудностей психологического характера [Ristori & Steensma, 2016] по сравнению с цисгендерными сверстниками, что является результатом столкновения с деструктивными ситуациями, включая травму и жестокое обращение, вызванное неприятием гендерного разнообразия, и прочими тяжёлыми взаимодействиями, связанными с отвержением [Barrow & Apostle, 2018; Giovanardi et al., 2018; Gower, Rider, Brown et al., 2018; Grossman & D'Augelli, 2006; Hendricks & Testa, 2012; Reisner, Greytak et al., 2015; Roberts et al., 2014; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018]. Публикации говорят о том, что гендерно отличные дети, ещё не вступившие в пубертатный период, в случае принятия их гендерной идентичности окружающими, как правило, хорошо адаптированы [Malpas et al., 2018; Olson et al., 2016]. При обследовании детей и оказании им помощи особая важность придаётся экологическому подходу, в рамках которого признаётся, что детям необходимо ощущать принятие и безопасность в любом контексте, в котором они могут оказаться [Belsky, 1993; Bronfenbrenner, 1979; Kaufman & Tishelman, 2018; Lynch & Cicchetti, 1998; Tishelman et al., 2010; Zielinski & Bradshaw, 2006]. Таким образом, рекомендации, предлагаемые в этой главе, основываются на общепсихологической литературе, а также знаниях, касающихся рисков, специфических для детей с проявлениями гендерного разнообразия. При этом особое значение придаётся интеграции и экологическому подходу с целью достичь большего понимания потребностей ребёнка и способствовать его психологическому благополучию при оказании любой помощи, связанной с вопросами гендера. В рамках подобного подхода приоритет отдаётся укреплению благополучия и улучшению качества жизни на всём протяжении развития ребёнка. Кроме этого, в рамках этой главы также поддерживается точка зрения, подтверждаемая многочисленными вышеупомянутыми психологическими исследованиями, согласно

которой оказание психологической гендерно-аффирмативной помощи детям, не вступившим в пубертатный период, открывает окно возможностей для формирования траектории благополучного развития как в детском возрасте, так и в период перехода от детства к периоду полового созревания [Hidalgo et al., 2013]. С помощью подобного подхода представляется возможным смягчить влияние некоторых факторов риска для психического здоровья трансгендерных и гендерно отличных (ТГО) подростков, как это часто описывается в литературе [Chen et al., 2021; Edwards-Leeper et al., 2017; Haas et al., 2011; Leibowitz & de Vries, 2016; Reisner, Bradford et al., 2015; Reisner, Greytak et al., 2015].

При проведении исследований в области развития человека были изучены различные аспекты формирования гендерной идентичности в годы раннего детства у общей популяции детей препубертатного возраста. Как правило, в ходе этих исследований авторы исходили из предпосылки, что все дети, принявшие участие в исследованиях, были цисгендерными [Olezeski et al., 2020], при этом было показано, что гендерная идентичность приобретает стабильный характер до достижения школьного возраста у детей из общей популяции, большинство которых со значительной вероятностью не являются гендерно отличными [Kohlberg, 1966; Steensma, Kreukels et al., 2013]. Недавние исследования продемонстрировали, что гендерное разнообразие наблюдается и может выявляться у детей раннего возраста [Fast & Olson, 2018; Olson & Gülgöz, 2018; Robles et al., 2016]. Тем не менее эмпирические данные в этом отношении ограничены, и к настоящему времени не разработано надёжных психометрических инструментов, позволяющих в полной мере определить гендерное самовосприятие ребёнка препубертатного возраста, а также его потребности и предпочтения в этом отношении [Bloom et al., 2021]. Таким образом, в этой главе подчёркивается важность нюансированного и индивидуализированного клинического подхода к обследованию детей в связи с их гендерной идентичностью, в соответствии с рекомендациями, опубликованными в различных руководствах и литературе [Berg & Edwards-Leeper, 2018; de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Ehrensaft, 2018; Steensma & Wensing-Kruger, 2019]. Результаты исследований и клинический опыт показывают, что проявления гендерного разнообразия у некоторых детей препубертатного возраста могут иметь нестабильный характер; не существует

способов надёжно предсказать последующее гендерное развитие конкретного ребёнка [Edwards-Leeper et al., 2016; Ehrensaft, 2018; Steensma, Kreukels et al., 2013], и потребности в этом отношении у отдельных детей могут меняться на протяжении детского периода.

Важно понимать значение термина «обследование». Обследование может проводиться в различных контекстах [Krishnamurthy et al., 2004], включая экстренное обследование, проводящееся в кризисной ситуации (например, обследование на предмет суицидального риска при наличии соответствующих тенденций), а также узкоспециализированное обследование в ситуациях, когда у семьи имеется определённый вопрос, часто требующее относительно непродолжительной консультации [Berg & Edwards-Leeper, 2018]. Термин «обследование» также часто используется со значением «диагностическое обследование», целью которого является выявление состояния, в отношении которого может быть выставлен соответствующий диагноз и проведено лечение. В этой главе речь идёт о комплексном обследовании, направленном на выяснение целей и потребностей ребёнка и его семьи [APA, 2015; de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Srinath et al., 2019; Steensma & Wensing-Kruger, 2019]. Психосоциальное обследование подобного типа не обязательно понадобится всем гендерно отличным детям, но может проводиться по требованию в силу нескольких причин. Обследование может представлять собой возможность запустить процесс оказания поддержки гендерно отличному ребёнку и его семье исходя из понимания, что для ребёнка полезно, чтобы семья относилась к его проявлениям гендерного разнообразия с принятием, а также при необходимости была готова обратиться за помощью в вопросах его воспитания. Проведение комплексного обследования уместно по запросу семьи, желающей понять потребности своего ребёнка в том, что касается гендера и психического здоровья, в контексте гендерного разнообразия.

В подобных обстоятельствах должны приниматься во внимание проблемы с психическим здоровьем, имеющиеся у других членов семьи, динамика внутрисемейных отношений, а также социальный и культурный контексты, способные оказать влияние на гендерно отличного ребёнка [Barrow & Apostle, 2018; Brown & Mar, 2018; Cohen-Kettenis et al., 2003; Hendricks & Testa, 2012; Kaufman & Tishelman, 2018; Ristori & Steensma, 2016; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018]. Ниже предлагается более подробное обсуждение этих вопросов.

Важно, чтобы МС, работающие с гендерно отличными детьми, стремились к пониманию ребёнка, а также различных аспектов опыта и идентичности его семьи, таких как расовая и этническая принадлежность, иммигрантский/беженский статус, религиозные верования, географические и социоэкономические факторы; необходимо проявлять деликатность и уважение к культурному контексту в ходе клинического взаимодействия [Telfer et al., 2018]. Множество факторов могут играть роль в том, что касается культуры и гендера, включая религиозные верования, ожидания, связанные с той или иной гендерной принадлежностью, а также допускаемую степень гендерного разнообразия [Oliphant et al., 2018]. Пересечения между гендерным и социокультурным разнообразием, а также статусом того или иного меньшинства, могут быть источниками как силы, так и социального стресса, возможно и то и другое одновременно [Brown & Mar, 2018; Oliphant et al., 2018; Riggs & Treharne, 2016].

Каждый ребёнок, член семьи и элемент внутрисемейных отношений уникальны и потенциально являются плодом слияния множества культур и убеждений. Таким образом, МС, практикующим в любой дисциплине, следует избегать стереотипизации на основе предубеждений, которые могут быть ошибочными или предвзятыми (например, что семья, принадлежащая к религиозной организации, негативно относящейся к гендерному разнообразию, обязательно отрицательно отнесётся к проявлениям гендерного разнообразия у своего ребёнка) [Brown & Mar, 2018]. Напротив, крайне важно подходить к каждой семье с позиции открытости, стремясь понять каждого её члена и элемент внутрисемейных отношений в индивидуальном порядке.

Все рекомендации, вошедшие в эту главу, были сформулированы после подробного анализа доказательной базы, оценки преимуществ и вреда, ценностей и предпочтений специалистов и пациентов, а также использования ресурсов и реализуемости. В некоторых случаях мы были вынуждены признать недостаточность доказательной базы и/или факт недоступности некоторых услуг или их нежелательности.

---

## *Рекомендации*

7.1. Мы рекомендуем, чтобы медицинские специалисты, работающие с гендерно отличными детьми, проходили обучение и имели квалификацию в области формирования гендерной идентичности и гендерного разнообразия у детей, а также обладали общими знаниями о гендерном разнообразии у людей разных возрастных групп.

7.2. Мы рекомендуем, чтобы медицинские специалисты, работающие с гендерно отличными детьми, проходили теоретическое обучение, основанное на эмпирической доказательной базе, а также приобретали квалификацию в области детской и семейной психологии, охватывающей все этапы развития ребёнка.

7.3. Мы рекомендуем, чтобы медицинские специалисты, работающие с гендерно отличными детьми, проходили обучение и приобретали квалификацию в области расстройств аутистического спектра, а также прочих проявлений нейро-разнообразия, или же сотрудничали со специалистами, имеющими соответствующую квалификацию, при работе с аутичными/нейроотличными детьми с проявлениями гендерного разнообразия.

7.4. Мы рекомендуем, чтобы медицинские специалисты, работающие с гендерно отличными детьми, продолжали повышать квалификацию в области работы с гендерно отличными детьми и их семьями.

7.5. Мы рекомендуем медицинским специалистам при обследовании гендерно отличных детей собирать и учитывать информацию из различных источников.

7.6. Мы рекомендуем медицинским специалистам принимать во внимание факторы, имеющие отношение к определённой стадии развития ребёнка, степень развития его нейрокогнитивных функций, а также речевых навыков при обследовании гендерно отличных детей.

7.7. Мы рекомендуем медицинским специалистам принимать во внимание факторы, способные затруднять предоставление родителями/опекунами ребёнка точной информации о его гендерной идентичности/экспрессии при обследовании гендерно отличных детей.

7.8. Мы рекомендуем медицинским специалистам рассматривать возможность направления к психологу и/или проведения психотерапии как для гендерно отличного ребёнка, так и для членов его семьи / опекунов в случаях, когда есть основания полагать, что это принесёт пользу с точки зрения благополучия и развития ребёнка и/или его семьи.

7.9. Мы рекомендуем медицинским специалистам, предоставляющим психологические консультации или проводящим психотерапию у гендерно отличных детей и членов их семей/опекунов, также уделять внимание прочим контекстам и лицам, имеющим значение для ребёнка, для того чтобы способствовать развитию стрессоустойчивости и эмоциональному благополучию ребёнка.

7.10. Мы рекомендуем медицинским специалистам, предоставляющим психологические консультации или проводящим психотерапию у гендерно отличных детей и членов их семей / опекунов, предоставлять и тем и другим информацию о психологии формирования гендерной идентичности на доступном для их возраста уровне.

7.11. Мы рекомендуем медицинским специалистам по мере приближения ребёнка к пубертатному возрасту информировать гендерно отличных детей и их семьи/опекунов о доступных гендерно-аффирмативных медицинских вмешательствах, последствиях этих вмешательств в отношении будущей фертильности, а также возможностях сохранения репродуктивного потенциала.

7.12. Мы рекомендуем родителям/опекунам, а также медицинским специалистам с поддержкой относиться к детям, желающим признания в соответствии с гендером, отражающим их внутреннее гендерное самоощущение.

7.13. Мы рекомендуем медицинским специалистам, а также родителям/опекунам поддерживать детей на пути их дальнейшего самоисследования в гендерном отношении, вне зависимости от того, совершает ребёнок социальный трансгендерный переход или нет.

7.14. Мы рекомендуем медицинским специалистам обсуждать потенциальные преимущества и риски социального трансгендерного перехода с семьями, которые рассматривают такую возможность.

**7.15.** Мы рекомендуем медицинским специалистам работать в сотрудничестве со специалистами из других областей и организациями для того, чтобы способствовать благополучию гендерно отличных детей и минимизировать трудности, с которыми те могут сталкиваться.

**Рекомендация 7.1.** Мы рекомендуем, чтобы медицинские специалисты, работающие с гендерно отличными детьми, проходили обучение и имели квалификацию в области формирования гендерной идентичности и гендерного разнообразия у детей, а также обладали общими знаниями о гендерном разнообразии у людей разных возрастных групп.

МС, работающие с гендерно отличными детьми, должны проходить непрерывное обучение, а также иметь документы, подтверждающие их квалификацию для выполнения этой задачи. Сюда входит получение лицензий, дипломов и сертификатов, которые должны быть выданы учреждениями, имеющими необходимую аккредитацию. Мы признаём тот факт, что специфика выдачи лицензий, сертификатов, дипломов и контроль деятельности медицинских специалистов может осуществляться по-разному в разных частях мира. Следует отметить, что базовой сертификации и/или лицензирования может быть недостаточно и сами по себе они не являются доказательством компетентности специалиста в том, что касается работы с гендерно отличными детьми, поскольку для того, чтобы оказывать помощь должного качества, необходимы углублённое обучение и практика под супервизией в области формирования гендерной идентичности в детском возрасте и гендерного разнообразия.

**Рекомендация 7.2.** Мы рекомендуем, чтобы медицинские специалисты, работающие с гендерно отличными детьми, проходили теоретическое обучение, основанное на эмпирической доказательной базе, а также приобретали квалификацию в области детской и семейной психологии, охватывающей все этапы развития ребёнка.

МС следует проходить обучение и получать практический опыт под супервизией в области общей детской и семейной психологии, охватывающей все периоды развития ребёнка, начиная от раннего

детского возраста до завершения подросткового периода, включая получение навыков по проведению обследования, а также различные подходы к назначению и проведению вмешательств. Проявления гендерного разнообразия не являются психическим расстройством; однако, как было сказано выше, известно, что на психическое здоровье гендерно отличных детей зачастую негативно влияет множество факторов (к примеру, стресс меньшинств) [Hendricks & Testa, 2012], что может требовать подробного изучения и поддержки; таким образом, квалификация в области психического здоровья крайне желательна. Работа с детьми представляет собой непростую задачу, предполагающую понимание потребностей ребёнка на определённых этапах развития, способность составить представление о различных факторах, влияющих на уровень благополучия ребёнка как внутри семьи, так и вне её [Kaufman & Tishelman, 2018], а также способность провести анализ в случаях, когда ребёнок несчастен или испытывает значительные психологические трудности, как в связи с гендерной идентичностью, так и по иным причинам. Результаты исследований говорят о высоких показателях неблагоприятного опыта и травмы у гендерно отличных детей, включая отвержение и даже жестокое обращение [APA, 2015; Barrow & Apostle, 2018; Giovanardi et al., 2018; Reisner, Greytak et al., 2015; Roberts et al., 2012; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018]. Необходимо учитывать возможность наличия такого опыта и суметь принять эффективные меры для предотвращения вреда и обеспечения благополучия ребёнка.

**Рекомендация 7.3.** Мы рекомендуем, чтобы медицинские специалисты, работающие с гендерно отличными детьми, проходили обучение и приобретали квалификацию в области расстройств аутистического спектра, а также прочих проявлений нейроразнообразия, или же сотрудничали со специалистами, имеющими соответствующую квалификацию, при работе с аутичными/нейроотличными детьми с проявлениями гендерного разнообразия.

Опыт гендерного разнообразия у аутичных детей и детей с иными формами нейроотличия может представлять собой дополнительную клиническую трудность [de Vries et al., 2010; Strang, Meagher et al., 2018]. К примеру, аутичные дети могут испытывать затруднения при сообщении о своих потребностях в гендерном отношении,

и их способы коммуникации могут быть крайне индивидуальны [Kuvalanka et al., 2018; Strang, Powers et al., 2018]. Они могут по-разному интерпретировать гендерный опыт в силу отличий в коммуникативном стиле и образе мышления. Учитывая особенные потребности, у нейроразличных детей с проявлениями гендерного разнообразия может быть повышен риск остаться непонятыми (то есть их сообщения могут быть неверно интерпретированы). Таким образом, специалистам, работающим с этими детьми, крайне желательно пройти обучение и приобрести квалификацию в области аутизма и связанной с ним симптоматики, и/или работать в сотрудничестве со специалистами в этой области [Strang, Meagher et al., 2018]. Подобное обучение особенно важно в связи с тем, что, по данным исследований, наблюдаемая доля детей с аутизмом среди гендерно отличных детей выше, чем в общей популяции [de Vries et al., 2010; Hisle-Gorman et al., 2019; Shumer et al., 2015].

**Рекомендация 7.4.** Мы рекомендуем, чтобы медицинские специалисты, работающие с гендерно отличными детьми, продолжали повышать квалификацию в области работы с гендерно отличными детьми и их семьями.

Специалисты могут получать непрерывное профессиональное образование в области работы с гендерно отличными детьми и их семьями различными путями, включая чтение (публикации в научных журналах, книги, веб-сайты, созданные компетентными организациями), посещение тренингов — лично или онлайн, а также вступление в профессиональные супервизионные и интервизионные группы [Bartholomaeus et al., 2021].

Непрерывное образование включает в себя: 1) поддержание актуальных знаний о новейших исследованиях в области формирования гендерной идентичности и гендерного разнообразия у детей допубертатного возраста, а также о гендерном разнообразии у людей всех возрастов; 2) поддержание актуальных знаний о наилучших подходах к проведению обследования, оказанию поддержки, а также терапевтических мерах в отношении гендерно отличных детей и их семей. Эта практическая область является относительно молодой, поэтому специалистам необходимо адаптироваться по мере поступления новой информации благодаря проводимым исследованиям или иными путями [Bartholomaeus et al., 2021].

**Рекомендация 7.5.** Мы рекомендуем медицинским специалистам при обследовании гендерно отличных детей собирать и учитывать информацию из различных источников.

Комплексное обследование, проводимое по запросу семьи и/или МС, может принести пользу при разработке стратегии дальнейших действий для достижения благополучия ребёнка и других членов семьи. Подобное обследование может быть полезным в случаях, когда ребёнок и/или семья/опекуны совместно со специалистами приходят к выводу о желательности каких-либо мер. При этом ни обследование, ни принимаемые меры не должны использоваться для того, чтобы открыто или завуалированно воспрепятствовать свободному проявлению гендерной идентичности ребёнка. Вместо этого обследование, выполняемое специалистами с должной подготовкой, может способствовать достижению лучшего понимания того, как оказать поддержку ребёнку и его семье, при этом не выказывая предпочтения никакой гендерной идентичности или экспрессии. Для некоторых детей и их семей обследование может быть особенно важно с точки зрения того, как при помощи сотрудничества достичь большего благополучия, в том числе и в гендерном отношении, а также самореализации ребёнка.

Комплексное обследование может помочь при разработке индивидуализированного плана оказания помощи гендерно отличному ребёнку и членам его семьи [de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Malpas et al., 2018; Steensma & Wensing-Kruger, 2019; Telfer et al., 2018; Tishelman & Kaufman, 2018]. При проведении такого обследования важно использовать информацию из разных источников для того, чтобы: 1) лучше понимать потребности ребёнка в гендерном отношении, а также сформулировать рекомендации; и 2) выявить области, представляющие собой сильные стороны и точки опоры для ребёнка, семьи и окружения, в контексте гендерного статуса и развития ребёнка, а также риски и проблемные области для ребёнка, его семьи и окружающей среды. Источниками информации при проведении обследования и планировании мер по оказанию поддержки могут становиться сам ребёнок, его родители/опекуны, прочие члены семьи, другие дети в семье, школьный персонал, МС, окружающие, более широкий культурный и юридический контекст, а также прочие источники [Berg & Edwards-Leeper, 2018; Srinath, 2019].

МС, проводящие обследование гендерно отличных детей, должны быть осведомлены в вопросах гендера, но также им необходимо рассматривать ребёнка шире, как живущего в определённой среде, в соответствии с вышеописанной экологической моделью [Bronfenbrenner, 1979], для того чтобы достичь более полного понимания факторов, влияющих на благополучие ребёнка, а также областей, представляющих собой для него как точки опоры, так и точки риска в гендерном отношении [Berg & Edwards-Leeper, 2018; Hendricks & Testa, 2012; Kaufman & Tishelman, 2018; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018]. Сюда входит понимание сильных сторон и трудностей, которые испытывают ребёнок и его семья и которые присутствуют в окружающей их среде. При обследовании гендерно отличных детей следует принимать во внимание и оценивать многие области в зависимости от потребностей ребёнка и семьи, а также обстоятельств. Несмотря на то что некоторые из нижеперечисленных областей не имеют прямого отношения к гендерной идентичности ребёнка (см. пункты 7–12 ниже), им следует уделять внимание при проведении обследования, настолько, насколько это представляется необходимым для целостного понимания сложной совокупности факторов, способных влиять на благополучие ребёнка, включая его здоровье в гендерном отношении, в соответствии с лучшими практиками проведения обследования [APA, 2015; Berg & Edwards-Leeper, 2018; Malpas et al., 2018], а также, при необходимости, для разработки многовекторного плана дальнейших действий.

Обобщая данные релевантных исследований и клинического опыта, в список областей, подлежащих анализу, часто входят: 1) гендерная идентичность и экспрессия ребёнка на время проведения обследования и в прошлом; 2) доказательства наличия гендерной дисфории и/или гендерного несоответствия; 3) сильные стороны и трудности в том, что касается самого ребёнка и семьи, а также сверстников и окружения, их убеждений и отношения к гендерному разнообразию, степени принятия и поддержки ребёнка; 4) опыт переживания стресса гендерного меньшинства, столкновения с отвержением и враждебным отношением самого ребёнка и его семьи в связи с проявлениями гендерного разнообразия у ребёнка; 5) уровень поддержки гендерного разнообразия в социальных контекстах (школе, религиозной общине, у близких и дальних родственников); 6) наличие конфликтов в семье, связанных с гендерной идентичностью

ребёнка, а также вызывающее беспокойство поведение со стороны родителей/опекунов или других детей в семье, связанное с проявлениями гендерного разнообразия у ребёнка; 7) психическое здоровье ребёнка, уровень его развития, а также сильные и слабые стороны коммуникативных навыков и когнитивных способностей, нейроотличие и/или поведенческие трудности, приводящие к значительным функциональным затруднениям; 8) релевантная медицинская история и данные о развитии ребёнка; 9) области потенциального риска (например, опыт домашнего насилия или насилия со стороны посторонних людей, жестокое обращение в любой форме, травматический опыт; безопасность и/или виктимизация<sup>19</sup> со стороны сверстников или в любом другом контексте; суицидальные наклонности или поведение); 10) сопутствующие значительные стрессовые факторы, такие как хронические или терминальные заболевания у членов семьи, отсутствие жилья или бедность; 11) проблемы с психическим здоровьем или поведением у родителей/опекунов или других детей в семье, приводящие к значительным функциональным затруднениям; и 12) сильные и слабые стороны самого ребёнка и его семьи.

Подробное обследование, включающее в себя сбор информации из различных источников, может быть полезно для понимания потребностей, сильных сторон, факторов защиты и рисков у конкретного ребёнка и его семьи в различных контекстах (например, дома / в школе). Среди способов сбора информации часто используются: 1) беседы с ребёнком, членами семьи и иными лицами (например, учителями), проводимые в структурированной и свободной форме; 2) стандартизированное тестирование ребёнка и родителей/опекунов в следующих областях: гендер; общее благополучие ребёнка; когнитивные и коммуникативные навыки ребёнка, а также расстройства/нарушения развития; поддержка и принятие со стороны родителей/опекунов, других детей в семье, прочих родственников и сверстников; родительский стресс; пережитый ребёнком негативный опыт; при необходимости прочие области [APA, 2020; Berg & Edwards-Leeper, 2018; Kaufman & Tishelman, 2018; Srinath, 2019].

В зависимости от особенностей семьи и/или профиля развития ребёнка в список методов сбора информации при необходимости также могут быть включены: 1) наблюдение за ребёнком и/или

---

<sup>19</sup> Виктимизация — вид дискриминации, при котором человек подвергается преследованию из-за того, что жаловался на несправедливое отношение к себе или к другим людям.

семьей в структурированной и свободной форме; и 2) структурированные техники обследования с визуальной опорой (упражнения; автопортреты; рисунок семьи, и т. д.) [Berg & Edwards-Leeper, 2018].

**Рекомендация 7.6.** Мы рекомендуем медицинским специалистам принимать во внимание факторы, имеющие отношение к определённой стадии развития ребёнка, степень развития его нейрокогнитивных функций, а также речевых навыков при обследовании гендерно отличных детей.

Учитывая сложность обследования детей, которые, в отличие от взрослых, находятся в процессе развития во множестве аспектов (когнитивном, социальном, эмоциональном, физиологическом), важно учитывать текущий уровень развития ребёнка и следить за тем, чтобы методы обследования и взаимодействия соответствовали индивидуальным способностям ребёнка. Это предполагает адаптацию обследования к уровню развития ребёнка и его способностей (дошкольному, младшему школьному возрасту, началу пубертатного периода до вступления в подростковый период), включая использование языка и подхода к обследованию, направленных на комфорт ребёнка и соответствующих его речевым навыкам и средствам самовыражения [Berg & Edwards-Leeper, 2018; Srinath, 2019]. К примеру, релевантные факторы развития, такие как нейрокогнитивные особенности (например, расстройства аутистического спектра), а также навыки речевого восприятия и выражения должны учитываться при проведении обследования. Специалистам может потребоваться консультация с коллегами в случае отсутствия у них самих необходимых специализированных навыков [Strang et al., 2021].

**Рекомендация 7.7.** Мы рекомендуем медицинским специалистам принимать во внимание факторы, способные затруднять предоставление родителями/опекунами ребёнка точной информации о его гендерной идентичности/экспрессии при обследовании гендерно отличных детей.

При обследовании гендерно отличных детей и их семей следует учитывать факторы развития, а также эмоциональные факторы и факторы внешней среды, способные негативно отразиться на качестве информации, получаемой от самого ребёнка, его родителей/опекунов и других детей в семье, или же оказывать влияние на их

убеждения в вопросах гендера [Riggs & Bartholomaeus, 2018]. Как и при проведении психологического обследования у детей в иных контекстах, реакции родителей и окружающих (например, наказание) и/или когнитивные и социальные факторы могут повлиять на степень комфорта ребёнка и/или его способность напрямую говорить на определённые темы, включая гендерную идентичность и связанные с этим вопросы [Srinath, 2019]. Аналогичным образом члены семьи могут чувствовать себя стеснёнными и не быть готовыми свободно высказывать свои соображения и опасения в зависимости от наличия конфликтов в семье, динамики отношений и/или прочих факторов (например, культурных/религиозных, давления со стороны близких и дальних родственников) [Riggs & Bartholomaeus, 2018].

**Рекомендация 7.8.** Мы рекомендуем медицинским специалистам рассматривать возможность направления к психологу и/или проведения психотерапии как для гендерно отличного ребёнка, так и для членов его семьи / опекунов в случаях, когда есть основания полагать, что это принесёт пользу с точки зрения благополучия и развития ребёнка и/или его семьи.

Психотерапия ни при каких обстоятельствах не должна быть направлена на изменение гендерной идентичности ребёнка [APA, 2021; Ashley, 2019b; Paré, 2020; SAMHSA, 2015; UN Human Rights Council, 2020], ни открыто, ни завуалированно. Не всем гендерно отличным детям или их семьям требуется помощь специалиста в области психического здоровья, поскольку гендерное разнообразие не является психическим расстройством [Pediatric Endocrine Society, 2020; Telfer et al., 2018]. Тем не менее нередко психотерапия может быть уместна и показана в случаях, когда имеются дистресс или опасения со стороны семьи, для улучшения психосоциального функционирования и предотвращения дистресса в будущем [APA, 2015]. Среди частых оснований для назначения психотерапии гендерно отличным детям и их семьям могут быть: 1) проявления у ребёнка конфликтности, растерянности, стресса или дистресса в связи с собственной гендерной идентичностью или же потребность в пространстве для самоисследования в этом отношении [Ehrensaft, 2018; Spivey & Edwards-Leeper, 2019]; 2) наличие внешнего давления, принуждающего ребёнка к гендерной экспрессии, противоречащей его пониманию себя, желаниям и убеждениям [APA, 2015]; 3) присутствующие

у ребёнка трудности с психическим здоровьем, как связанные, так и не связанные с гендерной идентичностью [Barrow & Apostle, 2018]; 4) необходимость повысить стрессоустойчивость ребёнка по отношению к негативным реакциям окружающих в связи с его гендерной идентичностью или экспрессией [Craig & Auston, 2018; Malpas et al., 2018]; 5) имеющиеся у ребёнка проблемы с психическим здоровьем или во взаимоотношениях с окружающими, включая внутрисемейные проблемы, которые могут быть истолкованы как проявления гендерного соответствия или несоответствия [Berg & Edwards-Leeper, 2018]; и 6) желание ребёнка обратиться к СПЗ для получения поддержки в связи со своей гендерной идентичностью. В подобных ситуациях психотерапия будет направлена на поддержку ребёнка с пониманием, что родители/опекуны ребёнка и потенциально прочие члены семьи также должны будут принять участие [APA, 2015; Ehrensaft, 2018; McLaughlin & Sharp, 2018]. За исключением случаев, когда к этому имеются противопоказания, крайне полезно, чтобы родители/опекуны ребёнка допубертатного возраста участвовали в этом процессе в том или ином качестве, поскольку факторы, связанные с семьёй, наиболее сильно влияют на благополучие ребёнка. Несмотря на то что эта тема пока не была достаточно изучена в рамках исследований с участием гендерно отличных детей, может быть полезно уделить внимание отношениям между гендерно отличным ребёнком и другими детьми в семье [Pariseau et al., 2019; Parker & Davis-McCabe, 2021].

При планировании каких-либо действий МС следует придерживаться индивидуализированного подхода, основанного на потребностях конкретного ребёнка, чтобы:

1) способствовать развитию социальных и эмоциональных навыков преодоления трудностей для выработки стрессоустойчивости при столкновении с потенциально негативными реакциями в отношении гендерной идентичности и/или самовыражения ребёнка [Craig & Austin, 2016; Malpas et al., 2018; Spencer, Berg et al., 2021];

2) совместно вырабатывать пути преодоления трудностей социального характера для снижения стресса гендерного меньшинства [Barrow & Apostle, 2018; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018];

3) укреплять внешние точки опоры для ребёнка и/или членов семьи, а также близких и дальних родственников [Kaufman & Tishelman, 2018];

4) предоставить ребёнку возможность для дальнейшего внутреннего самопознания в гендерном отношении [APA, 2015; Barrow & Apostle, 2018; Ehrensaft, 2018; Malpas et al., 2018; McLaughlin & Sharp, 2018].

Желательно, чтобы МС удалось построить с гендерно отличным ребёнком и его семьёй отношения, которые смогут длиться настолько долго, насколько будет необходимо. Это будет способствовать развитию долгосрочных отношений между ребёнком и семьёй, основанных на доверии и длящихся на протяжении всего детства, при этом МС может играть роль наставника и оказывать поддержку по мере того, как ребёнок взрослеет и он сам и его семья сталкиваются с новыми трудностями или появлением новых потребностей [Spencer, Berg et al., 2021; Murchison et al., 2016]. В дополнение к вышесказанному и по мере доступных ресурсов, в случае, если ребёнок нейроразличен, МС, обладающий навыками, позволяющими работать как с нейроразличными детьми, так и с проявлениями гендерного разнообразия, будет наиболее подходящим кандидатом на эту роль [Strang et al., 2021].

Как отражено в литературе, существует множество причин для того, чтобы родители/опекуны ребёнка, другие дети в семье, а также прочие родственники могли ощутить потребность в обращении за психотерапевтической помощью [Ehrensaft, 2018; Malpas et al., 2018; McLaughlin & Sharp, 2018]. Как будет обобщено ниже, подобная потребность может появляться в случаях, когда член(ы) семьи:

1) испытывают потребность узнать больше о формировании гендерной идентичности [Spivey & Edwards-Leeper, 2019];

2) испытывают значительное недоумение или стресс в связи с гендерной идентичностью и/или экспрессией ребёнка [Ashley, 2019c; Ehrensaft, 2018];

3) нуждаются в руководстве в связи с трудностями и опасениями касательно эмоционального состояния или поведения гендерно отличного ребёнка;

4) нуждаются в руководстве в том, что касается защиты интересов ребёнка вне дома (например, в школе, спортивной секции, детских лагерях) [Kaufman & Tishelman, 2018];

5) нуждаются в помощи при принятии информированного решения о социальном трансгендерном переходе ребёнка, включая понимание, как добиться того, чтобы этот процесс способствовал

оптимальному развитию и укреплению здоровья ребёнка в гендерном отношении [Lev & Wolf-Gould, 2018];

6) нуждаются в руководстве касательно того, как справиться с осуждением со стороны окружающих, включая политические организации и законодательные инициативы, в связи с их поддержкой своего гендерно отличного ребёнка (среди негативных реакций, направленных на родителей/опекунов, могут быть отвержение и/или преследования/оскорбления со стороны окружающих, мотивированные тем фактом, что родители выбирают поддерживать своего ребёнка [Hidalgo & Chen, 2019]);

7) желают проработать свои собственные эмоциональные реакции и потребности в связи с гендерной идентичностью ребёнка, включая чувство горя в связи с гендерной идентичностью ребёнка, а также потенциальные страхи и опасения касательно его благополучия в настоящем и будущем [Pullen Sansfaçon et al., 2019];

8) испытывают эмоциональный дистресс и/или находятся в состоянии конфликта с другими членами семьи в связи с проявлениями гендерного разнообразия у ребёнка (при необходимости возможно проведение дополнительных встреч с родителями/опекунами, другими детьми в семье, а также прочими родственниками для оказания им поддержки и помощи в тех или иных вопросах, а также информирования по вопросам психического здоровья) [McLaughlin & Sharp, 2018; Pullen Sansfaçon et al., 2019; Spivey & Edwards-Leeper, 2019].

**Рекомендация 7.9.** Мы рекомендуем медицинским специалистам, предоставляющим психологические консультации или проводящим психотерапию у гендерно отличных детей и членов их семей / опекунов, также уделять внимание прочим контекстам и лицам, имеющим значение для ребёнка, для того чтобы способствовать развитию стрессоустойчивости и эмоциональному благополучию ребёнка.

В соответствии с вышеописанной экологической моделью и в зависимости от индивидуальных/семейных обстоятельств может быть крайне желательно, чтобы МС уделяли приоритетное внимание координации с прочими значимыми в жизни ребёнка людьми (такими как учителя, тренеры, руководители религиозных общин) для укрепления его эмоциональной и физической безопасности в различных контекстах (в школе, на занятиях спортом

и развлекательных мероприятиях, при участии в жизни религиозной общины) [Kaufman & Tishelman, 2018]. Терапевтические группы и группы поддержки могут становиться ценным ресурсом для родителей/опекунов, а также самих гендерно отличных детей [Coolhart, 2018; Horton et al., 2021; Malpas et al., 2018; Murchison et al., 2016].

**Рекомендация 7.10.** Мы рекомендуем медицинским специалистам, предоставляющим психологические консультации или проводящим психотерапию у гендерно отличных детей и членов их семей/опекунов, предоставлять и тем и другим информацию о психологии формирования гендерной идентичности на доступном для их возраста уровне.

Как родителям/опекунам, так и их гендерно отличным детям необходима возможность расширить свои знания о том, как именно родителям/опекунам следует оказывать поддержку ребёнку так, чтобы это привело к развитию у него максимальной стрессоустойчивости, осознанности и функциональности [APA, 2015; Ehrensaft, 2018; Malpas, 2018; Spivey & Edwards-Leeper, 2019]. Роль МС не состоит в том, чтобы с максимальной точностью предсказать окончательный результат развития гендерной идентичности ребёнка, что в принципе невозможно; вместо этого его задачей является создание безопасного пространства, в котором идентичность ребёнка сможет развиваться и меняться со временем, при этом не испытывая на себе влияние попыток направить её развитие в какую-либо сторону в гендерном отношении [APA, 2015; Spivey & Edwards-Leeper, 2019]. Опыт и потребности гендерно отличных детей и младших подростков отличаются от потребностей и опыта подростков старшего возраста в социальном и психологическом отношении, и эти различия необходимо учитывать при поиске индивидуализированного подхода к каждому конкретному ребёнку/семье [Keo-Meir & Ehrensaft, 2018; Spencer, Berg et al., 2021].

У родителей/опекунов и их детей также должна быть возможность в доступной для их возраста форме расширить свои знания о психологии развития человека в гендерном отношении, а также повысить общую грамотность в гендерных вопросах [Berg & Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021]. Общая гендерная грамотность включает в себя понимание различий между полом, приписываемым человеку при рождении, гендерной идентичностью

и гендерной экспрессией человека, включая то, как эти три фактора соединяются уникальным образом у конкретного ребёнка [Berg & Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021]. По мере того как ребёнок обретает грамотность в этих вопросах, он начинает понимать, что анатомическая конфигурация его тела необязательно должна диктовать его гендерную идентичность и/или самовыражение [Berg & Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021]. Грамотность в гендерных вопросах также предполагает способность опознавать социальные сигналы и опыт, имеющие отношение к гендеру как социальному явлению. По мере того как ребёнок приобретает эту грамотность, он может начать воспринимать свою собственную развивающуюся идентичность и экспрессию в более позитивном ключе, что будет способствовать укреплению стрессоустойчивости и самоуважения, а также снижать риск того, что негативные сигналы, идущие извне, вызовут у него чувство стыда. Усилия, направленные на развитие гендерной грамотности у других детей в семье, а также ближних и дальних родственников, значимых для ребёнка, могут также иметь большое значение [Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021].

**Рекомендация 7.11.** Мы рекомендуем медицинским специалистам по мере приближения ребёнка к пубертатному возрасту информировать гендерно отличных детей и их семьи/опекунов о доступных гендерно-аффирмативных медицинских вмешательствах, последствиях этих вмешательств в отношении будущей фертильности, а также возможностях сохранения репродуктивного потенциала.

По мере того как ребёнок взрослеет и приближается к пубертатному возрасту, при работе с детьми и их родителями/опекунами следует уделять приоритетное внимание вопросам полового созревания, участвовать в совместном принятии решений относительно возможных гендерно-аффирмативных вмешательств в будущем, а также обсуждать вопросы, связанные с потенциальными последствиями этих вмешательств для репродуктивного здоровья [Nahata, Quinn et al., 2018; Spencer, Berg et al., 2021]. Несмотря на то что эмпирических данных в отношении подобных мер мало, по мнению большинства специалистов, а также на основании данных психологии развития открытый разговор с детьми на тему их тела и того, как

оно изменится с наступлением полового созревания, в сочетании с принятием их гендерной идентичности будет способствовать развитию стрессоустойчивости и здоровой сексуальности по мере того, как ребёнок вступает в подростковый период [Spencer, Berg et al., 2019]. С нейроотличными детьми подобные обсуждения могут проводиться на протяжении более длительного периода (к примеру, можно начинать их раньше), для того чтобы у ребёнка было достаточно времени обдумать и усвоить полученную информацию, особенно в контексте возможных гендерно-аффирмативных вмешательств в будущем [Strang, Jarin et al., 2018]. В ходе разговоров могут обсуждаться следующие темы.

- Части тела и их функции.
- Как тело может меняться со временем без медицинских вмешательств, а также с их помощью.
- Как медицинские вмешательства могут отразиться на будущей сексуальной функции и репродуктивной способности.
- Какое значение препараты, подавляющие половое созревание, могут иметь в контексте дальнейших медицинских вмешательств.
- Недостаточность имеющихся клинических данных о некоторых аспектах влияния препаратов, подавляющих половое созревание, на дальнейшее развитие.
- Важность адекватного полового воспитания до наступления пубертатного возраста.

В ходе этих разговоров следует использовать речевые и обучающие средства, соответствующие уровню развития ребёнка, также они должны быть соотнесены с его индивидуальными потребностями [Spencer, Berg et al., 2021].

**Рекомендация 7.12.** Мы рекомендуем родителям/опекунам, а также медицинским специалистам относиться с поддержкой к детям, желающим признания в соответствии с гендером, отражающим их внутреннее гендерное самоощущение.

Термин «социальный трансгендерный переход» относится к процессу, благодаря которому ребёнок получает признание со стороны

окружающих и обретает возможность открыто жить, во всех контекстах или в некоторых, в соответствии со своей заявляемой гендерной идентичностью; для этого процесса не существует чёткого списка параметров или конкретных действий [Ehrensaft et al., 2018].

Раньше процесс социального трансгендерного перехода понимался в бинарном ключе: «девочка становится мальчиком» и наоборот. Это понятие было расширено и сейчас включает детей, чья гендерная идентичность является небинарной или представляет собой нечто индивидуальное [Chew et al., 2020; Clark et al., 2018]. Новейшие исследования показывают, что для некоторых детей препубертатного возраста процесс социального трансгендерного перехода может выполнять защитную функцию, а также способствовать хорошему состоянию психического здоровья и благополучию [Durwood et al., 2017; Gibson et al., 2021; Olson et al., 2016]. Таким образом, признание того факта, что гендерное самоощущение ребёнка может быть нестабильным и меняться со временем [Edwards-Leeper et al., 2016; Ehrensaft, 2018; Steensma, Kreukels et al., 2013], не является достаточным основанием для того, чтобы отрицать возможные преимущества социального перехода для детей препубертатного возраста или препятствовать его осуществлению в случаях, когда он может принести пользу. Гендерная идентичность ребёнка может продолжать меняться после совершения частичного или полного социального трансгендерного перехода [Ashley, 2019e; Edwards-Leeper et al., 2018; Ehrensaft, 2020; Ehrensaft et al., 2018; Spivey & Edwards-Leeper, 2019]. Несмотря на то что эмпирических данных в этом отношении немного, согласно проведённым исследованиям, у детей, которые наиболее уверенно заявляют о своей гендерной идентичности, эта идентичность с наибольшей вероятностью сохранится на протяжении времени, включая детей, которые совершают социальный трансгендерный переход до наступления полового созревания [Olson et al., 2022; Rae et al., 2019; Steensma, McGuire et al., 2013]. Таким образом, мы рекомендуем родителям/опекунам и МС обращать особое внимание на детей, которые неуклонно и зачастую настойчиво заявляют о своей гендерной идентичности, не совпадающей с полом, приписанным им при рождении, при принятии решения о социальном трансгендерном переходе. Это касается детей, недвусмысленно требующих или желающих быть признанными окружающими в соответствии с гендером, который соответствует их заявляемой гендерной идентичности,

а также детей, проявляющих признаки дистресса, когда окружающие воспринимают их гендерное самоощущение как несоответствующее полу, приписанному им при рождении [Rae et al., 2019; Steensma, Kreukels et al., 2013].

Несмотря на недостаток эмпирических публикаций на тему оптимального подхода к осуществлению социального трансгендерного перехода, ниже предлагается руководство, основанное на клинических публикациях и опыте специалистов, в рамках которого приоритет отдаётся интересам ребёнка [Ashley, 2019e; Ehrensaft, 2018; Ehrensaft et al., 2018; Murchison et al., 2016; Telfer et al., 2018]:

1) инициатива касательно осуществления социального трансгендерного перехода должна исходить от ребёнка, это решение должно отражать его потребности;

2) МС может оказывать помощь в том, что касается обсуждения преимуществ и потенциальной пользы этого мероприятия, а также связанных с ним потенциальных трудностей;

3) социальный трансгендерный переход может распространяться на все контексты жизни ребёнка или же на часть из них (к примеру, школу, дом);

4) право разглашать или не разглашать факт осуществления социального перехода принадлежит ребёнку, как и право (как правило) с помощью родителей/опекунов выбрать ограниченную группу людей, которые будут знать об этом.

В целом социальный трансгендерный переход в случае его осуществления с более высокой вероятностью принесёт ребёнку пользу тогда, когда это решение принимается и реализуется обдуманно и в индивидуальном порядке для каждого конкретного ребёнка. Как и гендерная идентичность ребёнка, траектория социального трансгендерного перехода может меняться со временем и необязательно будет статичной, напротив, она должна отражать пересечение того, как ребёнок понимает свою идентичность на данный момент, и того, как он желает выразить эту идентичность [Ehrensaft et al., 2018].

Процесс социального трансгендерного перехода может включать в себя выполнение одного или нескольких действий в соответствии с утверждаемой гендерной идентичностью ребёнка [Ehrensaft et al., 2018], в том числе:

- изменение имени;
- изменение местоимений и грамматического рода;
- изменение гендерных маркеров (например, в свидетельстве о рождении, документах, удостоверяющих личность, паспорте, школьной и медицинской документации и т. д.);
- участие в гендерно сегрегированных видах деятельности (в спортивных командах, клубах и лагерях, школах);
- использование соответствующих гендерной идентичности ребёнком туалетов и раздевалок;
- выбор личного стиля (причёски, одежды и т. д.)
- информирование других о гендерной идентичности (посредством социальных сетей, объявлений перед классом или школой, писем родственникам и знакомым и т. д.).

**Рекомендация 7.13.** Мы рекомендуем медицинским специалистам, а также родителям/опекунам поддерживать детей на пути их дальнейшего самоисследования в гендерном отношении, вне зависимости от того, совершает ребёнок социальный трансгендерный переход или нет.

Важно, чтобы дети, начавшие совершать социальный трансгендерный переход, имели такую же возможность продолжать исследовать смыслы и способы самовыражения в гендерном отношении на протяжении всего своего детства, как и все остальные дети [Ashley 2019e; Spencer, Berg et al., 2021]. По данным некоторых исследований, гендерное самоощущение у детей может быть нестабильным, и некоторые, начав социальный трансгендерный переход, могут принимать решение о его прекращении. Имеющиеся данные не позволяют сделать вывод о том, когда именно вероятность прекращения начатого трансгендерного перехода наиболее высока или же какова доля детей, чья гендерная идентичность со временем изменится и/или у них появится потребность прекратить начатый переход по причине изменения гендерной идентичности или по иным причинам (таким как соображения безопасности или стресс гендерного меньшинства) [Olson et al., 2022; Steensma, Kreukels et al., 2013]. По данным недавнего исследования из США, среди

детей, начавших бинарный социальный трансгендерный переход пятью годами ранее, доля прекративших переход была очень мала [Olson et al., 2022]; информация о дальнейшей судьбе этих детей имела бы ценность. Воспроизведение подобного исследования было бы крайне важно, поскольку выборка имела малый размер и участники подбирались на добровольческой основе, таким образом, его результаты могут быть неприменимы к другим гендерно отличным детям. В целом наша возможность предсказать, как будут развиваться гендерная идентичность и самовыражение ребёнка в дальнейшем и возникнет ли у него потребность прекратить социальный трансгендерный переход, и если да, то по каким причинам, весьма ограничена. Кроме этого, не все гендерно отличные дети испытывают желание исследовать себя в гендерном отношении [Telfer et al., 2018]. От трансгендерных детей подобное самоисследование не ожидается, и по этой причине попытки навязать этот процесс гендерно отличному ребёнку при отсутствии такой потребности или желания могут восприниматься как нарушение личных границ, а также проявление патологизирующего и транснормативного подхода [Ansara & Hegarty, 2012; Bartholomaeus et al., 2021; Oliphant et al., 2018].

**Рекомендация 7.14.** Мы рекомендуем медицинским специалистам обсуждать потенциальные преимущества и риски социального трансгендерного перехода с семьями, которые рассматривают такую возможность.

Социальный трансгендерный переход у детей препубертатного возраста предполагает совершение множества выборов и представляет собой растянутый во времени индивидуализированный процесс, основанный на пожеланиях ребёнка и прочих соображениях психосоциального характера [Ehrensaft, 2018], также с этим решением сопряжены как преимущества, так и потенциальные трудности, которые необходимо подвергать обсуждению.

Совершение социального трансгендерного перехода предлагает ряд преимуществ, как описывается в клинической литературе (к примеру, [Ehrensaft et al., 2018]), а также подтверждается данными исследований [Fast & Olson, 2018; Rae et al., 2019]. Среди них можно назвать облегчение гендерного соответствия, которому сопутствуют уменьшение гендерной дисфории, а также повышение уровня пси-

хосоциальной адаптации и благополучия [Ehrensaft et al., 2018]. Согласно данным исследований, показатели психического здоровья у гендерно отличных детей, совершивших социальный трансгендерный переход, практически не отличаются от соответствующих показателей у их цисгендерных сверстников и других детей в семье [Durwood et al., 2017]. Эти результаты значительно контрастируют с проблемами с психическим здоровьем, которые неизменно обнаруживались у гендерно отличных детей и подростков при проведении исследований [Barrow & Apostle, 2018], и дают основание предположить, что социальный трансгендерный переход может оказывать положительное влияние. Кроме этого, как правило, социальный трансгендерный переход совершают только те дети, которые имеют поддержку со стороны родителей/опекунов, что также, как было доказано, способствует благополучию гендерно отличных детей [Durwood et al., 2021; Malpas et al., 2018; Pariseau et al., 2019], несмотря на то, что другие формы поддержки, например со стороны школы, также имеют большое значение [Durwood et al., 2021; Turban, King et al., 2021]. Следует обсуждать потенциальные преимущества социального трансгендерного перехода с родителями и детьми, в ситуациях, когда:

- 1) ребёнок устойчиво и ясно заявляет о своей гендерной идентичности, не совпадающей с полом, приписанным ему при рождении [Fast & Olson, 2018]. Подобное следует отличать от гендерного разнообразия в самовыражении, поведении и интересах (например, игра с определёнными игрушками, выбор одежды или стиля внешности, занятия активностями, типично ассоциируемыми в обществе с противоположным гендером в бинарной модели гендера) [Ehrensaft, 2018; Ehrensaft et al., 2018];

- 2) ребёнок выражает сильное желание или потребность совершить переход в направлении того гендера, который, по его заявлению, внутренне соответствует ему [Ehrensaft et al., 2018; Fast & Olson, 2018; Rae et al., 2019];

- 3) ребёнок будет физически и психологически в безопасности на протяжении и после совершения социального трансгендерного перехода [Brown & Mar, 2018].

Следует принимать во внимание возможность предвзятого отношения и дискриминации, особенно в регионах, где гендерное разнообразие принимается ограниченно или запрещается [Brown & Mar,

2018; Hendricks & Testa, 2012; Turban, King et al., 2021]. Важно отметить, что определённые риски сопряжены и с отказом от совершения социального трансгендерного перехода, в том числе:

1) риск отвержения или травли по причине того, что ребёнок воспринимается как не соответствующий предписанным в данном сообществе гендерным ролям и/или стилям поведения;

2) риск необходимости жить с определённым внутренним уровнем стресса или дистресса в связи с тем, что внутреннее гендерное самоощущение ребёнка не соответствует той гендерной роли, которую ему приходится играть для окружающих.

Для достижения оптимального уровня здоровья в гендерном отношении с пациентами следует обсуждать потенциальные сложности, сопряжённые с социальным переходом. Часто высказывается опасение, что в случае совершения перехода ребёнок откажется рассматривать возможность изменения своей гендерной идентичности по мере взросления или же не захочет совершить обратный переход даже в случае, если он поймёт, что социальный трансгендерный переход более не соответствует его нынешней гендерной идентичности [Edwards-Leeper et al., 2016; Ristori & Steensma, 2016]. Несмотря на то что исследований в этой области немного, есть данные, говорящие о том, что некоторые родители/опекуны детей, совершивших социальный трансгендерный переход, обсуждают с ними возможность изменения их гендерного самовыражения (например, возвращения к тому самовыражению, которое было у них в прошлом), и подобная возможность не вызывает у них дискомфорта [Olson et al., 2019]. Также часто упоминается опасение потенциальных негативных последствий для ребёнка в случае, если он вернётся к идентичности, которая соответствует полу, приписанному ему при рождении [Chen et al., 2018; Edwards-Leeper et al., 2019; Steensma & Cohen-Kettenis, 2011]. С этой точки зрения родители/опекуны должны принимать во внимание потенциальные последствия социального трансгендерного перехода для развития ребёнка.

Следует помогать родителям/опекунам в плане рекомендаций, а также оказывать поддержку ребёнку в случаях, когда возможность социального трансгендерного перехода рассматривается или он уже начал:

1) консультируя, проводя обследование, а также предоставляя поддержку при необходимости и по запросу родителей/опекунов;

2) при необходимости помогая членам семьи понять потребность ребёнка в совершении социального трансгендерного перехода, а также их собственные чувства в этом отношении;

3) обсуждая с родителями/опекунами то, как, по их мнению, социальный трансгендерный переход окажет благотворное влияние на их ребёнка в настоящем времени, а также на протяжении его дальнейшего развития;

4) выполняя функцию наставника в случаях, когда родители/опекуны не могут прийти к согласию в отношении социального трансгендерного перехода ребёнка, и помогая им совместно прийти к пониманию гендерного статуса ребёнка и его потребностей;

5) обсуждая с родителями то, как лучше сообщать окружающим о совершаемом ребёнком социальном трансгендерном переходе безопасно и в поддерживающем ключе, а также как способствовать успешной реализации перехода ребёнка в различных социальных контекстах (в школе, у ближних и дальних родственников);

6) по запросу ребёнка способствуя поиску наилучших путей коммуникации со сверстниками на тему гендера и социального трансгендерного перехода, а также укреплению позитивного взаимодействия со сверстниками;

7) играя роль наставника в случаях, когда совершение социального перехода может быть небезопасно или социально неприемлемо, как повсеместно, так и в специфических контекстах, или же в случаях, когда ребёнок испытывает сомнения в отношении начала социального трансгендерного перехода, несмотря на то, что у него есть такое желание; сомнения могут иметь различные причины, в том числе страхи и тревоги;

8) работая совместно с членами семьи и СПЗ над тем, чтобы процесс социального трансгендерного перехода проходил оптимальным образом с точки зрения формирования гендерной идентичности ребёнка, его общего благополучия, а также физической и эмоциональной безопасности;

9) предоставляя информацию о множестве возможных траекторий будущего развития гендерной идентичности ребёнка, подчёркивая тот факт, что пытаться предсказать будущую гендерную идентичность ребёнка нет необходимости [Malpas et al., 2018].

Все эти задачи включают в себя улучшение качества коммуникации между ребёнком и членами семьи, а также предоставление

ребёнку возможности говорить и быть услышанным всеми членами семьи, участвующими в обсуждении. Эти процессы, в свою очередь, повышают вероятность того, что родители/опекуны смогут успешно принять информированное решение касательно желательности, а также параметров социального трансгендерного перехода для своего ребёнка [Malpas et al., 2018]. Одна из функций МС состоит в том, чтобы играть роль наставника и оказывать поддержку в ситуациях, когда и ребёнок, и родители/опекуны готовы к социальному трансгендерному переходу, но приходят к выводу, что внешняя социальная среда не примет этот выбор:

1) помогая родителям/опекунам определить и расширить пространства, которые станут безопасной средой, где их ребёнок сможет выражать свою гендерную идентичность свободно;

2) обсуждая с родителями/опекунами пути защиты интересов ребёнка, которые могли бы повысить вероятность принятия со стороны социальной среды в будущем, если это представляется реалистичным;

3) при необходимости принимая меры для того, чтобы помочь семье и ребёнку справиться с дистрессом или чувством стыда, вызванными продолжающимся подавлением аутентичной гендерной идентичности ребёнка, а также необходимостью соблюдать секретность;

4) работая над повышением стрессоустойчивости как у ребёнка, так и у его семьи, а также приближая их к пониманию, что тот факт, что социальная среда испытывает трудности с принятием трансгендерного перехода их ребёнка и его гендерной идентичности, свидетельствует вовсе не о некоем изъяне у их ребёнка, а о недостаточной гендерной грамотности социальной среды [Ehrensaft et al., 2018].

**Рекомендация 7.15.** Мы рекомендуем медицинским специалистам работать в сотрудничестве со специалистами из других областей и организациями для того, чтобы способствовать благополучию гендерно отличных детей и минимизировать трудности, с которыми те могут сталкиваться.

Каждый ребёнок имеет право на поддержку и уважение своей гендерной идентичности [Human Rights Campaign, 2018; Paré, 2020; SAMHSA, 2015]. Как было сказано выше, гендерно отличные дети представляют собой особо уязвимую группу населения [Barrow & Apostle, 2018; Cohen-Kettenis et al., 2003; Giovanardi et al., 2018; Gower,

Rider, Coleman et al., 2018; Grossman & D'Augelli, 2007; Hendricks & Testa, 2012; Reisner, Greytak et al., 2015; Ristori & Steensma, 2016; Roberts et al., 2012; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018]. Обязанности МС в качестве правозащитников включают в себя признание социальных факторов, имеющих критическую важность с точки зрения здоровья маргинализированных меньшинств [Barrow & Mar, 2018; Hendricks & Testa, 2012]. Правовая защита — это форма поддержки ребёнка и семьи, которую осуществляют все МС [АРА, 2015; Malpas et al., 2018]. Отдельные МС могут испытывать потребность в том, чтобы продолжить защиту прав гендерно отличных детей вне стен своих кабинетов или вне рамок специализированных программ, зачастую в сотрудничестве с заинтересованными лицами, включая родителей и опекунов, союзников и самих детей [Kaufman & Tishelman, 2018; Lopez et al., 2017; Vanderburgh, 2009]. Подобная деятельность может способствовать улучшению показателей здоровья детей в гендерном отношении, а также защите их гражданских прав [Lopez et al., 2017].

Голоса МС могут иметь особенный вес в школах, парламентских организациях, судах, а также в СМИ [Kivalanka et al., 2019; Lopez et al., 2017; Whyatt-Sames, 2017; Vanderburgh, 2009]. Кроме этого, МС могут играть роль и в более широком правозащитном смысле, в том, что касается признания и принятия мер в отношении частого намеренного или ненамеренного отрицания опыта гендерно отличных детей, включая то, как это отрицание распространяется взрослыми, сверстниками и продуктами массовой культуры [Rafferty et al., 2018]. Специалисты, обладающие необходимым набором навыков, в соответствующих ситуациях могут ясно и в депатологизирующем ключе высказываться о потребностях и правах гендерно отличных детей, а также о вреде, который им наносят дискриминационные и трансфобные правила, законы и нормы [Rafferty et al., 2018].

## ГЛАВА 8. НЕБИНАРНЫЕ ЛЮДИ

Термин «небинарные люди» («люди с небинарной идентичностью») используется в качестве зонтичного для обозначения людей, чьё гендерное самоощущение лежит за пределами бинарной модели гендера. Термин «небинарные люди» главным образом, но не в эксклюзивном порядке, ассоциируется в культурном отношении со странами Глобального Севера, при этом иногда он может использоваться для обозначения коренного населения и незападных гендерных идентичностей. Термин относится к людям, чьё гендерное самоощущение включает в себя более одной гендерной идентичности, одновременно или в разные моменты времени (бигендерным людям), тем, у кого гендерная идентичность отсутствует или нейтральна (например, агендерным людям или *neutrois*), тем, чья гендерная идентичность включает в себя элементы или смесь элементов других гендерных идентичностей (например, полигендерным людям, *demiboy*, *demigirl*), а также к тем, чья гендерная идентичность меняется со временем (например, гендерфлюидным людям) [Kuper et al., 2014; Richards et al., 2016; Richards et al., 2017; Vincent, 2019]. Небинарные люди могут в разной степени обозначать свою идентичность в рамках бинарной модели гендера, например небинарный мужчина / небинарная женщина, или же использовать иные термины, такие как «небинарные» и «гендерфлюидные» [James et al., 2016; Kuper et al., 2012]. Термин «небинарные» также используется как самостоятельное обозначение гендерной идентичности [Vincent, 2020]. Важно понимать, что этот список не является исчерпывающим, одни и те же термины для обозначения идентичностей могут пониматься разными людьми по-разному, практика использования терминов меняется со временем, а также в зависимости от местоположения.

Термин «гендерквир», появившийся в 1990-е годы, представляет собой категорию идентичности, возникшую до появления термина «небинарный», который появился приблизительно в конце 2000-х годов [Nestle et al., 2002; Wilchins, 1995]. Он может использоваться в качестве синонима к термину «небинарные» или же передавать специфический осознанно политизируемый аспект гендерной идентичности человека. В то время как термин «трансгендерный» используется во многих культурных контекстах в качестве зонтичного термина, включающего в себя и небинарных людей, не все

небинарные люди считают себя трансгендерными по ряду причин, в том числе потому, что для них «трансгендерность» предполагает исключительно бинарное понимание гендера, или же потому, что они не ощущают себя «достаточно трансгендерными» для того, чтобы использовать этот термин по отношению к себе [Garrison, 2018]. Некоторые люди не уверены или же испытывают неоднозначные чувства в отношении этого термина применительно к себе [Darwin, 2020; Vincent, 2019].

В контексте английского<sup>20</sup> языка небинарные люди могут использовать местоимения *they/them/theirs* (они/им/их) или же специально созданные неместоимения, такие как *e/em/eir, ze/zir/hir, er/ers/erself* и другие [Moser & Devereux, 2019; Vincent, 2018]. Некоторые небинарные люди используют сочетания местоимений (намеренно используя разные местоимения, позволяя другим людям использовать любые местоимения или же меняя местоимения в зависимости от ситуации/контекста) или же полностью избегают гендерированных местоимений, предпочитая вместо них использовать собственное имя. Кроме того, некоторые небинарные люди предпочитают местоимения «она» или «он», всегда или иногда, в то время как в отдельных частях мира подходящих языковых средств для небинарных людей (пока) не существует. В иных языковых контекстах можно наблюдать широкий спектр лингвистических адаптаций и трансформаций, специфических для конкретных культур [Attig, 2022; Kirey-Sitnikova, 2021; Zimman, 2020]. Также следует отметить, что в некоторых языках существует только одно местоимение, не ассоциирующееся с полом или гендером, в то время как в других языках гендер имеется у всех имён существительных (как в русском языке. — *Прим. пер.*). Подобные языковые вариации с большой вероятностью оказывают влияние на гендерное самоощущение небинарных людей, а также на их взаимодействие с окружающими.

По данным недавних исследований, небинарные люди составляют приблизительно от 25% до 50% популяции трансгендерных людей, при этом в выборках среди молодёжи доля небинарных людей была самой высокой [Burgwal et al., 2019; James et al., 2016; Watson,

---

20 В русском языке небинарные люди, не желающие использовать бинарные местоимения он/она или их сочетания, могут использовать местоимения «они» или, реже, «оно»; при этом для избежания гендерированных окончаний глаголов и прилагательных (я красивый/красивая, я сделал/сделала) могут использоваться формы множественного числа (я красивые, я сделали) или средний грамматический род (я красивое, я сделала); также могут использоваться неместоимения, такие как «оне», «онь» и др. — *Прим. пер.*

2020]. Согласно недавним исследованиям с участием трансгендерных людей, небинарные люди, как правило, в среднем моложе, чем трансгендерные мужчины и женщины, при этом в исследованиях с участием подростков и взрослых небинарные люди с большей вероятностью имели приписанный при рождении женский пол (AFAB). Однако результаты этих исследований следует интерпретировать с осторожностью, поскольку высока вероятность того, что на качество, репрезентативность и точность полученных данных оказывал влияние ряд сложных социокультурных факторов [Burgwal et al., 2019; James et al., 2016; Watson, 2020; Wilson & Meyer, 2021] (см. также главу 3 «Демография»).

### ***Гендерные идентичности и способы самовыражения как нелинейный спектр***

Небинарные гендерные идентичности признавались на протяжении истории в различных культурах [Herdt, 1994; McNabb, 2017; Vincent & Manzano, 2017]. Многие гендерные категории являются специфическими для конкретных культур и с трудом могут быть описаны вне своего контекста, как с лингвистической точки зрения, так и по отношению к западной гендерной парадигме. Влияние исторических взаимодействий между поселенцами-колонизаторами и коренным населением, имеющим незападные гендерные идентичности, не прекращается и сегодня, принимая форму культурного уничтожения, при этом пересечение расизма и циснормативности может становиться одним из факторов, негативно влияющих на здоровье гендерно отличных представителей коренного населения. Начиная с 1950-х годов термин «гендер» использовался для обозначения социально сконструированной категоризации поведения, видов деятельности, внешности и т. д. в рамках бинарной модели, основанной на противопоставлении мужского/мужчины/маскулинности и женского/женщины/феминности в контекстах современной западной культуры. Однако термин «гендер» сегодня имеет широкий спектр возможных значений, учитывающих взаимосвязанные, но разграниченные понятия, включая гендеризованную биологию (пол), гендерные роли, гендерную экспрессию и гендерную идентичность [Vincent, 2020]. Аспекты гендерной экспрессии, в культуре традиционно воспринимающиеся как «маскулинные», «феминные»

или «андрогинные», могут становиться частью самовыражения людей с любой гендерной идентичностью, как относящих себя к небинарным людям, так и нет. К примеру, тот факт, что небинарный человек имеет феминную экспрессию, необязательно означает, что впоследствии этот человек определит себя как женщину и обратится за медицинскими вмешательствами, востребованными у трансгендерных женщин, такими как вагинопластика. Гендерная неконформность человека по отношению к культурным ожиданиям не должна восприниматься как причина для беспокойства или трактоваться как признак клинической сложности — к примеру, небинарный человек с приписанным при рождении мужским полом (АМАВ), предпочитающий одежду, которая воспринимается как «женская», а также местоимение «она» и женский род, но при этом использующий «мужское» имя.

Возможность посмотреть на гендер как на спектр позволяет различить значительно больше нюансов по сравнению с бинарной моделью. Однако в рамках модели гендера как линейного спектра сохраняются значительные ограничения, способные привести к гендерным обобщениям при отсутствии критического подхода. К примеру, помещение «бинарных опций» (мужчина/мужское, женщина/женское) на противоположных концах этого континуума довольно интуитивно, подобное их размещение ставит маскулинность в оппозицию к феминности, при этом не остаётся места для гендерной нейтральности, одновременного выражения маскулинности и феминности, а также гендерквир-идентичностей или незападных концепций гендера. Крайне важно не рассматривать людей с небинарными гендерными идентичностями как людей, являющихся «частично» трансгендерными мужчинами (для небинарных людей АФАВ) или «частично» трансгендерными женщинами (для небинарных людей АМАВ), или как определённо занимающих «некое место на спектре между маскулинностью и феминностью»; некоторые небинарные люди ощущают себя находящимися полностью за пределами дихотомии мужчина/женщина. Нелинейный спектр отражает тот факт, что не следует сопоставлять особенности гендерной экспрессии, идентичности и потребностей в гендерно-аффирмативной помощи у разных клиентов для того, чтобы расположить их вдоль линейного спектра. Кроме этого, интерпретация гендерной экспрессии субъективна, а также зависит от культуры, и то, что один человек

может воспринимать как проявления крайней феминности, может иначе восприниматься другим человеком [Vincent, 2020]. Желательно не делать предположений в отношении того, как конкретный пациент понимает свою гендерную идентичность, а также быть готовыми следовать за тем, как конкретный пациент понимает гендер и как это понимание соотносится с его гендерной идентичностью, экспрессией и потребностях в медицинской помощи.

Процесс формирования гендерной идентичности, который проходят все трансгендерные и гендерно отличные (ТГО) люди, вне зависимости от их отношения к бинарной модели гендера, по всей видимости, имеет общие черты (осознание, исследование, осмысление, интеграция), но временные рамки, ход и личный опыт в связи со всеми этими процессами могут различаться как внутри различных групп трансгендерных и небинарных людей, так и между ними [Kuper, Wright et al., 2018; Kuper, Lindley et al., 2019; Tatum et al., 2020]. Для помещения процессов формирования гендерной идентичности и социального трансгендерного перехода в определённый контекст желательно рассматривать их в социокультурной и интерсекциональной перспективе, включая то, как жизненный опыт отдельных людей формируется под влиянием социальных и культурных условий, а также как этот опыт взаимодействует с дополнительными аспектами идентичности и личного опыта.

### ***Необходимость доступа к гендерно-аффирмативной медицинской помощи***

Некоторые небинарные люди обращаются за гендерно-аффирмативной медицинской помощью для облегчения гендерной дисфории или несоответствия, а также в целях повышения удовлетворённости своим телом посредством медицински необходимых вмешательств (см. рекомендацию 2.1 о медицинской необходимости в главе 2 «Глобальная применимость»). Некоторые небинарные люди испытывают потребность в определённых вмешательствах — см. также главу 5 «Обследование взрослых» [Beek et al., 2015; Jones et al., 2019; Köhler et al., 2018], в то время как у других подобная потребность отсутствует [Burgwal & Motmans, 2021; Nieder, Eyssel et al., 2020]. При этом доля небинарных людей, прибегающих к гендерно-аффирмативной медицинской помощи именно в таком качестве, остаётся

неясной. Функция медицинского специалиста состоит в том, чтобы предоставить информацию о существующих медицинских альтернативах (и их доступности), которые могли бы способствовать облегчению гендерной дисфории или несоответствия, а также повысить уровень удовлетворённости своим телом, не делая предположений о том, какие именно медицинские процедуры подойдут конкретному пациенту.

Мотивация для обращения (или необращения) за гендерно-аффирмативной медицинской помощью, включая гормональную терапию и/или хирургические вмешательства, имеет комплексный характер и может различаться от пациента к пациенту [Burgwal & Motmans, 2021; Vincent, 2019, 2020], и её исследование должно проводиться совместными усилиями перед принятием решений о назначении телесных вмешательств. Потребность конкретного пациента в гендерно-аффирмативных медицинских вмешательствах невозможно предсказать на основании его гендерной роли, экспрессии или идентичности. К примеру, некоторые трансгендерные женщины не испытывают потребности в вагинопластике, в то время как некоторые небинарные люди АМАВ испытывают такую потребность, и выполнение этого вмешательства оказывает на них благотворное влияние. Тот факт, что небинарный человек обращается за гендерно-аффирмативной медицинской помощью в соответствии с ожидаемым направлением трансгендерного перехода для пола, который был приписан ему при рождении (например, приём препаратов эстрогенов и вагинопластика для человека АМАВ), не делает его небинарную идентичность менее значимой.

Несмотря на тот факт, что для многих трансгендерных людей по-прежнему существуют препятствия к получению медицинской помощи, доля небинарных людей, сталкивающихся с трудностями доступа как к медицинской гендерно-аффирмативной помощи, так и к помощи в области психического здоровья, представляется особенно значительной [Clark et al., 2018; James, 2016]. Многие небинарные люди сообщают о случаях непринятия их небинарной гендерной идентичности со стороны медицинских специалистов, включая случаи, когда медицинские специалисты выражали мнение о том, что их гендерная идентичность не заслуживает уважения или же что с подобными пациентами принципиально сложнее работать [Valentine, 2016; Vincent, 2020]. Медицинские специалисты могут

делать предположения о том, что небинарным людям не нужна гендерно-аффирмативная медицинская помощь, или же что они не испытывают в ней потребности [Kcomt et al., 2020; Vincent, 2020]; многие небинарные люди ощущают, что вынуждены представляться как трансгендерные мужчины или женщины (в рамках бинарной модели гендера) для того, чтобы получить доступ к помощи [Bradford et al., 2019; Taylor et al., 2019]. Случается, что небинарным людям приходится обучать работающих с ними медицинских специалистов, несмотря на то что ситуации, в которых пациент играет подобную роль, нельзя назвать приемлемыми [Kcomt et al., 2020]. Burgwal and Motmans [2021] было обнаружено, что небинарные люди значительно чаще, чем трансгендерные мужчины и женщины, сталкиваются с предвзятым отношением со стороны медицинских специалистов, меньше уверены в качестве получаемых услуг, а также им труднее найти, куда обратиться за помощью. Исследования, проведённые в Европе и США, показывают, что небинарные люди чаще откладывают обращение за помощью по сравнению с бинарными трансгендерными мужчинами и женщинами, при этом опасения столкнуться с бестактностью или некомпетентностью были названы как самая частая причина [Burgwal & Motmans, 2021; Grant et al., 2011]. По некоторым данным, небинарные люди также реже сообщают медицинским специалистам о своей гендерной идентичности по сравнению с прочими трансгендерными людьми [Kcomt et al., 2020].

### ***Необходимость адекватной поддержки***

Оказание гендерно-аффирмативной медицинской помощи небинарным людям не ограничивается предоставлением определённых гендерно-аффирмативных вмешательств, таких как гормональная терапия или хирургические вмешательства, оно также включает в себя заботу о здоровье в целом и развитии небинарных людей. Модели стресса меньшинств были адаптированы для того, чтобы понять, как стрессовые факторы, связанные с гендером, приводят к более низким показателям физического и психического здоровья у трансгендерных людей [Delozier et al., 2020; Testa et al., 2017]. Есть основания предполагать, что часть факторов стресса меньшинства является общей для всех ТГО-людей, при этом другая часть является специфической для людей с небинарными идентичностями.

По данным Johnson [2020], небинарные люди особенно часто сталкиваются с обесцениванием, то есть утверждениями и действиями, выражающими убеждение о том, что небинарные идентичности «ненастоящие» или представляют собой «моду» или «временное увлечение»; также окружающие значительно реже используют верные местоимения и грамматический род по отношению к небинарным людям по сравнению с тем, когда это касается трансгендерных мужчин и женщин. Также небинарные люди описывают ощущение своей «невидимости» для окружающих [Conlin, 2019; Taylor, 2018]; по данным одного исследования, у небинарных детей и подростков самооценка ниже, чем у их бинарных трансгендерных сверстников [Thorne, Witcomb et al., 2019].

Многие ТГО-люди сообщают о том, что сталкиваются с дискриминацией, преследованиями и отвержением со стороны окружающих [James, 2016], включая травлю в детской и подростковой среде [Human Rights Campaign, 2018; Witcomb et al., 2019]. Частота подобного опыта может различаться у разных групп, и, по всей видимости, на неё оказывают влияние дополнительные интерсекциональные характеристики. К примеру, по данным Newcomb [2020], трансгендерные женщины и небинарные подростки АМАВ чаще сталкиваются с преследованиями, чем трансгендерные мужчины и подростки АФАВ, при этом у небинарных подростков АМАВ наблюдается самый высокий уровень травматического стресса. Согласно другому исследованию, Roquiz [2021], уровень дискриминации, с которой сталкиваются трансгендерные мужчины и женщины, выше, чем у небинарных людей. Подобная интерсекциональная сложность, по всей вероятности, также приводит к вариабельности результатов исследований, в рамках которых сопоставляются показатели физического и психического здоровья у небинарных людей, с одной стороны, и у трансгендерных мужчин и женщин — с другой; согласно одним исследованиям, у небинарных людей больше проблем с физическим и психическим здоровьем, по данным других исследований, у небинарных людей их меньше, по данным третьих, различий между этими группами нет [Scandurra, 2019].

Учитывая тот факт, что нарративы, отражающие небинарные идентичности, менее представлены в культуре, чем нарративы, ориентированные на более бинарные идентичности, у небинарных людей может быть меньше ресурсов для того, чтобы исследовать

и артикулировать своё самоощущение в гендерном отношении. К примеру, это касается доступа к общим пространствам и межличностным отношениям, в рамках которых может исследоваться небинарная идентичность, или же к языковым и концептуальным средствам, позволяющим более детально рассматривать небинарный опыт [Bradford et al., 2018; Fiani & Han, 2019; Galupo et al., 2019]. Появляющиеся клинические руководства помогут медицинским специалистам адаптировать гендерно-аффирмативную медицинскую помощь к специфическим потребностям небинарных людей [Matsuno, 2019; Rider, Vencill et al., 2019].

### ***Гендерно-аффирмативные медицинские вмешательства для небинарных людей***

В контекстах, когда определённое вмешательство не имеет признанных прецедентов, важно, чтобы перед тем, как будет рассмотрена возможность его назначения, пациент получил общее представление об имеющихся данных, включая наличие потенциальных неизвестных. Не менее важно, чтобы было проведено и задокументировано всестороннее обсуждение желаемых физических изменений, а также потенциальных ограничений касательно их достижимости, включая невозможность предсказать, в какой степени выполнение того или иного вмешательства повысит способность пациента выразить своё гендерное самоощущение.

Касательно приёма препаратов эстрогенов для небинарных людей АМАВ важно отметить, что развития молочных желёз избежать невозможно [Seal, 2017]. Несмотря на то что степень развития крайне индивидуальна, необходимо доносить эту информацию до небинарных пациентов, заинтересованных в прочих эффектах терапии препаратами эстрогенов (таких как смягчение кожи и уменьшение роста волос на лице), но не желающих развития молочных желёз или не уверенных в этом отношении. Таким же образом небинарные люди АФАВ, желающие принимать препараты тестостерона для того, чтобы достичь определённых изменений, но не заинтересованные в остальных эффектах этих препаратов, должны понимать, что, если они стремятся к росту волос на лице, им также придётся смириться с неизбежным увеличением клитора [Seal, 2017]. Учитывая временные рамки появления этих изменений, крайне вероятно, что также

будет иметь место необратимое понижение голоса, несмотря на то что степень проявления каждого из этих эффектов индивидуальна [Vincent, 2019; Ziegler et al., 2018]. Желание достичь понижения голоса, при этом избежав роста волос на теле, представляет собой ещё один аналогичный вызов. Для некоторых небинарных людей удаление волос является весьма важным элементом гендерно-аффирмативной помощи [Cocchetti, Ristori, Romani et al., 2020].

В случае прекращения гормональной терапии при сохранении гонад многие достигнутые физические изменения получают обратное развитие до состояния на момент начала терапии в связи с возобновившимся влиянием эндогенных гормонов, приводя к прекращению аменореи и уменьшению роста волос на теле у небинарных людей AFAB, а также к увеличению мышечной массы и прекращению эректильной дисфункции у небинарных людей AMAB. Некоторые другие изменения имеют перманентный характер, такие как так называемое облысение по мужскому типу, увеличение клитора и рост волос на лице у людей AFAB, а также развитие молочных желёз у небинарных людей AMAB [Hembree et al., 2017]. Для избавления от этих эффектов могут потребоваться дополнительные вмешательства, такие как удаление волос или мастэктомия, и по этой причине они иногда называются «частично обратимыми» [Coleman et al., 2012]. Поскольку последствия применения гормональных препаратов в низких дозировках у этой группы пациентов не изучены, не исключена необходимость наблюдения на предмет риска развития сердечно-сосудистой патологии, а также контроль состояния костной ткани в случаях, когда гормональная терапия ведётся в низких дозировках. Более подробно см. главу 12 «Гормональная терапия».

В случаях, когда нет потребности в эффектах терапии препаратами эстрогенов или тестостерона, существует возможность подавления выработки эстрогенов и/или тестостерона. Последствия подобных мер, учитывая повышение риска сердечно-сосудистой патологии, снижения минерализации костной ткани, а также депрессии, необходимо обсуждать с пациентами, а также принимать меры по смягчению этого риска [Brett et al., 2007; Vale et al., 2010; Wassersug & Johnson, 2007]. Более подробно см. главу 9 «Евнухи», а также главу 12 «Гормональная терапия». У всех пациентов должна быть возможность рассматривать медицинский и социальный трансгендерный переход, а также гормональную терапию и хирургические

вмешательства по отдельности и независимо друг от друга, вне зависимости от того, является пациент трансгендерным мужчиной, трансгендерной женщиной или небинарной персоной.

Все рекомендации, вошедшие в эту главу, были сформулированы после подробного анализа доказательной базы, оценки преимуществ и вреда, ценностей и предпочтений специалистов и пациентов, а также использования ресурсов и реализуемости. В некоторых случаях мы были вынуждены признать недостаточность доказательной базы и/или факт недоступности некоторых услуг или их нежелательности.

---

### *Рекомендации*

8.1. Мы рекомендуем медицинским специалистам проводить обследование небинарных людей и оказывать им гендерно-аффирмативную медицинскую помощь в индивидуализированном порядке, с позиции поддержки их гендерного самоощущения.

8.2. Мы рекомендуем медицинским специалистам быть готовыми предоставить гендерно-аффирмативные медицинские вмешательства (гормональную терапию и хирургические вмешательства) небинарным людям, не желающим осуществлять социальный трансгендерный переход.

8.3. Мы рекомендуем медицинским специалистам быть готовыми предоставить гендерно-аффирмативные хирургические вмешательства без прохождения гормональной терапии, за исключением случаев, когда прохождение гормональной терапии является необходимым для достижения желаемого результата хирургического вмешательства.

8.4. Мы рекомендуем медицинским специалистам информировать небинарных людей о последствиях гормональной терапии / хирургических вмешательств для репродуктивной системы, а также обсуждать с пациентами возможности сохранения репродуктивного потенциала до назначения гормональной терапии или хирургических вмешательств.

---

**Рекомендация 8.1.** Мы рекомендуем медицинским специалистам проводить обследование небинарных людей и оказывать им гендерно-аффирмативную медицинскую помощь в индивидуализированном порядке, с позиции поддержки их гендерного самоощущения.

Индивидуализированное обследование небинарной персоны должно начинаться с выяснения ее гендерного самоощущения и в соответствии с этим ее целей. Индивидуальное понимание своего опыта в гендерном отношении может различаться в зависимости от группы и культуры и может включать в себя элементы опыта, связанные с другими пересекающимися аспектами идентичности (возрастом, сексуальностью, расовой и этнической принадлежностью, социально-экономическим статусом, наличием инвалидности) [Kuper et al., 2014; Subramanian et al., 2016].

Следует избегать изначальных предположений о гендерной идентичности, экспрессии или медицинских потребностях любого пациента. Желательно учитывать тот факт, что небинарная идентичность пациента необязательно отразится на целях проведения обследования, а также на последующих вмешательствах. Степень взаимосвязи между гендерной идентичностью пациента и целями, которые он преследует, обращаясь за помощью, станет определяющим фактором того, в какой степени эта идентичность требует обсуждения в процессе обследования. К примеру, в случаях, когда проблема, с которой обращается пациент, не имеет отношения к гендеру, может быть достаточно уточнения, как к нему нужно обращаться и какие местоимения и грамматический род он предпочитает [Knutson et al., 2019]. При работе с проблемой, в контексте которой прохождение гормональной терапии в прошлом или настоящем, а также выполненные хирургические вмешательства могут иметь значение, от пациента может потребоваться больше информации, даже в случаях, когда сама проблема не имеет прямого отношения к гендеру.

Обстановка в учреждении, оказывающем медицинские услуги, должна учитывать культурные нюансы, быть принимающей и отражающей гендерное разнообразие, а также поддерживать опыт небинарных людей. Необходимо прилагать усилия к тому, чтобы информационные материалы (например, веб-сайт клиники), документация (например, бланки записи на приём) и прочие материалы составлялись с учётом небинарных идентичностей и опыта,

благодаря чему небинарные пациенты будут ощущать принятие и признание [Hagen & Galupo, 2014]. Графа «пол» с возможностью свободного заполнения будет более инклюзивна по сравнению с ситуацией, когда пациенту предлагается выбрать один вариант из списка. Обеспечение приватности при общении с администратором, предоставление возможности использовать альтернативное имя вместо паспортного в электронных базах данных (в культурных контекстах, когда это необходимо), наличие гендерно нейтральных туалетных комнат, а также поиск альтернатив процедуре громкого названия пациента по паспортному имени при вызове на приём представляют собой дополнительные примеры того, как выглядит учёт особенностей трансгендерных и гендерно отличных людей на практике [Burgwal et al., 2021]. В условиях медицинского учреждения важно, чтобы предпочтения пациентов касательно имён, местоимений и грамматического рода, а также прочих гендерированных терминов уточнялись как изначально, так и впоследствии на регулярной основе, поскольку таковые могут меняться, при этом их следует неукоснительно учитывать.

При работе с пациентами желательно использовать подход, ориентированный на их сильные стороны и развитие стрессоустойчивости. Всё больше критики высказывается по поводу тенденции к чрезмерной фокусировке на дистрессе в гендерном контексте, наблюдаемой в медицинской среде, поскольку не менее важно уделять внимание повышению комфорта, радости и самореализации, которые могут быть достигнуты в результате самоутверждения и получения доступа к помощи [Ashley, 2019a; Benestad, 2010]. Помимо постановки диагноза в случаях, когда это необходимо для упрощения доступа к медицинской помощи, желательно вместе с пациентами исследовать расширенный спектр возможных путей их самореализации в гендерном отношении, а также свою роль в предполагаемом плане работы с ними [Motmans et al., 2019]. Для всех ТГО-людей факторы стрессоустойчивости, такие как отношения с поддерживающими людьми, участие в жизни сообщества, а также гордость в отношении своей идентичности крайне важны, поскольку они коррелируют со спектром положительных исходов для здоровья [Bowling et al., 2019; Budge, 2015; Johns et al., 2018].

Признание ограничений, присущих диагностическим инструментам, исторически использовавшимся медицинскими специалистами

для исследования опыта дисфории у трансгендерных людей, крайне важно, поскольку в отношении небинарных людей эти ограничения могут вырисовываться особенно чётко. Помимо прочих проблем, большинство диагностических инструментов основано на предпосылке, что гендерное самоощущение пациента является бинарным (например, Recalled Childhood Gender Identity Scale, Утрехтская шкала гендерной дисфории). Несмотря на то что были разработаны более современные инструменты с целью более точного отображения опыта небинарных людей [McGuire et al., 2018; McGuire et al., 2020], вероятно, наиболее подходящим инструментом для более глубокого и точного понимания уникального опыта дисфории у конкретного пациента, а также связанных с этим медицинских потребностей остаётся открытое обсуждение. Аналогичным образом, несмотря на то что более новые версии диагностических руководств (например, «гендерная дисфория» в DSM-5 и «гендерное несоответствие» в МКБ-11) должны были стать более инклюзивными по отношению к небинарному гендерному самоощущению, возможно, они неспособны адекватно отразить всё разнообразие и широту переживаний связанного с гендером дистресса в полной мере, особенно когда это касается небинарных людей. Помимо дистресса, связанного с теми или иными телесными аспектами, а также аспектами самопрезентации (включая как имеющиеся, так и отсутствующие характеристики), дистресс может возникать в связи с особенностями гендерного самоощущения человека, восприятием гендерной принадлежности человека окружающими в определённых ситуациях, а также опытом стресса меньшинств, связанного с конкретным гендером [Winters & Ehrbar, 2010]. Опыт небинарных людей во всех перечисленных областях может быть как аналогичен опыту трансгендерных мужчин или женщин, так и отличаться от него.

Пациенто-ориентированный подход к оказанию аффирмативной медицинской помощи предполагает предметное обсуждение того, как те или иные вмешательства могут повлиять на степень гармонии пациента со своим телом в гендерном отношении и на его восприятие окружающими людьми. Небинарные люди могут сталкиваться с трудностями в том, что касается соотношения своего самоощущения с ограничениями доступных медицинских вмешательств, а также с реакциями непонимания, путаницы и нетерпимости со стороны общества, вызванными их гендерной экспрессией [Taylor

et al., 2019]. По данным последних исследований, потребности небинарных людей в том, что касается медицинских вмешательств, могут быть особенно разнообразны; при этом у некоторых людей эти потребности совпадают с траекториями трансгендерного перехода, исторически ассоциирующимися с трансгендерными мужчинами и женщинами, некоторым требуется альтернативный подход (например, гормональная терапия низкими дозировками, хирургические вмешательства без прохождения гормональной терапии), некоторые вообще не заинтересованы в медицинских процедурах, а другие не уверены в своих потребностях [Burgwal & Motmans, 2021; James et al., 2016]. Подход к обследованию как к непрерывному длительному процессу особенно важен с учётом того, что гендерное самоощущение и связанные с ним потребности могут меняться на протяжении жизни. Учитывая постоянно развивающиеся возможности современной медицины и растущее понимание последствий тех или иных процедур, желательно, чтобы специалисты стремились быть в курсе последних исследований и информировали об этом своих пациентов. Особенно это касается небинарных людей.

**Рекомендация 8.2.** Мы рекомендуем медицинским специалистам быть готовыми предоставить гендерно-аффирмативные медицинские вмешательства (гормональную терапию и хирургические вмешательства) небинарным людям, не желающим осуществлять социальный трансгендерный переход.

Ранее использовавшиеся критерии назначения гормональной терапии и хирургических вмешательств, такие как «опыт жизни в гендерной роли, соответствующей гендерной идентичности пациента», не отражают реальный опыт многих ТГО-людей [Coleman et al., 2012]. Учитывая то, насколько неотъемлемой частью большинства современных западных культур является бинарная модель гендера, в большинстве контекстов человек может восприниматься окружающими только как женщина или мужчина [Butler, 1993]. Таким образом, видимость и понимание небинарной телесности и экспрессии ограничены. Это происходит по той причине, что гендерные признаки практически всегда воспринимаются людьми только в контексте бинарной модели гендера [Butler, 1993]. В настоящее время небинарным людям может быть довольно сложно добиться надёжной считываемости своей гендерной идентичности

посредством визуальных элементов самовыражения (причёски, длины волос и т. д.). Однако андрогинность или гендерная неконформность может сообщаться посредством смешивания или сочетания культурных маркеров, имеющих традиционно маскулинную и феминную коннотации. Поскольку общепризнанной «небинарной категории» не существует в рамках большей части культурного контекста современных западных стран Северного полушария, видимость небинарных людей может зачастую достигаться посредством прямого сообщения о своей гендерной идентичности другим или же за счёт использования визуальных признаков, которые могут быть интерпретированы как гендерная неконформность (но не обязательно говорящих о небинарности).

В силу этих причин помещение доступа к медицинской помощи в зависимость от осуществления «социального трансгендерного перехода», в ходе которого пациент «живёт в гендерной роли, соответствующей его идентичности», не соответствует тому, как многие ТГО-люди понимают самих себя и процесс собственного трансгендерного перехода. Для некоторых «жизнь в гендерной роли, соответствующей их идентичности» не предполагает изменения имени, местоимений и грамматического рода или способа самовыражения, но при этом медицинские вмешательства могут быть им необходимы. Даже в случаях, когда у человека есть возможность жить таким образом, чтобы это соответствовало его гендерной идентичности, для внешнего наблюдателя это может быть неочевидно без объяснения со стороны самого человека касательно того, что всё это значит лично для него. Ожидание, что все пациенты будут совершать «социальный трансгендерный переход», может создавать препятствия при предоставлении доступа к гендерно-аффирмативным медицинским вмешательствам, таким как гормональная терапия или хирургические вмешательства, и жёсткие критерии в отношении того, какую форму должен принимать «социальный трансгендерный переход», могут стать преградой к получению помощи для небинарных людей. Нет логики в требовании, чтобы гендерно-аффирмативные медицинские вмешательства назначались только после того, как человек официально изменит имя и гендерные маркеры в документах, удостоверяющих личность, или же начнёт носить одежду определённого вида и откажется от ношения другой. Небинарные люди могут сталкиваться с трудностями в том, что касается юридического

признания их гендерной идентичности, что может негативно сказываться на их психическом здоровье и благополучии [Goetz & Arcomano, 2021]. Для ТГО-людей возможность изменить или сохранить определённый гендерный маркер в документах может играть большую роль. Требование раскрытия своей гендерной идентичности в любых обстоятельствах (семья, школа, работа) для получения доступа к медицинской помощи может не соответствовать их личным целям, а также помещать их в ситуации, сопряжённые с риском, когда подобное раскрытие может быть небезопасным.

**Рекомендация 8.3.** Мы рекомендуем медицинским специалистам быть готовыми предоставить гендерно-аффирмативные хирургические вмешательства без прохождения гормональной терапии, за исключением случаев, когда прохождение гормональной терапии является необходимым для достижения желаемого результата хирургического вмешательства.

Подход «сначала гормоны, потом хирургия» может применяться в контексте различных хирургических вмешательств. Некоторые небинарные люди могут обращаться за гендерно-аффирмативными хирургическими вмешательствами для облегчения гендерного несоответствия и повышения уровня удовлетворённости своим телом [Beek et al., 2015; Burgwal & Motmans, 2021; Jones et al., 2019; Koehler et al., 2018], но при этом не испытывают потребности в прохождении гормональной терапии или же у них к ней имеются медицинские противопоказания [Nieder, Eyssel et al., 2020]. В настоящее время нет данных о доле небинарных людей, практикующих такой подход.

Возможно, единственный тип хирургического вмешательства, которое наиболее ассоциируется с небинарными людьми (в отличие от контекста, в котором к нему прибегают трансгендерные мужчины или цисгендерные женщины, у которых оно тоже может выполняться), — это мастэктомия у небинарных людей AFAB, не проходивших терапию тестостероном (хотя терапия препаратами тестостерона и не требуется для этого вида вмешательства). При этом некоторые небинарные люди AFAB могут также прибегать к хирургическому уменьшению молочных желёз [McTernan et al., 2020]. Метойдиопластика представляет собой хирургическое вмешательство, для выполнения которого терапия тестостероном хотя бы на протяжении некоторого времени является необходимостью,

поскольку для этого вмешательства требуется, чтобы клитор увеличился под воздействием тестостерона. Подробнее о том, для каких хирургических вмешательств требуется гормональная терапия, см. главу 13 «Хирургические вмешательства и послеоперационный уход». В список вмешательств, связанных с органами внутренней репродуктивной системы, входят гистерэктомия, односторонняя или двусторонняя сальпингоовариэктомия, а также вагинэктомия. Гормональная терапия не является необходимой для выполнения этих вмешательств, но заместительная гормональная терапия (препаратами эстрогенов и/или тестостерона) желательна у людей, у которых выполнено полное удаление гонад, в целях предотвращения негативных последствий для сердечно-сосудистой и костно-мышечной систем [Hembree et al., 2017; Seal, 2017]. Для выполнения фаллопластики, притом что для вмешательства как такового прохождение терапии тестостероном необязательно, вирилизация (или её отсутствие) клитора и малых половых губ могут повлиять на выбор подхода к выполнению вмешательства и его техники. Подробнее см. главу 13 «Хирургические вмешательства и послеоперационный уход».

Небинарные пациенты АМАВ должны быть проинформированы о том, что начало приёма препаратов эстрогенов после выполнения увеличивающей маммопластики в случае, если терапия препаратами эстрогенов до этого не проводилась, может отразиться (вероятно, негативно) на окончательном результате [Kanhai, Hage, Asscheman et al., 1999; Kanhai, Hage, Karim et al., 1999]. Небинарным людям АМАВ, обращающимся за орхиэктомией, необязательно принимать препараты эстрогенов для достижения лучшего результата [Hembree et al., 2017]. В подобных случаях желательно информировать пациентов о рисках и преимуществах заместительной гормональной терапии (препаратами эстрогенов и/или тестостерона) в целях предотвращения негативных последствий для сердечно-сосудистой и костно-мышечной систем, а также об альтернативах, таких как приём препаратов кальция и витамина D для предотвращения остеопороза [Hembree et al., 2017; Seal, 2017; Weaver et al., 2016]. См. также главу 9 «Евнухи», о людях, отказывающихся от заместительной гормональной терапии. В случае выполнения вагинопластики пациентов нужно информировать о том, что при отказе от терапии препаратами, блокирующими выработку тестостерона,

возможен рост волос в неовлагалище в случае, если была использована кожа, содержащая волосяные фолликулы [Giltay & Gooren, 2000].

Среди прочих запросов на хирургические вмешательства, поступающих от небинарных людей АМАВ, можно упомянуть вагинопластику с сохранением пениса, вагинопластику с сохранением тестикул(ы), а также вмешательства, предполагающие окончательный результат в виде отсутствия первичных половых признаков (то есть пенэктомию, скротэктомию, орхиэктомию и т. д.). Желательно, чтобы при планировании вмешательств хирург и пациент обсуждали цели и ожидания последнего, а также преимущества и ограничения планируемого (или желаемого) вмешательства для принятия решения в индивидуальном порядке, а также при сотрудничестве с прочими медицинскими специалистами, задействованными в этом процессе (если таковые имеются).

**Рекомендация 8.4.** Мы рекомендуем медицинским специалистам информировать небинарных людей о последствиях гормональной терапии / хирургических вмешательств для репродуктивной системы, а также обсуждать с пациентами возможности сохранения репродуктивного потенциала до назначения гормональной терапии или хирургических вмешательств.

Всех небинарных людей, обращающихся за гендерно-аффирмативной гормональной терапией, необходимо информировать и консультировать на тему возможностей сохранения фертильности [Hembree et al., 2017; De Roo et al., 2016; Defreyne, Elaut et al., 2020; Defreyne, van Schuvlenbergh et al., 2020; Nahata et al., 2017; Quinn et al., 2021]. Важно, чтобы потенциальное влияние гормональной терапии на репродуктивные возможности обсуждалось до её начала. Среди обсуждаемых тем должны быть имеющиеся альтернативы по сохранению фертильности, возможность и степень восстановления фертильности при отмене гормональной терапии, а также тот факт, что гормональная терапия как таковая не является видом контрацепции. Подробнее см. главу 16 «Репродуктивное здоровье».

По данным последних исследований, небинарные люди реже получают доступ к медицинской помощи и реже получают возможность заявить о своих потребностях в этом отношении [Beek et al., 2015; Taylor et al., 2019]. Таким образом, логично предположить, что любой человек с проявлениями гендерного разнообразия должен

получить информацию о современных способах сохранения репродуктивного потенциала, желательно до начала гормональной терапии, поскольку гормональное воздействие может отразиться на качестве спермы и ооцитов [Hamada et al., 2015; Payer et al., 1979]. Однако это не означает, что подобная информация не должна предлагаться или запрашиваться в дальнейшем, поскольку, по имеющимся данным, фертильность может сохраняться после приёма препаратов эстрогенов и тестостерона [Light et al., 2014]. Решение об отказе от репродуктивных технологий или консультаций на тему фертильности со стороны небинарного или гендерно отличного человека не должно становиться основанием для отказа в назначении гормональной терапии или её отсрочки.

## ГЛАВА 9. ЕВНУХИ

Среди многочисленных людей, которым может принести пользу гендерно-аффирмативная медицинская помощь, люди, определяющие себя как евнухов, возможно, наименее видимы. В 8-ю версию «Стандартов помощи» вошла отдельная глава, в которой обсуждаются евнухи в силу их особенностей как пациентов и специфики их потребностей в гендерно-аффирмативной медицинской помощи (см. главу 2 «Глобальная применимость», рекомендацию 2.1).

К евнухам относятся люди с приписанным при рождении мужским полом (АМАВ), желающие избавиться от маскулинных физических характеристик, маскулинных гениталий или генитальной функции. В их число также входят те, чьи тестикулы были удалены хирургически или утратили свою функцию по причине физического или химического воздействия и которые определяют себя как евнухов. В это определение, основанное на идентичности, применимое к тем, кто готов применять его по отношению к себе, не входят некоторые другие люди, например мужчины, проходившие лечение по поводу прогрессирующего рака простаты и не принимающие для себя определение «евнух». Эта глава посвящена тем, кто определяет себя как евнухов в более широком контексте гендерного разнообразия.

Аналогично другим гендерно отличным людям евнухи могут стремиться к кастрации для того, чтобы привести своё тело в соответствие со своей гендерной идентичностью. Как таковые евнухи являются гендерно неконформными людьми, у которых есть потребности в медицински необходимой гендерно-аффирмативной помощи [Brett et al., 2007; Johnson et al., 2007; Roberts et al., 2008]. Люди, определяющие себя как евнухов, могут определять свою гендерную идентичность по-разному. Многие евнухи рассматривают свой статус в таком качестве как отдельную гендерную идентичность, не имеющую связей с другими гендерными категориями или категориями трансгендерных людей. В этой главе основное внимание уделяется оказанию медицинской помощи тем, кто определяют себя как евнухов. Медицинские специалисты (МС) могут сталкиваться с евнухами, обращающимися за гормональной терапией и/или желающими подвергнуться кастрации для того, чтобы добиться этого статуса. Пользу этим людям также может принести общение с сообществом евнухов,

так себя определяющих, вне зависимости от того, имеет место кастрация или нет.

Несмотря на то что история евнухов в обществе насчитывает почти 4000 лет, большая часть информации о современных людях, определяющих себя как евнухов, происходит из крупного интернет-сообщества поддержки «равные — равным», общающегося на таких платформах, как веб-сайт the Eunuch Archive ([www.eunuch.org](http://www.eunuch.org)), основанный в 1998 году. Модераторы сайта следят за соблюдением медицинской и исторической точности информации в обсуждениях на форумах, хотя определённая доля дезинформации тем не менее присутствует. По данным веб-сайта, по состоянию на январь 2022 года на нём было зарегистрировано более 130 000 участников из различных частей мира, при этом зачастую более 90% людей, читающих материалы, размещённые на сайте, посещают его в качестве «гостей», то есть незарегистрированных пользователей. На сайте насчитывается более 23 000 веток обсуждений и приблизительно 220 000 отдельных постов. К примеру, в каждой из двух веток, предлагающих инструкции по самокастрации путём инъекции различных токсичных веществ непосредственно в тестикулы, насчитывается приблизительно по 2500 постов, и каждая из них была прочитана намного более миллиона раз. Начиная с 2001 года было проведено 20 ежегодных встреч сообщества веб-сайта the Eunuch Archive в Миннеаполисе (США), при этом региональные встречи неоднократно проводились и в других местах. Несмотря на то что тема кастрации вызывает интерес у подавляющего большинства людей, участвующих в обсуждениях на форумах веб-сайта, участники, прибегнувшие к этой процедуре или имеющие серьёзное намерение сделать это, составляют меньшинство. Многие бывшие члены the Eunuch Archive достигли своих целей и более не принимают участия в активности сайта.

В силу ошибочных представлений и предрассудков о евнухах из прошлого и невидимости евнухов современности вкупе с социальной стигматизацией, касающейся всех гендерных и сексуальных меньшинств, немногие из людей, определяющих себя как евнухов, решаются заявить об этом публично, многие не сообщают об этом никому и делятся своим опытом и переживаниями только в рамках сообщества единомышленников, или же об этом аспекте их идентичности известно только близким друзьям и родным [Wassersug & Lieberman,

2010]. Стереотипы о евнухах часто имеют крайне негативный характер [Lieberman, 2018], и евнухи могут сталкиваться с таким же уровнем стресса меньшинств, как и прочие стигматизируемые группы [Wassersug & Lieberman, 2010]. Таким образом, исследования в отношении того, как стресс меньшинств влияет на гендерно отличных людей, должны касаться и евнухов.

Этот список рекомендаций предназначен для специалистов, работающих с людьми, которые определяют себя как евнухов [Johnson & Wassersug, 2016; Vale et al., 2010] и обращаются за медицински необходимыми гендерно-аффирмативными медикаментозными и хирургическими вмешательствами (ГАМХВ). Несмотря на то что эта категория не имеет соответствующего диагноза в рамках МКБ или DSM, «евнух» как отдельная категория имеет право на существование, поскольку она отражает особенности опыта евнухов, при этом помещая этот опыт в более широкий контекст проявлений гендерного несоответствия. В клиническом контексте евнухи могут проявлять себя по-разному. Они испытывают потребность в том, чтобы их тело соответствовало их идентичности — то есть чтобы это было тело, не имеющее полностью функционирующих мужских гениталий. Некоторые из них ощущают острый психологический дискомфорт в связи с наличием мужских гениталий и испытывают потребность в удалении таковых для того, чтобы достичь комфорта со своим телом [Johnson et al., 2007; Roberts et al., 2008]. Другие равнодушны к самому факту наличия внешних мужских гениталий, но их не устраивает функция выработки андрогенов и вызываемое ими развитие мужских вторичных половых признаков [Brett et al., 2007]. Выработка андрогенов может быть прекращена посредством проведения гормональной терапии, при этом орхиэктомия представляет собой перманентное решение этой проблемы для тех, кого не устраивают функции мужских гениталий [Wibowo et al., 2016]. Некоторые люди, определяющие себя как евнухов, желают снижения выработки тестостерона в результате орхиэктомии, но многие могут также прибегать к заместительной гормональной терапии в той или иной форме для избежания негативных последствий, связанных с гипогонадизмом. Большинство тех, кто принимает решение о прохождении гормональной терапии, предпочитает препараты тестостерона в полной или сниженной дозировке. Меньшая часть выбирает заместительную гормональную терапию препаратами эстрогенов.

Все рекомендации, вошедшие в эту главу, были сформулированы после подробного анализа доказательной базы, оценки преимуществ и вреда, ценностей и предпочтений специалистов и пациентов, а также использования ресурсов и реализуемости. В некоторых случаях мы были вынуждены признать недостаточность доказательной базы и/или факт недоступности некоторых услуг или их нежелательности.

### *Рекомендации*

9.1. Мы рекомендуем медицинским специалистам и прочим пользователям этих «Стандартов помощи» применять эти рекомендации таким образом, чтобы потребности людей, определяющих себя как евнухов, были удовлетворены.

9.2. Мы рекомендуем медицинским специалистам быть готовыми назначать медикаментозные и/или хирургические медицинские вмешательства людям, определяющим себя как евнухов, в случаях, когда имеется высокий риск того, что в случае отказа в помощи человек нанесёт себе вред путём самокастрации, обращения за хирургическими услугами к лицам, не имеющим соответствующей квалификации, или же приёма препаратов, влияющих на выработку гормонов, без врачебного наблюдения.

9.3. Мы рекомендуем, чтобы медицинские специалисты, проводящие обследование евнухов перед назначением медицинских вмешательств, имели соответствующие знания, умения и навыки.

9.4. Мы предлагаем медицинским специалистам информировать пациентов, определяющих себя как евнухов, на тему сексуальности и предоставлять соответствующие консультации.

*Рекомендация 9.1.* Мы рекомендуем медицинским специалистам и прочим пользователям этих «Стандартов помощи» применять эти рекомендации таким образом, чтобы потребности людей, определяющих себя как евнухов, были удовлетворены.

Люди, определяющие себя как евнухов, являются частью более широкой группы населения с проявлениями гендерного разнообразия, испытывающей гендерное несоответствие, и как таковые могут обращаться за гендерно-аффирмативной медицинской помощью. Аналогично другим трансгендерным и гендерно отличным (ТГО) людям евнухам требуется доступ к гендерно-аффирмативной помощи для достижения комфорта со своими телами в гендерном отношении. Каждая из глав, входящих в состав «Стандартов помощи», так или иначе касается потребностей гендерно отличных людей и таким образом может применяться и по отношению к евнухам. Их опыт может пересекаться с опытом части небинарных людей в том отношении, что социальный трансгендерный переход может не быть для них желаемой альтернативой, а роль, которую в их случае играет гормональная терапия, может отличаться от той функции, которую она выполняет в рамках социального или медицинского трансгендерного перехода у людей с бинарной идентичностью [Wassersug & Lieberman, 2010].

Подобно прочим гендерно отличным людям, евнухи могут осознавать свою идентичность в детстве или подростковом возрасте. В силу отсутствия исследований с участием детей, которые могут определять себя как евнухов, мы не будем делать предположений.

Люди, определяющие себя как евнухов, могут обращаться за медицинскими процедурами и хирургическими вмешательствами (гормональной терапией, орхиэктомией и, в некоторых случаях, пенэктомией), для того чтобы добиться определённых физических, психологических или сексуальных изменений [Wassersug & Johnson, 2007]. Важно, чтобы все пациенты, включая евнухов и желающих кастрации, имели возможность установить и поддерживать отношения со своими МС, построенные на доверии и взаимопонимании. Учитывая недостаток осведомлённости о евнухах в медицинском сообществе, а также страх неприятия, который испытывают многие люди, желающие кастрации, многие из них не получают адекватной помощи и не проходят обследований [Jaggi et al., 2018]. Повышение осведомлённости и обучение медицинских специалистов помогут справиться с проблемой выпадения евнухов из общего контекста гендерного разнообразия [Deutsch, 2016a]. Само собой разумеется, что евнухам необходимо, а также полагается иметь доступ к тому же базовому набору медицинских услуг, к которым имеет доступ общее

население. Вопрос обследования на предмет онкологических заболеваний, таких как рак предстательной железы и груди, представляет собой важную область для обсуждения, поскольку есть основания предполагать, что риски гормонозависимых онкологических заболеваний отличаются у людей с приписанным при рождении мужским полом, чьи уровни тестостерона и эстрогенов не соответствуют мужской норме. По причине недостатка исследований на тему распространённости и заболеваемости гормонозависимыми онкологическими заболеваниями у евнухов, определить оптимальную частоту скрининга (осмотров предстательной железы, анализов на ПСА, маммографии и т. д.) довольно сложно.

Благодаря тому, что существует много публикаций, посвящённых людям с раком простаты, перенёвшим химическую или хирургическую кастрацию, нам довольно много известно о некоторых последствиях кастрации во взрослом возрасте (таких как возможность развития остеопороза, депрессии и метаболического синдрома), но люди, подвергшиеся кастрации добровольно, могут интерпретировать эти данные иначе, чем люди, прошедшие эту процедуру по медицинским показаниям. Для цисгендерных мужчин с раком предстательной железы медикаментозная или хирургическая кастрация может стать источником дистресса, но при этом то же самое вмешательство может быть утверждающим для евнухов и приносить им облегчение. Аналогичным образом трансмаскулинные люди, обращающиеся за мастэктомией для того, чтобы достичь комфорта в своём теле, воспринимают это вмешательство совсем иначе, чем цисгендерные женщины, подвергающиеся этой процедуре в рамках лечения рака молочной железы [Koçan & Gürsoy, 2016; van de Grift et al., 2016]. Информация, полученная из исследований рака простаты, обобщается в публикации Wassersug et al. [2021], где предоставляются ссылки на иные публикации на эту тему. Подобная информация должна быть доступна людям, желающим подвергнуться кастрации.

После проведения обследования в соответствии с рекомендациями, опубликованными в SOC-8, можно рассматривать возможность назначения пациенту медицинских вмешательств и назначить их, если это будет найдено уместным. Имеющиеся альтернативы могут быть адаптированы к потребностям пациента с составлением плана, отражающего его потребности и предпочтения. Число и вид вмешательств, а также их последовательность у разных пациентов могут

различаться. Подобный подход соответствует описанному в главах об обследовании и хирургических вмешательствах SOC-8. Среди медицинских альтернатив для евнухов могут быть:

- подавление выработки эндогенных половых гормонов для того, чтобы евнухи, стремящиеся к асексуальности, бесполости или андрогинности, могли понять, насколько эта терапия удовлетворит их потребности;
- орхиэктомия как способ прекращения выработки тестостерона;
- орхиэктомия с последующей пенэктомией или без неё как способ привести тело в соответствии с самоощущением пациента;
- орхиэктомия с последующей заместительной гормональной терапией препаратами тестостерона или эстрогенов.

В соответствии с рекомендацией 5.6 (глава 5 «Обследование взрослых») людям, определяющим себя как евнухов, рекомендуется проходить гормональную терапию в соответствии с целями пациента на протяжении как минимум 6 месяцев перед назначением необратимого хирургического вмешательства (за исключением случаев, когда клинические показания к проведению гормональной терапии отсутствуют).

***Рекомендация 9.2.*** Мы рекомендуем медицинским специалистам быть готовыми назначать медикаментозные и/или хирургические медицинские вмешательства людям, определяющим себя как евнухов, в случаях, когда имеется высокий риск того, что в случае отказа в помощи человек нанесёт себе вред путём самокастрации, обращения за хирургическими услугами к лицам, не имеющим соответствующей квалификации, или же приёма препаратов, влияющих на выработку гормонов, без врачебного наблюдения.

Евнухи могут проходить обследования в соответствии с рекомендациями, предлагаемыми в SOC-8 (см. главу 5 «Обследование взрослых»). Во многих постах, опубликованных на сайте The Eunuch Archive, говорится о том, что найти медицинских специалистов, готовых выполнить хирургическую кастрацию, чрезвычайно сложно. Значительное число людей, определяющих себя как евнухов,

произвели эту операцию самостоятельно; по свидетельствам некоторых людей, им пришлось обманывать медицинских специалистов для того, чтобы получить доступ к этому вмешательству [Hermann & Thorstenson, 2015; Mukhopadhyay & Chowdhury, 2009]. Несомненно, что представители этой группы людей при отсутствии доступа к качественному медицинскому обслуживанию способны предпринять действия, которые могут нанести им значительный вред, такой как риск кровотечения и инфицирования, который может потребовать госпитализации [Нау, 2021; Jackowich et al., 2014; Johnson & Irwig, 2014]. Учитывая серьёзные проблемы, а также вред, наносимый в результате самокастрации, вмешательств, выполняемых неквалифицированными лицами, и приёма препаратов, влияющих на уровень гормонов, без врачебного наблюдения, крайне важно, чтобы медицинские специалисты относились к пациентам с принятием и были готовы рассмотреть различные альтернативы после тщательного обследования для избежания проблем, связанных с отсутствием доступа к медицинской помощи и отказом в её предоставлении.

При желании пациента кастрация может быть достигнута медикаментозным или хирургическим путём. Для некоторых пациентов химическая кастрация может использоваться в качестве тестового варианта перед назначением хирургической кастрации для того, чтобы проверить, комфортно ли пациенту в состоянии гипогонадизма [Vale et al., 2010]. Медикаментозная кастрация, как правило, обратима при отмене терапии [Wassersug et al., 2021]. Обычно для этой цели применяются препараты, подавляющие выработку андрогенов, а также препараты эстрогенов. Самые распространённые препараты, обладающие антиандрогенным действием, ципротерона ацетат и спиронолактон, принимаются orally. Препараты эстрогенов иногда назначаются при терапии рака предстательной железы с целью снижения уровня тестостерона в сыворотке крови за счёт механизма обратной связи с гипоталамусом и гипофизом. Действия препаратов эстрогенов и антиандрогенных препаратов может быть недостаточно для снижения уровня тестостерона настолько, чтобы он соответствовал женской норме или состоянию кастрации, при этом оральный приём препаратов эстрогенов повышает риск развития венозной тромбоэмболии. Несмотря на редкое назначение по причине высокой стоимости, агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ) способны очень эффективно подавлять выработку

эндогенных половых гормонов и фертильность [Nembree et al., 2017]. Мы рекомендуем, чтобы при выборе препарата предпочтение отдавалось тем, применение которых у трансгендерных людей было широко изучено (то есть препараты эстрогенов, ципротерона ацетат, агонисты ГнРГ), нежели менее изученным препаратам (то есть бикалутамиду, препаратам прогестерона для ректального применения и т. д.) [Nembree et al., 2017].

Многие люди, определяющие себя как евнухов, проходят заместительную гормональную терапию после кастрации, поскольку не желают максимального снижения уровня гормонов и связанных с этим проблем, таких как повышенный риск остеопороза. Тестостерон и эстрогены представляют собой две основные альтернативы для заместительной гормональной терапии, они могут применяться в полных или частичных дозировках. Большинство предпочитают препараты тестостерона, поскольку их гендерная социальная презентация мужская и они не заинтересованы в феминизации. Некоторые принимают препараты эстрогенов в дозе, достаточной для предотвращения остеопороза, но недостаточной для феминизации. Эти люди могут определять себя как небинарные, агендерные или иначе [Johnson et al., 2007; Johnson & Wassersug, 2016].

Несмотря на то что исследования в области заместительной гормональной терапии у евнухов отсутствуют, данные исследований с участием трансгендерных мужчин, проходящих лечение по поводу рака предстательной железы, могут быть информативными в отношении результатов гормональной терапии. В рандомизированном контролируемом исследовании с участием 1694 трансгендерных мужчин, проходивших лечение в связи с прогрессирующим локализованным или метастазирующим раком предстательной железы, одна группа принимала агонист ГнРГ, а другая — эстроген в трансдермальной форме [Langley et al., 2021]. У трансгендерных мужчин, принимавших агонист ГнРГ, развились признаки и симптомы дефицита как андрогенов, так и эстрогенов, в то время как у мужчин, которые использовали пластыри, содержащие эстроген, развился только дефицит андрогенов. В обеих группах наблюдался высокий уровень побочных эффектов, связанных с сексуальной функцией (91%), степень набора веса была одинаковой в обеих группах. По сравнению с принимавшими агонист ГнРГ у использовавших эстрогенсодержащие пластыри наблюдалось более высокое качество жизни (по

словам участников), меньше приливов (35% по сравнению с 86%), а также чаще развивалась гинекомастия (86% по сравнению с 38%). С точки зрения метаболизма у использовавших пластыри, содержащие эстроген, наблюдались благоприятные изменения, такие как более низкий уровень глюкозы и общего холестерина натощак, а также более низкое систолическое и диастолическое артериальное давление. В свою очередь, у тех, кто принимал агонист ГнРГ, наблюдались противоположные изменения. На основании этого исследования евнухам может быть рекомендован приём эстрогенов в трансдермальной форме и в низких дозировках для избежания последствий дефицита эстрогенов, таких как приливы, чувство усталости, метаболические изменения и снижение минеральной плотности костной ткани [Hembree et al., 2017; Langley et al., 2021]. Подробнее см. главу 12 «Гормональная терапия».

**Рекомендация 9.3.** Мы рекомендуем, чтобы медицинские специалисты, проводящие обследование евнухов перед назначением медицинских вмешательств, имели соответствующие знания, умения и навыки.

Одной из часто обсуждаемых тем на форумах сайта the Eunuch Archive является трудность поиска медицинских специалистов, которые бы понимали потребности евнухов. Евнухи и желающие кастрации, как правило, гораздо менее видимы по сравнению с прочими гендерными меньшинствами [Wassersug & Lieberman, 2010]. Опасаясь стигматизации и отвержения со стороны медицинского сообщества, они могут не сообщать о своей идентичности и желаниях медицинским специалистам и специалистам в области психического здоровья. В некоторых ситуациях медицинские специалисты могут не знать о существовании подобных людей и не подозревать, что кто-то из их пациентов относится к этой группе.

Раздел «Стандартов помощи», посвящённый проведению обследования, применим и к евнухам. Подобно прочим гендерно отличным людям, люди, желающие кастрации, могут участвовать в процессе предоставления информированного согласия, в ходе которого квалифицированные специалисты проводят обследование, чтобы удостовериться, что пациент способен дать информированное согласие перед назначением медицинского вмешательства, а также что та или иная проблема с психическим здоровьем не является

причиной этого желания. Как и при работе с другими сексуальными и гендерными меньшинствами, при работе с пациентами, определяющими себя как евнухов, необходимо понимание того, что эта группа людей неоднородна и что путь каждого евнуха уникален [Johnson et al., 2007]. Принимающее отношение, открытость для диалога, безоценочность и отсутствие чётких ожиданий со стороны медицинских специалистов в сочетании с профессиональной компетентностью и опытом принесут пользу любому пациенту.

Для того чтобы оказать помощь надлежащего качества, медицинским специалистам необходимо создавать обстановку доверия и уважения, которая будет инклюзивна по отношению к людям, определяющим себя как евнухов. Для этих людей был бы идеален бланк записи, в котором есть отдельная графа для пола, приписанного при рождении, и графа для гендерной идентичности, в которой на выбор предлагался бы список с несколькими вариантами, включая «евнух» и «другое». Некоторым людям может подходить несколько вариантов, и у них должна быть возможность выбрать больше одного.

МС могут принимать участие в обследовании, проведении психотерапии (по запросу пациента), подготовке к гендерно-аффирмативным медикаментозным и хирургическим вмешательствам, а также в последующем наблюдении. Они также могут оказывать поддержку партнёрам и членам семьи. В случаях, когда у пациента, который определяет себя как евнуха, есть потребность в помощи специалиста в области психического здоровья, требования к такому специалисту можно найти в главе 4 «Образование».

В то время как одним пациентам консультация со специалистом в области психического здоровья или психотерапия могут требоваться для эмоциональной поддержки или помощи в принятии решения, многие могут обращаться к этим специалистам в рамках обследования и подготовки перед прохождением определённых медицинских процедур [Vale et al., 2010].

**Рекомендация 9.4.** Мы предлагаем медицинским специалистам информировать пациентов, определяющих себя как евнухов, на тему сексуальности и предоставлять соответствующие консультации.

Существует несколько исследований, откуда мы можем почерпнуть информацию о людях, определяющих себя как евнухов,

в настоящее время, включая данные об их демографических характеристиках и сексуальности [Handy et al., 2015; Vale et al., 2013; Wibowo et al., 2012, 2016]. Медицинские специалисты и специалисты в области психического здоровья должны основываться на предположении, что евнухи обладают сексуальностью и могут быть сексуально активны, испытывать наслаждение и вступать в отношения, за исключением случаев, когда пациенты сообщают обратное [Wibowo et al., 2021]. Исследования говорят о том, что касательно уровня сексуальной потребности, предпочитаемых сексуальных практик и отношений в группе евнухов наблюдается значительное разнообразие [Brett et al., 2007; Johnson et al., 2007; Roberts et al., 2008]. В то время как некоторые довольно сексуально активны, вступая или не вступая в романтические отношения, другие определяют себя как асексуальных или аромантичных людей, и утрата сексуального влечения посредством медикаментозной или хирургической кастрации может приносить им облегчение [Brett et al., 2007]. Все люди разные, при этом сексуальное или романтическое влечение человека не определяется его генитальным статусом [Walton et al., 2016; Yule et al., 2015].

Вне зависимости от вида выполненного медикаментозного или хирургического вмешательства человек может быть способен испытывать сексуальное наслаждение и быть сексуально активен. Вопреки распространённому мнению, евнухи необязательно асексуальны или не испытывают интереса к сексу [Aucoin & Wassersug, 2006]. Просвещение по вопросам безопасного секса необходимо всем людям, вступающим в сексуальные контакты, при которых происходит обмен телесными жидкостями. О просвещении по вопросам безопасного секса для людей с проявлениями сексуального и гендерного разнообразия см. главу 17 «Сексуальное здоровье». Кроме этого, при планировании медицинских вмешательств, которые могут иметь последствия для фертильности, также должны быть обсуждены вопросы сохранения репродуктивного потенциала. Подробнее см. главу 16 «Репродуктивное здоровье».

## ГЛАВА 10. ЛЮДИ С ИНТЕРСЕКС-ВАРИАЦИЯМИ

В 7-ю версию «Стандартов помощи» входила глава, посвящённая применимости «Стандартов» к людям с интерсекс-вариациями, испытывающим гендерную дисфорию и/или изменяющим свою гендерную принадлежность, поскольку эти люди отличаются от трансгендерных людей без интерсекс-вариаций в том, что касается биологического аспекта, жизненного пути, распространённости, этиологии и риска стигматизации. К новому изданию эта глава была пересмотрена и дополнена рекомендациями касательно медицински необходимого клинического подхода к работе с интерсекс-пациентами в общем (см. рекомендацию 2.1 о медицинской необходимости в главе 2 «Глобальная применимость»). Ситуация появления новорождённого с особенностями половой дифференциации может изначально представлять собой клиническую сложность, учитывая необходимость информирования семьи и поддержки с самого раннего возраста, трудность определения акушерского пола, многочисленные клинические мероприятия в дальнейшем, при этом отдельные из них (такие как хирургические вмешательства в области гениталий) могут быть спорными, а также риск возникновения гендерной дисфории и потребности в изменении гендерной принадлежности, который в подобных случаях значительно возрастает [Sandberg & Gardner, 2022].

### *Терминология*

Термин «интерсекс» (лат. буквально «между двумя полами») основан на бинарной биологической системе, лежащей в основе размножения у млекопитающих (включая людей). В медицинском контексте этот термин имеет разговорный характер и используется применительно к людям, имеющим врождённые атипичные вариации органов репродуктивной системы. Некоторые из этих вариаций, часто называемые «неопределённые гениталии», делают простое распознавание половой принадлежности невозможным и, в обществах с достаточным количеством ресурсов, могут потребовать комплексного (физиологического, эндокринологического и генетического) обследования перед тем, как новорождённому будет приписан мужской или женский пол/гендер. В последние годы

термин «интерсекс» стали использовать некоторые люди с интерсекс-вариациями, а также некоторое число людей (без интерсекс-вариаций) с небинарной гендерной идентичностью по отношению к себе [Tamar-Mattis et al., 2018].

В ходе международной конференции по вопросам работы с интерсекс людьми, прошедшей в 2005 году, интерсекс-вариации были объединены под общим термином «нарушения формирования пола» (НФП), определяемым как «врождённые нарушения, при которых развитие хромосомного, гонадного или анатомического пола является нетипичным» [Hughes et al., 2006]. Термин НФП относится к значительно более широкому спектру нарушений, чем те, которые встречаются чаще всего и традиционно обозначаются термином «интерсексуальность», — такие состояния, как синдром Тернера и синдром Клайнфельтера. Кроме этого, многим интерсекс людям не нравится термин «нарушение», который они воспринимают как изначально стигматизирующий [Carpenter, 2018; Griffiths, 2018; Johnson et al., 2017; Lin-Su et al., 2015; Lundberg et al., 2018; Tiryaki et al., 2018]. Позиция медицинских специалистов (МС) по отношению к этому термину также может быть разной [Carpenter, 2018; Griffiths, 2018; Johnson et al., 2017; Lin-Su et al., 2015; Lundberg et al., 2018; Tiryaki et al., 2018]. Распространённое альтернативное прочтение аббревиатуры DSD (Disorders of Sex Development — «нарушения формирования пола») как «отличия в формировании пола» (Differences in Sex Development) может представляться менее патологизирующим, но семантически неудовлетворительно, так как не отражает отличий в формировании пола по мужскому или женскому типу от атипичного формирования пола. Иные менее стигматизирующие варианты, предложенные в последнее время, такие как «состояния, влияющие на развитие репродуктивной системы» (Conditions Affecting Reproductive Development, CARD [Delimata et al., 2018]) и «вариации половых характеристик» (Variations of/in Sex Characteristics, VSC [Crocetti, et al., 2021]), также не отражают специфику интерсексуальности.

Учитывая эти терминологические сложности, в этой главе будет использован термин «интерсексуальность» (или «интерсекс») по отношению только к врождённым физическим проявлениям. Такой выбор мотивирован соображениями ясности, а также связности в историческом контексте. Этот выбор не говорит о нашем намерении

занять одну из сторон в продолжающейся дискуссии в отношении того, является ли пол/гендер биполярной системой или же спектром, что может меняться в зависимости от контекста и соображений целесообразности [Meyer-Bahlburg, 2019]. В обществах XXI века понятия пола и гендера находятся в процессе пересмотра и развития.

### ***Распространённость***

Распространённость интерсекс-вариаций зависит от используемого определения. Очевидная атипичность гениталий («неопределённые гениталии») встречается с частотой приблизительно от 1:2000 до 1:4500 людей [Hughes et al., 2007]. При использовании наиболее инклюзивных определений НФП достигается доля 1,7% от общего числа населения [Blackless et al., 2000]. Несмотря на то что суммарно эти цифры довольно велики, каждая из интерсекс-вариаций по отдельности встречается значительно реже. К примеру, синдром нечувствительности к андрогенам (СНА) встречается с частотой приблизительно 1 на 100 000 новорождённых с кариотипом 46, XY [Mendoza & Motos, 2013], в то время как классическая врождённая гиперплазия коры надпочечников (ВГКН) встречается с частотой приблизительно 1 на 15 000 новорождённых с кариотипом 46, XX [Therrell, 2001]. Эти цифры могут заметно различаться в различных странах, а также между этническими группами.

### ***Клиническая картина***

Наличие интерсекс-вариаций может выявляться по-разному. Интерсексуальность может быть обнаружена при ультразвуковом обследовании беременных, хотя в большинстве случаев это происходит при осмотре гениталий у новорождённых. В обществах со значительным количеством ресурсов подобные дети подвергаются большому количеству диагностических процедур на протяжении первых недель жизни. Основываясь на поставленном диагнозе, данных физического обследования и анализов на уровне гормонов, а также данных долгосрочных исследований в отношении вероятности той или иной гендерной принадлежности, медицинские специалисты и родители принимают совместное решение о том, какой пол будет приписан новорождённому. Некоторые люди с интерсекс-

вариациями попадают в фокус внимания специалистов только по достижении возраста полового созревания, к примеру, когда у подростков, воспитывавшихся как девочки, наблюдается первичная аменорея.

При работе с пациентами, у которых одновременно присутствуют одна из интерсекс-вариаций и неуверенность в собственной гендерной принадлежности, нужно иметь в виду тот факт, что, в отличие от ТГО-людей без интерсекс-вариаций, эти люди, как правило, взрослеют в особом медицинском контексте. Существует множество интерсекс-синдромов, при этом состояние может иметь разную степень тяжести. Таким образом, подход к работе с этими людьми как в гормональном, так и в хирургическом отношении будет отличаться в каждом конкретном случае.

Некоторые физические проявления интерсексуальности могут потребовать срочного вмешательства на раннем этапе, к примеру, при нарушении оттока мочи или развитии надпочечникового криза у пациентов с ВГКН. При большинстве физических вариаций у интерсекс людей функционального нарушения не происходит, по крайней мере в первые годы жизни, и риска для здоровья нет. Однако психосоциальная стигма, связанная с нетипичной формой гениталий, зачастую мотивирует выполнение хирургических вмешательств в раннем возрасте (часто называемых «корректирующими» или «нормализующими»), задолго до наступления возраста согласия. Подобный подход является крайне спорным, поскольку он противоречит этическим принципам, требующим защиты телесной неприкосновенности личности [Carpenter, 2021; Коп, 2015; Национальная комиссия по защите прав людей при проведении биомедицинских и поведенческих исследований, 1979]. Кроме этого, при наличии вариаций, не связанных с непосредственным риском для здоровья, некоторые люди, достигнув более старшего возраста, могут быть заинтересованы в проведении тех или иных медицинских вмешательств, направленных на улучшение внешнего вида и функциональности гениталий. Специфика подобных вмешательств выходит за рамки этой главы, заинтересованным читателям рекомендуется обратиться к соответствующей литературе по хирургии и эндокринологии.

Отдельные интерсекс-вариации связаны с более значительной по сравнению с прочими вариативностью в том, что касается исхода окончательного формирования гендерной идентичности [Dessens

et al., 2005]. К примеру, количество нецисгендерных людей в популяции людей с кариотипом 46, XX, ВГКН и приписанным при рождении женским полом может достигать 5–10% [Furtado et al., 2012]. Весомый биологический компонент формирования гендерной идентичности — это критический фактор, который обязательно нужно принимать во внимание при оказании психологической помощи, а также предоставлении медикаментозных и хирургических вмешательств людям с интерсекс-вариациями.

Существует также множество доказательств того, что люди с интерсекс-вариациями и их семьи могут испытывать психологический дистресс [de Vries et al., 2019; Rosenwohl-Mack et al., 2020; Wolfe-Christensen et al., 2017], отчасти связанный с психосоциальной стигматизацией [Meyer-Bahlburg, Khuri et al., 2017; Meyer-Bahlburg, Reyes-Portillo et al., 2017; Meyer-Bahlburg et al., 2018].

### *Интерсексуальность в психиатрической номенклатуре*

Начиная с 1980 года в американской психиатрической номенклатуре интерсекс людям стало возможным ставить тот или иной диагноз, связанный с гендерной идентичностью; однако диагнозы менялись во всех последующих версиях DSM. К примеру, в DSM-III [American Psychiatric Association, 1980], диагноз «транссексуальность», относящийся к оси I<sup>21</sup>, не мог быть поставлен таким людям во взрослом возрасте, но детям ставился диагноз «расстройство гендерной идентичности у детей», при этом медицинский диагноз в связи с интерсекс-вариацией уточнялся по оси III. Согласно DSM-IV-TR [American Psychiatric Association, 2000], интерсекс люди были исключены из категории оси I «Расстройство гендерной идентичности» вне зависимости от возраста и помещены вместе с некоторыми другими состояниями в категорию «Расстройство гендерной идентичности, неуточнённое». Начиная с DSM-5 [American Psychiatric Association, 2013], когда было принято решение отказаться от многоосевой системы, «расстройство гендерной идентичности» было изменено на «гендерную дисфорию», при этом подобный диагноз мог ставиться вне зависимости от возраста и наличия интерсекс-вариаций,

---

21 DSM-III — многоосевая система, позволяющая оценить состояние человека по нескольким переменным; она содержит пять осей. Ось I — клинические синдромы и состояния, не связанные с психическим заболеванием; ось III — перечень физических нарушений или состояний, которые могут наблюдаться у человека с психическими расстройствами.

но у интерсекс людей добавлялось уточнение о наличии «нарушения формирования пола» [Zucker et al., 2013]. В недавно опубликованном пересмотре DSM-5 [American Psychiatric Association, 2022] термин «гендерная дисфория» сохраняется. Однако нужно отметить, что в недавнем пересмотре Международной классификации болезней (МКБ-11) [World Health Organization, 2019a] диагноз «гендерное несоответствие» перенесён из раздела «Психиатрические и поведенческие расстройства или расстройства развития нервной системы» в новую главу «Состояния, влияющие на сексуальное здоровье».

Все рекомендации, вошедшие в эту главу, были сформулированы после подробного анализа доказательной базы, оценки преимуществ и вреда, ценностей и предпочтений специалистов и пациентов, а также использования ресурсов и реализуемости. В некоторых случаях мы были вынуждены признать недостаточность доказательной базы и/или факт недоступности некоторых услуг или их нежелательности.

## *Рекомендации*

10.1. Мы предлагаем, чтобы помощь интерсекс людям и их семьям оказывала междисциплинарная команда специалистов, обладающая знаниями в области разнообразия гендерных идентичностей и экспрессии, а также в области интерсексуальности.

10.2. Мы рекомендуем медицинским специалистам, работающим с трансгендерными подростками и взрослыми, предпринимать шаги по прохождению обучения в области оказания помощи интерсекс людям в той мере, в которой это соответствует их профессиональной области.

10.3. Мы предлагаем медицинским специалистам информировать и консультировать членов семей интерсекс детей на тему вариации, имеющейся у их ребёнка, а также её психосоциальных последствий, начиная со времени постановки диагноза и далее.

10.4. Мы предлагаем медицинским специалистам и родителям периодически обсуждать с интерсекс детьми/людьми вопросы, связанные с имеющейся у них вариацией и её

психосоциальными последствиями, на уровне, соответствующем их возрасту.

10.5. Мы предлагаем медицинским специалистам и родителям оказывать интерсекс детям/людям поддержку в том, что касается исследования их гендерной идентичности, на протяжении их жизни.

10.6. Мы предлагаем медицинским специалистам стремиться к благополучию пациентов и работать над снижением стигмы, связанной с наличием интерсекс-вариации, в сотрудничестве с другими медицинскими, а также немедицинскими специалистами/организациями.

10.7. Мы предлагаем медицинским специалистам направлять интерсекс детей/людей и членов их семей к специалистам в области психического здоровья, в организации поддержки «равный — равному», а также к прочим источникам психосоциальной поддержки по мере необходимости.

10.8. Мы рекомендуем медицинским специалистам консультировать интерсекс людей и членов их семей по поводу приёма препаратов, подавляющих половое созревание, и/или гормональной терапии в контексте гендерной идентичности, возраста и медицинских особенностей пациента.

10.9. Мы предлагаем, чтобы медицинские специалисты рекомендовали родителям, а также интерсекс детям (по мере их когнитивного развития) отложить гендерно-аффирмативные хирургические вмешательства и/или удаление гонад для того, чтобы дать ребёнку возможность проявить самоопределение и участвовать в принятии решения по принципу информированного согласия.

10.10. Мы предлагаем, чтобы хирургические вмешательства у интерсекс людей проводили только хирурги, имеющие опыт в области выполнения хирургических вмешательств в области гениталий и гонад у людей с интерсекс-вариациями.

10.11. Мы рекомендуем медицинским специалистам, назначающим или дающим направление на гормональную терапию / хирургические вмешательства, консультировать интерсекс пациентов и членов их семей по поводу а) доказанного влияния гормональной терапии / хирургических

вмешательств на будущую репродуктивную способность; б) потенциальных последствий процедур, которые ещё недостаточно изучены, в том числе с точки зрения степени их обратимости; в) возможностей сохранения репродуктивного потенциала; г) психосоциальных последствий бесплодия.

10.12. Мы предлагаем медицинским специалистам, работающим с интерсекс людьми и врождённым бесплодием, проводить с ними и их семьями беседы на тему альтернативных возможностей родительства постепенно, начиная с ранних этапов.

**Рекомендация 10.1.** Мы предлагаем, чтобы помощь интерсекс людям и их семьям оказывала междисциплинарная команда специалистов, обладающая знаниями в области разнообразия гендерных идентичностей и экспрессии, а также в области интерсексуальности.

Интерсексуальность как подкатегория НФП представляет собой сложное состояние, требующее привлечения специалистов, принадлежащих к различным областям медицины и психологии [Hughes et al., 2006]. Состав команды и её функция могут различаться в зависимости от локализации, имеющихся ресурсов, диагноза, а также потребностей интерсекс человека и его семьи. В идеале в неё должны входить детский эндокринолог, хирург и/или уролог, психолог/психиатр, гинеколог, генетик и, при возможности, специалисты, имеющие подготовку в области социальной работы, сестринского дела и медицинской этики [Lee et al., 2006]. Команда может быть структурирована в соответствии с 1) традиционной междисциплинарной моделью; 2) интердисциплинарной моделью или 3) трансдисциплинарной моделью. Несмотря на то что эти модели могут показаться аналогичными, в действительности между ними имеются значительные различия, которые могут так или иначе влиять на работу команды [Sandberg & Mazur, 2014]. Консенсусное заявление, опубликованное в 2006 году, не содержит решения в отношении того, какая модель является предпочтительной — междисциплинарная, интердисциплинарная или трансдисциплинарная, — в нём только утверждается, что эти модели «предполагают различные степени взаимодействия

и автономии специалистов» [Lee, Nordenström et al., 2016]. Со времени публикации консенсусного заявления в 2006 году подобные команды были созданы в Европе и США. Список междисциплинарных команд для США можно найти на веб-сайте DSD-Translational Network (DSD-TRN). Междисциплинарные команды существуют также в ряде европейских стран. Несмотря на некоторые затруднения при создании команд, как было отмечено Sandberg and Mazur [2014], при помощи междисциплинарных команд становится возможным преодолеть ряд проблем, препятствующих оказанию помощи оптимального качества интерсекс людям и их семьям, таких как рассредоточенность услуг, а также ограничение или отсутствие взаимодействия между специалистами, ведущее к тому, что пациенты получают фрагментарную информацию, вызывающую скорее путаницу, чем ясность.

У большинства людей, родившихся с интерсекс-вариациями, таковые выявляются при рождении или вскоре после него, у других это происходит позже, к примеру при наступлении полового созревания (см. таблицу 1 в [Brain et al., 2010]). Когда подобное происходит, подход к работе команды адаптируется в зависимости от диагноза и возраста пациента. В некоторых случаях состав команды может расширяться, по мере необходимости включая в себя других специалистов.

Сообщается, что у детей, с которыми работала междисциплинарная команда, выше шансы получить практически полный спектр услуг, чем у детей, с которыми работал только один специалист [Cregand et al., 2019]. Родители, получившие помощь такого характера, положительно оценивали работу психологической службы и командный подход, а также сообщали о том, что получили большее количество информации, чем те, кто не работал с командой [Cregand et al., 2019].

**Рекомендация 10.2.** Мы рекомендуем медицинским специалистам, работающим с трансгендерными подростками и взрослыми, предпринимать шаги по прохождению обучения в области оказания помощи интерсекс людям в той мере, в которой это соответствует их профессиональной области.

Результаты собеседований со студентами-медиками [Liang et al., 2017; Zelin et al., 2018], обзоров учебных программ и опросов [DeVita et al., 2018; Khalili et al., 2015] говорят о том, что в рамках программ

медицинских учебных заведений обучающиеся не получают должной подготовки по оказанию качественной помощи людям с интерсексуальностью, обращающимся по поводу гендерной дисфории. В ходе тематических мероприятий как специалисты, так и представители сообщества интерсекс людей пришли к выводу, что непрерывное обучение и сотрудничество представляют собой важную задачу для профессионального развития специалистов [Bertalan et al., 2018; Mazur et al., 2007]. Особенно это касается специалистов, работающих со взрослыми людьми, поскольку у них может быть меньше ориентиров и поддержки при оказании помощи пациентам в процессе перехода из педиатрической во взрослую категорию [Crouch & Creighton, 2014]. Однако руководств по обучению специалистов или оценке уровня их квалификации по этой тематике не так уж много, при этом имеющиеся руководства относятся главным образом к специалистам в области психического здоровья [Hollenbach et al., 2014], за исключением единственного руководства для врачей общего профиля [National LGBTQIA+Health Education Center, 2020].

Для МС, желающих повысить свою квалификацию, при отсутствии формальных обучающих программ или эмпирических руководств подходящей альтернативой может стать обращение к более опытным коллегам. Учитывая, что работа с интерсекс пациентами в рамках командного подхода довольно распространена [Pasterski et al., 2010], специалисты, входящие в состав команд, могут быть достаточно квалифицированы для того, чтобы консультировать коллег, не получивших адекватной подготовки [Hughes et al., 2006]. Таким образом, желательно, чтобы обучение специалистов становилось центральным элементом профессионального развития команд [Auchus et al., 2010], а также чтобы их члены проходили подготовку с учётом особенности работы в подобном формате, включая стратегии межпрофессионального обучения [Bisbey, et al., 2019; Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011].

**Рекомендация 10.3.** Мы предлагаем медицинским специалистам информировать и консультировать членов семей интерсекс детей на тему вариации, имеющейся у их ребёнка, а также её психосоциальных последствий, начиная со времени постановки диагноза и далее.

Полное раскрытие медицинской информации членам семей детей с интерсекс-вариациями посредством информирования и консультирования должно начинаться на этапе постановки диагноза, при этом оно должно выполняться в соответствии с многочисленными международными рекомендациями. Одним из наибольших затруднений, связанных с появлением новорождённого с интерсекс-вариацией, особенно в случаях, когда имеется значительная неопределённость гениталий, является определение пола ребёнка и, с точки зрения родителей, гендера, в котором он будет воспитываться [Fisher, Ristori et al., 2016]. Учитывая то, насколько стрессовой подобная ситуация является для большинства родителей, рекомендуется, чтобы решение касательно пола/гендера принималось настолько быстро, насколько это возможно в условиях, когда необходимо тщательное диагностическое обследование [Houk & Lee, 2010]. Однако критерии принятия решения в отношении пола/гендера со временем менялись. На протяжении второй половины XX века, как правило, предпочтение отдавалось женскому полу/гендеру, поскольку считалось, что хирургическая феминизация гениталий проще с точки зрения её осуществления, с ней также связано меньшее количество побочных эффектов по сравнению с хирургической маскулинизацией гениталий. Однако было обнаружено, что при некоторых интерсекс-вариациях, таких как, к примеру, дефицит  $5\alpha$ -RD-2 у людей с кариотипом 46, XY, практика приписывания женского пола/гендера связана с высоким риском развития гендерной дисфории и последующей смены гендера [Yang et al., 2010]. Таким образом, начиная со времени проведения Международной консенсусной конференции по работе с интерсекс людьми в 2005 году в практике определения пола/гендера стали учитываться постепенно накапливающиеся данные касательно долгосрочного прогноза окончательной гендерной идентичности при различных интерсекс-вариациях.

Целью раскрытия медицинской информации является более информированное принятие решений в отношении дальнейшей работы с пациентом. Кроме этого, учитывая тот факт, что чувства стыда и стигма в связи с интерсексуальностью ассоциированы с неблагоприятным психическим состоянием, предполагается, что открытое и проактивное обсуждение медицинской информации будет способствовать снижению этого риска [de Vries et al., 2019]. В зависимости от поставленного диагноза и возраста различные

интерсекс-вариации могут по-разному влиять на состояние пациента и его медицинские потребности. Таким образом, обсуждение вопросов, связанных с интерсексуальностью, должно быть непрерывным и индивидуализированным. По данным исследований на тему принятия медицинских решений в контексте интерсексуальности характер обмена информацией между командой специалистов и пациентами с их семьями оказывает влияние на процесс принятия решений последними [Timmermans et al., 2018]. В соответствии со «Стандартами помощи» мы рекомендуем, чтобы при информировании и консультировании пациентов и их семей специалисты использовали нормализующую, аффирмативную лексику, а также практиковали соответствующее отношение. К примеру, использование слов «вариация» или «особенность» по отношению к атипичным гениталиям является более аффирмативным по сравнению с такими словами, как «врождённый дефект» или «аномалия».

Любой специалист, задействованный в оказании помощи пациенту, может предоставить членам семьи ключевую информацию. В случаях, если помощь оказывает междисциплинарная команда, каждый участвующий в ней специалист может предоставлять информацию в соответствии со своей профессиональной областью. К примеру, хирург может информировать пациента по вопросам, касающимся анатомического строения, эндокринолог может объяснять особенности, связанные с гормональным развитием, в то время как специалист в области психического здоровья может обсуждать с пациентом вопросы гендерного спектра и идентичности. Иным МС может потребоваться предоставить пациентам информацию более разностороннего характера. Семьям необходимо получить ту информацию, которая относится к интерсекс-вариации, имеющейся у их ребёнка, в случаях, когда такая информация имеется. МС могут также направлять пациентов и их семьи на различные информационные ресурсы, имеющиеся в группах поддержки для пациентов. Существует также практика включения людей с интерсекс-вариациями в состав междисциплинарных команд в качестве экспертов для информирования пациентов на основе личного опыта.

В соответствии с консенсусными рекомендациями семьям людей с интерсекс-вариациями также следует предлагать помощь в связи с психосоциальной адаптацией, как оказываемую специалистами, так и по принципу «равный — равному» [Hughes et al., 2006],

в рамках которой может проводиться консультирование с фокусом на решении практических задач и профилактике [Hughes et al., 2006]. К примеру, некоторым семьям может потребоваться совет в отношении того, как информировать других людей (прочих детей в семье, родственников и помогающий персонал) об интерсекс-вариации, имеющейся у ребёнка. Другим семьям может быть необходима поддержка или помощь специалиста в области психического здоровья для преодоления стресса, связанного с медицинскими аспектами интерсексуальности. Подросткам может приносить пользу консультирование на тему того, как рассказывать о своём состоянии сверстникам, а также помощь при вступлении в романтическую и сексуальную жизнь. Консультирование может потребоваться семьям, а также пациентам любого возраста при совместном принятии решения в отношении дальнейшей медицинской помощи. В этом процессе медицинские специалисты могут прибегать к средствам поддержки принятия решений<sup>22</sup> [Sandberg et al., 2019; Weidler et al., 2019].

***Рекомендация 10.4.*** Мы предлагаем медицинским специалистам и родителям периодически обсуждать с интерсекс детьми/людьми вопросы, связанные с имеющейся у них вариацией и её психосоциальными последствиями, на уровне, соответствующем их возрасту.

В медицинском контексте обмен информацией происходит в нескольких направлениях: от специалиста к пациенту, от родителей к пациенту, а также от пациента к специалисту [Weidler & Peterson, 2019]. В то время как общению между специалистами и родителями на темы постановки диагноза и принятия решений в отношении хирургических вмешательств было уделено значительное внимание, дети и подростки с НФП сообщают о трудностях взаимодействия со специалистами, при этом они не всегда готовы обратиться за поддержкой к родителям [Callens et al., 2021]. Для того чтобы пациенты были полностью вовлечены, а также способны проявить самостоятельность при участии в процессе оказания медицинской помощи,

---

<sup>22</sup> Patient decision aids — вспомогательные инструменты, помогающие пациентам сделать информированный выбор в пользу какого-либо конкретного медицинского вмешательства. Могут выглядеть как буклеты, в которых описаны имеющие оказанную эффективность протоколы лечения, их риски и бенефиты, прямая речь других пациентов со сходным состоянием, долгосрочные и краткосрочные эффекты и пр.

крайне важно, чтобы специалисты и родители находились в состоянии непрерывного взаимодействия с детьми/пациентами.

Специалисты должны стремиться к тому, чтобы как можно скорее настроить всех участников взаимодействия на непрерывный обмен информацией, поскольку родители зачастую испытывают дистресс в связи с НФП у своего ребёнка и могут быть склонны к решениям, направленным на быстрый результат [Crissman et al., 2011; Roberts et al., 2020]. Существуют модели совместного принятия решений и прочие инструменты для этой цели, разработанные для поддержания взаимодействия между МС и семьями/пациентами [Karkazis et al., 2010; Sandberg et al., 2019; Siminoff & Sandberg, 2015; Weidler et al., 2019]. Помимо ориентации на непрерывный диалог, специалисты могут также задавать тон общения. МС могут помогать родителям и пациентам справляться с диагностической неопределённостью, при этом информируя их об анатомических вариациях, способствуя открытости к вопросам гендера и сексуальности, а также приветствуя вопросы со стороны ребёнка/пациента. По мере взросления у детей/пациентов могут появляться вопросы, или же им требуется соответствующая возрасту информация на тему секса, менструаций, фертильности, необходимости гормональной терапии (гормонами надпочечников и половыми гормонами), здоровья костной ткани и риска развития онкологии.

Родители также играют ключевую роль в том, что касается просвещения детей, и могут стать для них первым источником медицинской информации [Callens et al., 2021]. В рамках создания стандарта взаимодействия специалистам следует подготавливать родителей к их роли источников информации для своих детей и прочих значимых лиц о диагнозе и медицинской истории ребёнка. Некоторые родители могут испытывать неуверенность в связи с тем, насколько подробно следует информировать своего ребёнка и других людей [Crissman et al., 2011; Danon & Kramer, 2017]. Уровень стресса, с которым сталкиваются родители, воспитывающие ребёнка с интерсекс-вариацией, может повышаться в случаях, когда родители выбирают стратегию минимального раскрытия диагноза ребёнка окружающим [Crissman et al., 2011]. Уровень стресса также зависит от этапа развития ребёнка, при этом более высокий его уровень наблюдается у родителей подростков [Hullman et al., 2011]. Таким образом, следует оказывать родителям помощь при разработке стратегии их общения

с ребёнком, соответствующей этапу его развития, которая при этом будет отражать их психосоциальные и культурные соображения и ценности [Danon & Kramer, 2017; Weidler & Peterson, 2019]. Наконец, результаты более широких исследований на тему сексуальности и гендерного разнообразия, вопреки ассоциации между стыдом/стигмой и негативными последствиями для психического здоровья, показывают, что поддержка со стороны семьи (включая разговоры с детьми на тему их идентичности и помощь в налаживании контактов с интерсекс-сообществом) является индикатором более высокой самооценки и лучших показателей психического здоровья в будущем [Ryan et al., 2010].

**Рекомендация 10.5.** Мы предлагаем медицинским специалистам и родителям оказывать интерсекс детям/людям поддержку в том, что касается исследования их гендерной идентичности, на протяжении их жизни.

Гендерная идентичность человека формируется на пересечении психологических, социальных и культурных конструктов, а также биологических факторов. Доля гендерно неконформных людей, людей в гендерном поиске, а также людей, желавших изменить свою гендерную принадлежность в детском возрасте, среди интерсекс людей в целом более значительна, что отчасти объясняется несоответствием между уровнем половых гормонов в период развития мозга во внутриутробном периоде, с одной стороны, и приписанным при рождении полом — с другой [Callens et al., 2016; Hines, et al., 2015; Meyer-Bahlburg et al., 2016; Pasterski et al., 2015]. Проблемы с гендерной идентичностью наблюдаются у людей с различными интерсекс-вариациями с разной частотой [de Vries et al., 2007]. По недавним свидетельствам, у некоторых людей может формироваться небинарная гендерная идентичность [Kreukels et al., 2018]. Несмотря на то что большинство интерсекс людей могут не испытывать гендерной дисфории или желания совершить трансгендерный переход, у них тем не менее может появляться ощущение неопределённости или вопросы касательно собственной гендерной принадлежности, на которые у них может не быть ответа [Kreukels et al., 2018]. Вопросы в отношении гендерной идентичности могут провоцироваться такими факторами, как форма гениталий, развитие в период полового созревания, а также знание медицинских подробностей,

таких как собственный диагноз, тип гонад, кариотип и выполненные хирургические вмешательства в области гениталий. Таким образом, нужна готовность обсуждать с пациентами подобные вопросы и чувства, вести с ними открытый разговор о гендерном разнообразии и занимать менее бинарную позицию в отношении вопросов гендера. Рекомендуется направлять родителей в их попытках способствовать гендерному самоисследованию ребёнка.

Поддержка подобного характера не должна ограничиваться детским возрастом. Напротив, необходимо создавать условия для того, чтобы пациенты могли продолжать исследовать свою гендерную идентичность на протяжении всей жизни, поскольку новые вопросы в отношении гендера могут возникать у них на каждом новом её этапе (к примеру, в подростковом возрасте, при достижении детородного возраста). У детей в целом могут возникать вопросы в отношении собственной гендерной идентичности в ключевые моменты взросления и развития. При наличии дополнительных стрессовых факторов, таких как неоднозначная форма гениталий, осмотры гениталий и медицинские вмешательства, а также при пересечении культурных предубеждений и влияний, интерсекс людям может требоваться поддержка, при этом обращение за помощью квалифицированных специалистов должно приветствоваться. Также следует регулярно осведомляться у пациентов, не нужна ли им поддержка подобного характера. При наличии гендерного несоответствия следует рассмотреть возможность назначения гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств. Протоколы работы с пациентами в подобных случаях описаны в других главах.

***Рекомендация 10.6.*** Мы предлагаем медицинским специалистам стремиться к благополучию пациентов и работать над снижением стигмы, связанной с наличием интерсекс-вариации, в сотрудничестве с другими медицинскими, а также немедицинскими специалистами/организациями.

Интерсекс люди сталкиваются со стигмой, чувствами стыда, вины, злости, грусти и депрессией [Carroll et al., 2020; Joseph et al., 2017; Schützmann et al., 2009]. По сравнению с общей популяцией проблемы психологического характера встречаются у этой группы с более высокой частотой [Liao & Simmonds, 2014; de Vries et al., 2019]. Кроме этого, не должны оставаться без внимания со стороны

специалистов страх стигматизации ребёнка и проблемы адаптации к его диагнозу у родителей. Поддерживающее консультирование может приносить пользу родителям в том, что касается как принятия медицинских решений [Fleming et al., 2017; Rolston et al., 2015; Timmermans et al., 2019], так и понимания того, как эти решения отразятся на их восприятии ребёнка [Crissman et al., 2011; Fedele et al., 2010]. Thyen et al. [2005] было показано, что многократный осмотр гениталий связан с чувствами стыда, страха и боли и в дальнейшем может повышать риск развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [Alexander et al., 1997; Money & Lamacz, 1987]. Частые осмотры гениталий, страх медицинских вмешательств, а также скрытность в отношении интерсексуальности ребёнка со стороны родителей и медицинских специалистов в значительной степени снижают самооценку интерсекс людей и их способность к переживанию чувства личного достоинства [Meyer-Bahlburg et al., 2018; Thyen et al., 2005; Tishelman et al., 2017; van de Grift, Cohen-Kettenis et al., 2018]. Более подробно о том, как минимизировать негативные психологические последствия при осмотре гениталий, см. Tishelman et al. [2017].

В интерсекс-сообществе существует активное движение за снижение стигмы и возвращение прав людям с интерсекс-вариациями, в противоположность тому, чтобы они продолжали восприниматься как медицинские аномалии и диковины [Джюкьякартские принципы, 2007, 2017]. В публикации Chase [2003] обобщаются основные мотивы движения в защиту прав интерсекс людей, а также показывается, как невежество и кажущаяся потребность в скрытности ведут к стигматизации и эмоциональной травме. Осведомлённость об интерсекс-вариациях в обществе по-прежнему крайне низка, и изображения и истории интерсекс людей всё ещё репрезентуются как «ошибки природы». Таким образом, мы рекомендуем МС прилагать активные усилия к тому, чтобы информировать своих коллег, пациентов с интерсексуальностью, их семьи и окружающих, работать над повышением общественной осведомлённости, а также распространять знания об интерсексуальности. Осведомлённость общества и распространение знаний об интерсексуальности могут способствовать снижению дискриминации и стигматизации. Специально разработанные руководства и информационные материалы могут также помогать интерсекс людям при сообщении окружающим о своей

интерсекс-вариации при наличии у них такого желания [Ernst et al., 2016].

Следует уметь распознавать проявления стигматизации у пациентов и принимать меры в этом отношении [Meyer-Bahlburg et al., 2018], а также способствовать тому, чтобы интерсекс пациенты различных возрастов находили друг друга через группы поддержки. Существует потребность в разработке специфических методик и техник помощи пациентам, сталкивающимся со стигматизацией в связи с наличием интерсекс-вариаций.

**Рекомендация 10.7.** Мы предлагаем медицинским специалистам направлять интерсекс детей/людей и членов их семей к специалистам в области психического здоровья, в организации поддержки «равный — равному», а также к прочим источникам психосоциальной поддержки по мере необходимости.

Практически для всех родителей рождение ребёнка с интерсекс-вариацией является неожиданным и может восприниматься как шок. Невозможность сразу ответить на вездесущий вопрос «У вас мальчик или девочка?», непонимание того, что происходит с ребёнком, неопределённость в отношении его будущего, а также повсеместная стигма в отношении интерсекс людей могут приводить к дистрессу, порой достигающему уровня ПТСР, а также вызывать продолжающуюся тревожность и депрессию [Pasterski et al., 2014; Roberts et al., 2020; Wisniewski & Sandberg, 2015]. Эти обстоятельства могут отражаться на качестве ухода за интерсекс ребёнком и его дальнейшей судьбе [Schweizer et al., 2017]. По мере взросления эти дети подвержены риску стигматизации в её трёх основных формах (производимая, ожидаемая, интернализированная) во всех сферах жизни [Meyer-Bahlburg et al., 2018], наряду с прочими потенциальными трудностями, такими как проблемы с образом своего тела и сомнения в отношении своей гендерной идентичности. Многие также сталкиваются с дополнительными трудностями, связанными со знанием о несовпадении между своим приписанным полом/гендером и биологическими характеристиками, такими как кариотип, тип гонад, гормональный фон в прошлом и настоящем, а также конфигурация репродуктивной системы. Эти обстоятельства могут негативно сказываться на психическом здоровье интерсекс людей [Godfrey, 2021; Meyer-Bahlburg, 2022]. Согласно результатам недавно проведённого

онлайн-опроса среди очень крупной выборки ЛГБТК-подростков, у тех из них, кто определяет себя как людей с физическими интерсекс-вариациями, наблюдается более высокая частота проблем с психическим здоровьем по сравнению с ЛГБТК-подростками, не имеющими интерсекс-вариаций [Trevor Project, 2021]. Поскольку интерсекс-вариации встречаются редко, родители таких детей, а в дальнейшем и сами интерсекс люди могут воспринимать свою ситуацию как уникальную и труднодоступную для понимания окружающих. Таким образом, основываясь на клиническом опыте, мнения МС, имеющих большой опыт работы с интерсекс пациентами, сходятся на том, что социальная поддержка является крайне важным компонентом помощи интерсекс пациентам, при этом она должна обеспечиваться не только за счёт специалистов в области психического здоровья [Pasterski et al., 2010], но также, что очень важно, при помощи групп взаимной поддержки для интерсекс людей [Baratz et al., 2014; Cull & Simmonds, 2010; Hughes et al., 2006; Lampalzer et al., 2021]. В публикации Lee, Nordenström et al. [2016] можно найти подробный международный список групп взаимной поддержки для людей с НФП и интерсекс людей, а также правозащитных организаций и их веб-сайтов. Учитывая разнообразие интерсекс-вариаций и протоколов медицинской помощи, наибольшую пользу конкретному пациенту может принести группа поддержки, в которую входят люди с такой же или схожей интерсекс-вариацией. Важно, чтобы МС, специализирующиеся на оказании помощи интерсекс людям, работали в тесном сотрудничестве с подобными группами взаимной поддержки, таким образом, чтобы периодически возникающие несогласия в отношении тех или иных аспектов оказания помощи могли разрешаться путём подробного обсуждения. Тесный контакт между МС и группами взаимной поддержки также упрощает проведение исследований на базе сообщества, приносящих пользу обеим сторонам.

**Рекомендация 10.8.** Мы рекомендуем медицинским специалистам консультировать интерсекс людей и членов их семей по поводу приёма препаратов, подавляющих половое созревание, и/или гормональной терапии в контексте гендерной идентичности, возраста и медицинских особенностей пациента.

Несмотря на то что гендерная идентичность многих интерсекс людей совпадает с их кариотипом XX или XY, в этом отношении наблюдается достаточное разнообразие для того, чтобы требовать индивидуализированного подхода. К примеру, среди популяции людей с кариотипом XX и маскулинизирующей ВГКН число людей с мужской гендерной идентичностью превышает ожидаемое [Dessens et al., 2005]. У людей с кариотипом XY и синдромом частичной нечувствительности к андрогенам наблюдается значительная вариативность в том, что касается гендерной идентичности [Babu & Shah, 2021]. Среди людей с кариотипом XY и недостаточностью 5-альфа-редуктазы (5 $\alpha$ -RD-2) или дефицитом 17 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназы III и приписанным при рождении женским полом значительная доля (56–63% и 39–64% соответственно) впоследствии изменяет свою гендерную роль с типично женской на типично мужскую [Cohen-Kettenis, 2005].

Интерсекс людям доступен широкий спектр медицинских альтернатив в зависимости от их гендерной идентичности и степени её совпадения с анатомическим строением. В этот спектр входят препараты, подавляющие половое созревание, гормональная терапия, а также хирургические вмешательства, которые могут быть адаптированы к обстоятельствам конкретного пациента [Weinand & Safer, 2015; Safer & Tangpricha, 2019] (подробнее см. главу 6 «Подростки» и главу 12 «Гормональная терапия»). В случаях, когда имеются функционирующие гонады, половое созревание может быть временно приостановлено при помощи аналогов гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ). Подобная мера может облегчить жизнь пациентам на протяжении времени, необходимого им для исследования собственной гендерной идентичности, а также принятия активного участия в определении своей гендерной принадлежности, особенно при наличии интерсекс-вариаций, при которых часто происходит смена гендерной роли (к примеру, у людей с дефицитом 5-альфа-редуктазы, воспитанных в женской роли [Cocchetti, Ristori, Mazzoli et al., 2020; Fisher, Castellini et al., 2016]).

МС могут при наличии соответствующей квалификации консультировать пациентов и членов их семей напрямую или же при необходимости привлекать квалифицированных специалистов для выбора стратегии оказания помощи, требуемой пациенту, а также для обеспечения логистики, связанной с реализацией принятого решения.

**Рекомендация 10.9.** Мы предлагаем, чтобы медицинские специалисты рекомендовали родителям, а также интерсекс детям (по мере их когнитивного развития) отложить гендерно-аффирмативные хирургические вмешательства и/или удаление гонад для того, чтобы дать ребёнку возможность проявить самоопределение и участвовать в принятии решения по принципу информированного согласия.

Со стороны международных правозащитных организаций высказывается всё больше возражений в отношении хирургических вмешательств, выполняемых до того, как ребёнок достигнет возраста, в котором он будет способен осмысленно участвовать в процессе принятия решения, поскольку подобный подход может нарушать права ребёнка на телесную неприкосновенность, самоопределение и самостоятельное определение собственного будущего [Human Rights Watch, 2017]. Многочисленные организации по защите прав интерсекс людей, медицинские организации, а также правительства нескольких государств присоединились к рекомендациям этих международных правозащитных групп, согласно которым следует откладывать выполнение хирургического вмешательства в случаях, когда это медицински осуществимо [Dalke et al., 2020; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020]. Однако важно учитывать, что некоторые анатомические вариации, такие как нарушение оттока мочи или выпадение органов малого таза, представляют собой непосредственный риск для здоровья [Mouriquand et al., 2016]. С иными вариациями, такими как нарушение оттока менструальной крови или риск малигнизации неопустившихся тестикул, связаны возможные физические последствия. Вариации, относящиеся к третьей группе, то есть вариации строения наружных гениталий или глубины влагалища, не несут в себе ни непосредственного, ни отсроченного риска. Эта рекомендация относится только к тем вариациям, которые при отказе от вмешательства не приведут к непосредственным негативным физическим последствиям, и при этом отсрочка вмешательства также не представляет собой риска для здоровья.

Плановые хирургические вмешательства у людей с подобными вариациями имеют сложный и зачастую спорный характер, особенно в случаях, когда они проводятся у младенцев или детей младшего возраста, которые не могут участвовать в процессе принятия решения. У людей интерсекс более старшего возраста наблюдаются проблемы

психосоциального и сексуального характера, в том числе депрессия, тревожность, а также сексуальная и социальная стигма [de Vries et al., 2019; Rosenwohl-Mack et al., 2020]. В некоторых публикациях предлагается, чтобы люди с отдельными вариациями (например, 46, XX ВГКН) могли давать согласие на выполнение хирургического вмешательства до наступления подросткового периода [Bennecke et al., 2021]. По данным недавних исследований, некоторые подростки и взрослые говорят об удовлетворённости внешним видом и функцией гениталий после выполнения хирургического вмешательства в детском возрасте [Rapp et al., 2021]. Особенности строения гениталий ребёнка могут также становиться источником стресса для родителей. По данным некоторых исследований, существует взаимосвязь между проведением корректирующих операций, направленных на придание гениталиям бинарного строения, и некоторым снижением дистресса у родителей [Wolfe-Christensen et al., 2017], хотя некоторые родители могут впоследствии выразить сожаление о принятом решении [Ellens et al., 2017]. Следовательно, согласно рекомендациям некоторых организаций, проведение хирургических вмешательств у детей младшего возраста допустимо [American Urological Association, 2019; Pediatric Endocrine Society, 2020].

Таким образом, в медицинском сообществе наблюдается разногласие в отношении рекомендуемого подхода касательно хирургических вмешательств в области гениталий в раннем возрасте. Полного согласия не удалось достичь и авторам при написании этой главы. По мнению некоторых специалистов по работе с интерсекс людьми, универсальная рекомендация по отсрочке хирургических вмешательств в области гениталий может нести потенциальный вред, несмотря на отсутствие непосредственного риска для здоровья. Среди аргументов в поддержку этой точки зрения называются:

- 1) разнообразие интерсекс-вариаций с точки зрения типа, степени тяжести, а также строения гонад, функциональности и риска малигнизации;

- 2) разнообразие взглядов в различных обществах и семьях в том, что касается гендерных норм и потенциальной стигматизации интерсекс людей;

- 3) возможные преимущества выполнения вмешательств в раннем возрасте с точки зрения техники проведения;

4) данные опросов интерсекс людей (большинство которых подверглись хирургическим вмешательствам в области гениталий в раннем возрасте), свидетельствующие о том, что большинство высказываются в поддержку выполнения вмешательств до достижения возраста согласия, особенно в случаях людей с кариотипом XX и ВГКН и, менее выражено, интерсекс людей с кариотипом XY [Meyer-Bahlburg, 2022].

Эксперты, поддерживающие эту точку зрения, призывают к тому, чтобы каждый случай рассматривался индивидуально в том, что касается хирургических вмешательств в области гениталий и временных рамок их выполнения. Подобного подхода придерживаются медицинские общества, в состав которых входит значительное число специалистов по работе с интерсекс людьми [Bangalore Krishna et al., 2021; Pediatric Endocrine Society, 2020; Speiser et al., 2018; Stark et al., 2019], а также некоторые поддерживающие организации (CARES Foundation [Krege et al., 2019]).

Тем не менее данных о результатах в долгосрочной перспективе мало, и в ходе большинства исследований, сообщающих о позитивных результатах, сравнение с группой, у которой не выполнялись хирургические вмешательства, не проводилось [Dalke et al., 2020; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020]. Также нет данных, говорящих о том, что выполнение хирургических вмешательств защищает интерсекс детей от стигматизации [Roen, 2019]. Взрослые интерсекс люди сталкиваются со стигматизацией, депрессией и тревожностью в связи с формой своих гениталий, но они могут подвергаться стигматизации вне зависимости от того, были у них выполнены хирургические вмешательства или нет [Ediati et al., 2017; Meyer-Bahlburg, Khuri et al., 2017; Meyer-Bahlburg et al., 2018]. Также, по некоторым данным, выполнение хирургических вмешательств может приводить к осложнениям косметического, урологического и сексуального характера, сохраняющимся во взрослом возрасте [Gong & Cheng, 2017; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020]. По данным недавних исследований, опыт некоторых людей в связи с проведённой гонадэктомией может быть особенно негативным, хотя этот риск необходимо сопоставлять с риском развития онкологических заболеваний половых желёз [Duranteau et al., 2020; Rapp et al., 2021]. Интерсекс люди по сравнению с общим населением также чаще бывают трансгендерными, имеют

проявления гендерного разнообразия и испытывают гендерную дисфорию [Almasri et al., 2018; Pasterski et al., 2015]. Таким образом, хирургические вмешательства в области гениталий в раннем возрасте необратимо закрепляют приписанный человеку бинарный пол, который может не совпадать с его будущей гендерной идентичностью. Эти результаты исследований вкуче с правозащитной перспективой говорят в пользу отсрочки хирургического вмешательства до тех пор, когда пациент сам сможет принять решение об этом.

Имеется острая потребность в долгосрочных катамнестических исследованиях, в рамках которых будет проведено сравнение между людьми с одинаковыми интерсекс-вариациями, у которых хирургические вмешательства были выполнены в разном возрасте, а также теми, у кого они не выполнялись, по параметрам гендерной идентичности, показателей психического здоровья и качества жизни в целом.

**Рекомендация 10.10.** Мы предлагаем, чтобы хирургические вмешательства у интерсекс людей проводили только хирурги, имеющие опыт в области выполнения хирургических вмешательств в области гениталий и гонад у людей с интерсекс-вариациями.

Интерсекс-вариации встречаются нечасто, при этом анатомическое строение гениталий и гонад у интерсекс людей отличается разнообразием. Хирургические вмешательства в этом контексте связаны с риском серьёзных осложнений в долгосрочной перспективе (к примеру, см. [National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020]), при этом большая часть учебных программ по хирургии не готовит студентов к оказанию этого специфического вида помощи [Grimstad, Kremen et al., 2021]. Учитывая сложный характер хирургической помощи людям разного возраста, в соответствии с международными профессиональными стандартами рекомендуется, чтобы подобная помощь оказывалась междисциплинарной командой специалистов [Krege et al, 2019; Lee, Nordenström et al., 2016; Pediatric Endocrine Society, 2020]. Таким образом, мы рекомендуем, чтобы хирургические вмешательства выполнялись в условиях, ориентированных на потребности интерсекс людей и позволяющих использовать междисциплинарный подход, при этом в группу специалистов должны входить хирурги, имеющие опыт работы с интерсекс пациентами.

**Рекомендация 10.11.** Мы рекомендуем медицинским специалистам, назначающим или дающим направление на гормональную терапию / хирургические вмешательства, консультировать интерсекс пациентов и членов их семей по поводу а) доказанного влияния гормональной терапии / хирургических вмешательств на будущую репродуктивную способность; б) потенциальных последствий процедур, которые ещё недостаточно изучены, в том числе с точки зрения степени их обратимости; в) возможностей сохранения репродуктивного потенциала; г) психосоциальных последствий бесплодия.

У людей с некоторыми интерсекс-вариациями могут быть функциональные гениталии, но у них может отсутствовать фертильность по причине атипичного развития гонад. У других могут иметься функциональные гонады и жизнеспособные половые клетки, но при этом отсутствовать способность к зачатию естественным путём по причине несоответствия строения внутренних или внешних половых органов [van Batavia & Kolon, 2016]. Препараты, подавляющие половое созревание, терапия половыми гормонами, а также гендерно-аффирмативные хирургические вмешательства могут оказывать негативное влияние на будущую репродуктивную способность. Таким образом, потенциальные последствия медицинских вмешательств, а также способы сохранения репродуктивного потенциала необходимо принимать во внимание и обсуждать при работе с интерсекс-пациентами.

Людей с функционирующими тестикулами необходимо информировать о том, что продолжительная терапия препаратами эстрогенов, а также препаратами, подавляющими выработку тестостерона, по данным исследований с участием ТГО-людей с интерсекс-вариациями, может приводить к тестикулярной атрофии и снижению количества сперматозоидов [Mattawanon et al., 2018]. Хотя при отмене подобной гендерно-аффирмативной терапии качество спермы может повышаться, его полное восстановление не может быть гарантировано [Sermondade et al., 2021]. Основным способом сохранения репродуктивного потенциала для людей с функциональными тестикулами является криоконсервация спермы, получаемой путём мастурбации или вибростимуляции [de Roo et al., 2016]. Несмотря на то что успешных результатов использования подобной технологии у людей пока не получено, существует возможность прямого извлечения

и криоконсервации незрелой ткани тестикул у подростков, у которых выработка спермы ещё не началась [Mattawanon et al., 2018].

Людей с функциональными яичниками следует информировать о том, что терапия препаратами тестостерона, как правило, приводит к прекращению менструаций и овуляции, часто в первые месяцы после начала терапии. В понимании потенциальных последствий влияния тестостерона на ооциты и фертильность имеются значительные пробелы. По данным одного исследования с участием трансгендерных людей, терапия тестостероном может приводить к развитию морфологических изменений, сходных с таковыми при синдроме поликистоза яичников [Grynberg et al., 2010]. Однако другие исследователи не обнаружили признаков синдрома поликистоза яичников (СПКЯ) у трансгендерных мужчин, проходящих гендерно-аффирмативную гормональную терапию, основываясь на метаболических [Chan et al., 2018] и гистологических параметрах [de Roo et al., 2017]. Фертильность у людей с маткой и функциональными яичниками может восстанавливаться при отмене терапии тестостероном.

У интерсекс людей, прошедших половое созревание и имеющих функциональные яичники, репродуктивный потенциал может быть сохранён при помощи гормональной стимуляции яичников для получения зрелых ооцитов, а также путём криоконсервации ткани яичников. Кроме этого, описан случай получения ооцитов путём стимуляции у трансгендерного мужчины, проходящего терапию тестостероном [Greenwald, 2021]. Также опыт криоконсервации ооцитов после их получения путём стимуляции яичников описан у трансгендерного мальчика, проходящего терапию по подавлению полового созревания агонистом ГнРГ [Rothenberg et al., 2019]. Следует отметить, что стимуляция яичников, временное прерывание терапии агонистами ГнРГ и/или гормональной терапии препаратами тестостерона, а также гинекологические манипуляции могут вызывать у пациентов психологический дистресс, при этом уровень стресса будет зависеть от состояния психического здоровья, гендерной идентичности и опыта прохождения медицинских вмешательств в прошлом. Возможность применения тех или иных технологий у конкретных пациентов будет зависеть от наличия у них круга социальной поддержки, включая потенциальных партнёров.

**Рекомендация 10.12.** Мы предлагаем медицинским специалистам, работающим с интерсекс людьми с врождённым бесплодием, проводить с ними и их семьями беседы на тему альтернативных возможностей родительства постепенно, начиная с ранних этапов.

Потенциальное отсутствие фертильности может выявляться у людей с интерсекс-вариациями ещё в младенческий период, в детском, подростковом или взрослом возрасте, до того как будут приняты попытки добиться зачатия. У многих людей бесплодие может быть диагностировано одновременно с постановкой диагноза по поводу интерсексуальности [Jones, 2019]. Для некоторых людей может быть доступна альтернатива искусственного зачатия с использованием донорских половых клеток (ооцитов или спермы). Также существуют различные схемы усыновления/удочерения. Для осуществления некоторых из них может потребоваться значительная решимость и вложение временных ресурсов. Желательно, чтобы люди, не заинтересованные в процедурах по сохранению репродуктивного потенциала, а также люди, не имеющие фертильности, были информированы об альтернативных возможностях родительства, включая усыновление/удочерение и иные альтернативы, начиная с ранних этапов. Несмотря на то что операции по пересадке матки успешно проводились у людей с синдромом Майера — Рокитанского — Кустера — Хаузера [Richards et al., 2021], протокола, в рамках которого можно избежать рисков, связанных с воздействием препаратов, подавляющих отторжение трансплантата, на развивающийся плод, на сегодняшний день не существует.

## ГЛАВА 11. УЧРЕЖДЕНИЯ

Эта глава посвящена оказанию медицинской помощи трансгендерным и гендерно отличным (ТГО) людям, проживающим в различных учреждениях. По определению учреждения представляют собой места, где люди проживают и получают помощь совместно или большими группами, при этом эти люди могут иметь свободу перемещения, право на информированное согласие или принятие самостоятельных решений или не иметь их. Учреждения тюремного типа (исправительные учреждения, центры содержания иммигрантов, тюрьмы, места содержания несовершеннолетних нарушителей), а также другие закрытые и прочие учреждения (дома инвалидов, психиатрические стационары, сопровождаемое проживание, хосписы, дома престарелых) представляют собой места проживания, в которых трансгендерные люди могут получать гендерно-аффирмативную медицинскую помощь. Значительная часть данных, доказывающих необходимость оказания медицинской помощи должного качества ТГО-людям, получена в условиях учреждений тюремного типа. Однако предлагаемые рекомендации применимы к любым учреждениям, в которых могут содержаться ТГО-люди, вне зависимости от вида учреждения [Porter et al., 2016]. Все рекомендации, содержащиеся в «Стандартах помощи», применимы к людям, проживающим в учреждениях тюремного и нетюремного типа. Люди имеют право на доступ к медицински необходимой помощи вне зависимости от факта проживания в учреждении [Brown, 2009]. При оказании медицинской помощи людям, содержащимся в учреждениях, нужно учитывать тот факт, что у них нет возможности самостоятельно добиться необходимого медицинского обслуживания, в отличие от людей, не проживающих в учреждениях. По этой причине следует стремиться к тому, чтобы у людей, проживающих в учреждениях, была возможность получить помощь в соответствии со «Стандартами помощи», разработанными Всемирной профессиональной ассоциацией по здоровью трансгендерных людей (WPATH).

По имеющимся данным, у ТГО-людей, содержащихся в учреждениях тюремного типа, затруднена возможность получить специфические для них медицински необходимые услуги (см. рекомендацию 2.1 в главе 2 «Глобальная применимость»), что является первостепенной причиной их обеспокоенности в связи с тюремным

заклучением [Brown, 2014; Emmer et al., 2011]. Системное расовое угнетение, существующее во многих тюрьмах [Sawyer, 2020], различия в показателях здоровья между группами людей с различной расовой принадлежностью [Nowotny et al., 2017], а также чрезмерная представленность небелых ТГО-людей в отдельных исправительных учреждениях [Reisner et al., 2014] свидетельствуют об острой необходимости принятия мер по улучшению доступа к гендерно-аффирмативной медицинской помощи. В ходе контролируемых исследований была обнаружена клинически значимая диспропорция показателей физического и психического здоровья у трансгендерных людей с судимостью по сравнению с группами трансгендерных людей с аналогичными характеристиками, не подвергавшихся задержанию или тюремному заключению [Clark et al., 2017]. Зачастую организации, государственные структуры и медицинский персонал не располагают необходимыми знаниями, умениями и возможностями для оказания помощи людям с проявлениями гендерного разнообразия [Clark et al., 2017]. Распространена дискриминация в отношении ТГО-людей, проживающих в хосписах и аналогичных учреждениях, и потребности ТГО-людей или тех, кто представляет их интересы, в подобных местах, как правило, игнорируются [Stein et al., 2020]. В силу этих причин лесбиянки, геи, бисексуальные и трансгендерные люди (ЛГБТ) при попадании в подобные учреждения могут скрывать свою сексуальную ориентацию и/или гендерную идентичность, даже если ранее не скрывали свою принадлежность к ЛГБТ-сообществу [Carroll, 2017; Serafin et al., 2013].

Все рекомендации, вошедшие в эту главу, были сформулированы после подробного анализа доказательной базы, оценки преимуществ и вреда, ценностей и предпочтений специалистов и пациентов, а также использования ресурсов и реализуемости. В некоторых случаях мы были вынуждены признать недостаточность доказательной базы и/или факт недоступности некоторых услуг или их нежелательности. Большинство публикаций, имеющих отношение к учреждениям, посвящены людям, находящимся в тюрьмах и иных учреждениях тюремного типа. Публикации, посвящённые иным учреждениям, также принимались во внимание. Мы надеемся, что в ходе будущих исследований будут заполнены пробелы в знаниях касательно учреждений нетюремного типа. Рекомендации, обобщённые ниже, применимы к различным видам учреждений,

обладающим общими характеристиками, такими как длительное время пребывания, утрата права на принятие самостоятельных решений или его ограничение, а также необходимость полагаться на персонал во всём, что касается удовлетворения базовых жизненных потребностей.

### *Рекомендации*

11.1. Мы рекомендуем медицинским специалистам, оказывающим гендерно-аффирмативную помощь людям, содержащимся в учреждениях (или же имеющим отношение к учреждениям и агентствам), признавать применимость полного списка рекомендаций, входящих в 8-ю версию «Стандартов помощи», к людям, содержащимся в различных учреждениях.

11.2. Мы предлагаем, чтобы все сотрудники учреждений проходили обучение на тему гендерного разнообразия.

11.3. Мы рекомендуем медицинским специалистам, в чьи обязанности входит выписка рецептов на гормональные препараты и контроль уровня гормонов у ТГО-пациентов, проживающих в учреждениях, которым требуется гендерно-аффирмативная гормональная терапия, исполнять эти обязанности без необоснованных задержек и в соответствии с рекомендациями, содержащимися в 8-й версии «Стандартов помощи».

11.4. Мы рекомендуем персоналу и специалистам, в чьи обязанности входит оказание медицинской помощи ТГО-людям, проживающим в учреждениях, назначать гендерно-аффирмативные хирургические вмешательства и содействовать ТГО-людям в получении доступа к ним без необоснованных задержек и в соответствии с рекомендациями, содержащимися в 8-й версии «Стандартов помощи».

11.5. Мы рекомендуем администраторам, медицинским специалистам и прочему персоналу, в чьи обязанности входит оказание помощи ТГО-людям, в случае если последние желают носить одежду определённого вида или пользоваться определёнными предметами личной гигиены,

предоставлять этим людям доступ к требуемому в соответствии с их гендерной экспрессией.

11.6. Мы рекомендуем всему персоналу учреждения всегда использовать имя, местоимения и грамматический род, предпочитаемые ТГО-человеком.

11.7. Мы рекомендуем администраторам, медицинскому персоналу и прочим сотрудникам, в чьи обязанности входит принятие решений касательно размещения ТГО-людей, учитывать личные предпочтения, гендерную идентичность и гендерную экспрессию ТГО-людей, а также соображения безопасности, помимо их анатомического пола или пола/гендера, приписанного при рождении.

11.8. Мы рекомендуем сотрудникам учреждений следовать политике размещения содержащихся в них людей таким образом, чтобы обеспечивалась безопасность ТГО-людей, а также чтобы последние не содержались отдельно от прочих людей или в изоляции.

11.9. Мы рекомендуем сотрудникам учреждений предоставлять ТГО-людям возможность использовать душ и туалет в индивидуальном порядке по их просьбе.

**Рекомендация 11.1.** Мы рекомендуем медицинским специалистам, оказывающим гендерно-аффирмативную помощь людям, содержащимся в учреждениях (или же имеющим отношение к учреждениям и агентствам), признавать применимость полного списка рекомендаций, входящих в 8-ю версию «Стандартов помощи», к людям, содержащимся в различных учреждениях.

Аналогично тому как люди, содержащиеся в различных учреждениях, имеют различные потребности в связи с физическим и психическим здоровьем, а также право на получение соответствующей помощи, мы признаём тот факт, что ТГО-люди могут находиться в подобных учреждениях и, таким образом, имеют право на получение помощи в соответствии со специфическими для них потребностями. Мы рекомендуем, чтобы «Стандарты помощи» применялись к людям, проживающим в учреждениях, в соответствии с базовыми медицинскими и этическими принципами [Beauchamp &

Childress, 2019; Pope & Vasquez, 2016]. Кроме этого, в ходе многочисленных судебных разбирательств было подтверждено право ТГО-людей, содержащихся в учреждениях, на получение квалифицированной помощи, основанной на «Стандартах» WRATH (см. [Koselik v. Massachusetts, 2002; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020]). Агентства, занимающиеся подготовкой персонала для оказания долговременной помощи на дому, также должны быть осведомлены о применимости «Стандартов помощи».

**Рекомендация 11.2.** Мы предлагаем, чтобы все сотрудники учреждений проходили обучение на тему гендерного разнообразия.

Поскольку потребности в гендерно-аффирмативной помощи существуют только у небольшой процентной доли населения, для оказания такой помощи необходима специализированная подготовка в соответствии с рекомендациями, изложенными в SOC-8. Поскольку необходимый уровень подготовки будет зависеть от профессиональных обязанностей того или иного сотрудника учреждения, весь персонал должен знать, как правильно обращаться к содержащимся в учреждении людям, в то время как отдельным сотрудникам потребуется более интенсивное консультирование и/или обучение. Эти рекомендации применимы и к агентствам, предоставляющим персонал для оказания долговременной помощи на дому. Обращение к содержащимся в учреждении людям в неверном роде, отказ в предоставлении предметов одежды, пользовании душевыми кабинками или размещении в соответствии с гендерной принадлежностью человека, а также отказ от использования предпочитаемого имени говорит о неуважении к содержащимся в учреждении ТГО-людям, которым эти многократные унижения наносят эмоциональную травму, вызывая депрессию и тревожность. Этот вред может быть предотвращён путём обучения всего персонала учреждения основам гендерного разнообразия и оказания медицинской помощи трансгендерным людям [Hafford-Letchfield et al., 2017]. Результаты опросов говорят о том, что у сотрудников учреждений тюремного и хосписного типа имеются серьёзные пробелы в соответствующих знаниях [Stein et al., 2020; White et al., 2016]. Данные Hafford-Letchfield et al. [2017] говорят о преимуществах обучения персонала учреждений хосписного типа в случаях, когда сотрудников обучали «распознавать

ситуации, имеющие отношение к ЛГБТ» в контексте «учреждений по уходу». В случаях, когда у сотрудников недостаточно квалификации для проведения обследования или оказания помощи подопечным с проявлениями гендерного разнообразия, следует привлекать специалистов со стороны, квалифицированных в области оказания гендерно-аффирмативной помощи [Brömdal et al., 2019; Sevelius and Jenness, 2017].

**Рекомендация 11.3.** Мы рекомендуем медицинским специалистам, в чьи обязанности входит выписка рецептов на гормональные препараты и контроль уровня гормонов у ТГО-пациентов, проживающих в учреждениях, которым требуется гендерно-аффирмативная гормональная терапия, исполнять эти обязанности без необоснованных задержек и в соответствии с рекомендациями, содержащимися в 8-й версии «Стандартов помощи».

ТГО-люди могут испытывать потребность в обследовании и назначении гендерно-аффирмативной гормональной терапии на момент поступления в учреждение, или же такая потребность может появляться у них во время пребывания в учреждении. Ситуации, когда ТГО-человеку отказывается в доступе к гормональной терапии на протяжении месяцев или даже лет после озвучивания соответствующей потребности, а также когда терапия и наблюдение за пациентом ведутся некачественно, с перерывами, или же в неэффективных или небезопасных дозировках, нередки [Keohane, 2018; Kosilek v. Massachusetts, 2002; Monroe v. Baldwin et al., 2019]. Подобное положение вещей может приводить к значительному ухудшению психического состояния, включая такие последствия, как депрессия, тревожность, суицидальность, а также риск самостоятельных хирургических вмешательств [Brown, 2010]. Как и в случае с медицински необходимой помощью иного характера, доступ к гендерно-аффирмативной гормональной терапии ТГО-людям, содержащимся в учреждениях тюремного или иного типа, при наличии показаний должен предоставляться своевременно. Медицинские специалисты должны дозировать гормональные препараты на основании результатов лабораторных анализов и клинического осмотра и следить за тем, чтобы показатели соответствовали установленным эндокринологическим нормам. Лабораторные

анализы должны проводиться с адекватной частотой для того, чтобы необходимые изменения дозировки происходили своевременно.

У ТГО-людей пожилого возраста, проживающих в домах престарелых, имеются особенные потребности [Boyd, 2019; Carroll, 2017; Porter, 2016]. В ситуациях, когда пожилые пациенты выражают желание получать гормональную терапию, необходимо провести обследование на предмет наличия заболеваний, но случаи, когда наличие заболеваний является абсолютным противопоказанием для назначения гормональных препаратов этой группе населения, редки [Ettner, 2013]. У людей с гендерным несоответствием, проживающих в учреждениях, могут быть сопутствующие психические заболевания [Brown and Jones, 2015; Cole et al., 1997]. Обследование по поводу этих заболеваний с назначением лечения должно проводиться в рамках общего обследования. Люди, проходящие гормональную терапию, должны находиться под тщательным наблюдением во избежание несовместимости принимаемых препаратов или полифармации [Hembree et al., 2017]. ТГО-люди, уже получающие гормональную терапию на момент поступления в учреждение, должны продолжать получать её в соответствии с той же или аналогичной схемой и наблюдаться в соответствии с рекомендациями, изложенными в SOC-8. Так называемый подход по принципу «стоп-кадр» неприемлем и опасен [Kosilek v. Massachusetts, 2002]. Подход по принципу «стоп-кадр» представляет собой устаревшую практику, в рамках которой людям, не находившимся на гормональной терапии на момент поступления, отказывалось в назначении гормональных препаратов, в то время как люди, уже проходившие гормональную терапию, продолжали получать её в дозировке, назначенной на момент поступления, даже в случаях, когда эта дозировка была сниженной, как иногда практикуется при начале терапии. ТГО-людям, у которых имеются показания для назначения гендерно-аффирмативной гормональной терапии *de novo*, гормональная терапия должна назначаться в том же порядке, в котором она была бы назначена вне учреждения [Adams v. Federal Bureau of Prisons, No. 09-10272 (D. MO June 7, 2010); Brown 2009]. Одним из рисков резкой отмены гормональных препаратов или же отказа от их назначения в случаях, когда для этого имеются медицинские показания, является повышение вероятности негативных последствий [Brown, 2010; Sundstrom and Fields v. Frank, 2011], таких как самокастрация, депрессивное состояние, усиление

гендерной дисфории и/или суицидальные тенденции [Brown, 2010; Maruri, 2011]. В случае назначения гендерно-аффирмативной гормональной терапии и/или хирургических вмешательств ТГО-человеку, проживающему в учреждении, может возникнуть необходимость в пересмотре решения относительно его размещения в учреждениях с гендерно-сегрегированным проживанием для обеспечения его безопасности и благополучия [Ministry of Justice (UK), 2016].

**Рекомендация 11.4.** Мы рекомендуем персоналу и специалистам, в чьи обязанности входит оказание медицинской помощи ТГО-людям, проживающим в учреждениях, назначать гендерно-аффирмативные хирургические вмешательства и содействовать ТГО-людям в получении доступа к ним без необоснованных задержек и в соответствии с рекомендациями, содержащимися в 8-й версии «Стандартов помощи».

ТГО-люди, испытывающие гендерную дисфорию, должны иметь возможность получить доступ к медицински необходимым гендерно-аффирмативным хирургическим вмешательствам, аналогично тому, как это было бы сделано вне учреждения [Adams v. Federal Bureau of Prisons, No. 09-10272 (D. MO June 7, 2010); Brown 2009; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020]. Последствия отказа в доступе к гендерно-аффирмативным хирургическим вмешательствам для людей, проживающих в учреждениях и не имеющих возможности их покинуть для получения доступа к этим вмешательствам, могут быть серьёзными, включая значительное усиление симптомов гендерной дисфории, депрессию, тревожность, суицидальность, а также риск самохирургии (самокастрации или самопенэктомии [Brown, 2010; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020; Maruri, 2011]). Нередки ситуации, когда людям, содержащимся в учреждениях, отказывается как в обследовании по поводу назначения гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств, так и в доступе к самим вмешательствам, даже при наличии медицинских показаний [Kosilek v. Massachusetts/Dennehy, 2012; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020]. Отказ в прохождении медицински необходимого обследования, а также в выполнении хирургических вмешательств с последующим необходимым послеоперационным уходом неприемлем и не соответствует «Стандартам помощи».

**Рекомендация 11.5.** Мы рекомендуем администраторам, медицинским специалистам и прочему персоналу, в чьи обязанности входит оказание помощи ТГО-людям, в случае если последние желают носить одежду определённого вида или пользоваться определёнными предметами личной гигиены, предоставлять этим людям доступ к требуемому в соответствии с их гендерной экспрессией.

Термин «гендерная экспрессия» относится к причёске, предметам гигиены, одежде, именам, местоимениям и грамматическому роду, которые в данной культуре и/или сообществе ассоциируются с гендерной идентичностью человека [American Psychological Association, 2015; Nembree et al., 2017]. Гендерная экспрессия представляет собой норму, которой следует большинство людей, принадлежащих к определённой культуре или сообществу. Социальный трансгендерный переход — это процесс, в ходе которого ТГО-человек начинает и продолжает выражать свою гендерную идентичность аутентичным и социально значимым способом. Зачастую социальный трансгендерный переход включает в себя поведенческую и публичную самопрезентацию, которая отличается от типично ожидаемой для людей с тем или иным юридическим гендерным маркером, данным человеку при рождении. Гендерный маркер — это юридический ярлык, обозначающий пол человека, определённый и приписанный ему при рождении, указываемый на официальных документах [American Psychological Association, 2015]. Как правило, этот маркер бывает «женским» или «мужским», но в некоторых государствах также возможны маркеры «интерсекс» или «X». ТГО-люди должны иметь такое же право на гендерную экспрессию, каким пользуются трансгендерные люди, вне зависимости от того, проживают они внутри определённых учреждений или вне их. Принимающее отношение к процессу социального перехода со стороны персонала учреждения задаёт тон уважения и принятия, который может способствовать большему уважению и принятию со стороны других людей, содержащихся в учреждении, что, в свою очередь, будет способствовать увеличению безопасности и сглаживанию некоторых аспектов гендерного несоответствия.

По данным исследований, осуществление социального трансгендерного перехода, а также возможность адекватно выражать собственную гендерную идентичность оказывают благотворное влияние

на психическое здоровье ТГО-людей [Bockting & Coleman, 2007; Boedecker, 2018; Devor, 2004; Glynn et al., 2016; Russell et al., 2018]. Для того чтобы люди получали возможность выражать свою гендерную идентичность, рекомендуется разрешать им носить определённую одежду и причёску, предоставлять доступ к предметам личной гигиены в соответствии с их гендерной идентичностью, а также обращаться к ним по предпочитаемому имени (даже в случаях, когда оно не было изменено официально) и использовать местоимения и грамматический род, соответствующие гендерной идентичности человека. Эти элементы гендерной экспрессии и социального трансгендерного перехода по отдельности и совокупно, в зависимости от потребностей конкретного человека, приводят к снижению гендерной дисфории/несоответствия, депрессии, тревожности, склонности к самоповреждающему поведению, суицидальных мыслей и поведения [Russell et al., 2018]. Кроме того, эти элементы в случае их соответствия гендерной идентичности способствуют благополучию человека [Glynn et al., 2016].

**Рекомендация 11.6.** Мы рекомендуем всему персоналу учреждения всегда использовать имя, местоимения и грамматический род, предпочитаемые ТГО-человеком.

Учитывая тот факт, что всё больше людей открыто определяют себя как гендерно отличные, появляется необходимость в разработке и применении практик и политики, соответствующих потребностям этих людей, вне зависимости от места их проживания [McCauley et al., 2017]. К примеру, в учреждениях необходимо использовать медицинские и административные базы данных, в которых будут отслеживаться гендерные маркеры, основанные не только на поле/гендере, приписанных при рождении, но и на гендерной идентичности человека. При разработке этих рекомендаций мы учитывали тот факт, что расширение гендерных рамок может входить в противоречие с правилами внутреннего распорядка, принятыми в тех или иных учреждениях, где могут содержаться ТГО-люди. Однако на любых учреждениях лежит ответственность по обеспечению безопасности и благополучия людей, содержащихся в них [Australia, 2015; Corrective Services New South Wales, 2015; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020; Kosilek v. Massachusetts, 2002; NCCHC, 2015]. Sevelius и коллеги [2020] в своём исследовании продемонстрировали, что

использование корректных местоимений является утверждающим для гендерной идентичности трансгендерных женщин, а также коррелирует с более высокими показателями психического здоровья и медицинскими показателями в связи с ВИЧ. В случае, когда человек, содержащийся в учреждении, официально изменяет своё имя, это изменение должно отражаться в базе данных учреждения.

**Рекомендация 11.7.** Мы рекомендуем администраторам, медицинскому персоналу и прочим сотрудникам, в чьи обязанности входит принятие решений касательно размещения ТГО-людей, учитывать личные предпочтения, гендерную идентичность и гендерную экспрессию ТГО-людей, а также соображения безопасности, помимо их анатомического пола или пола/гендера, приписанного при рождении.

Практика раздельного размещения людей на основе пола/гендера, приписанного при рождении, существует практически во всех учреждениях [Brown and McDuffie, 2009; Routh et al., 2017], при этом она может приводить к созданию среды, небезопасной по своей природе [Ledesma & Ford, 2020]. Люди с проявлениями гендерного разнообразия чрезвычайно подвержены стигматизации, преследованиям, пренебрежительному обращению, насилию, в том числе сексуального характера [Banbury, 2004; Beck, 2014; Jenness and Fenstermaker, 2016; Malkin & DeJong, 2018; Oparah, 2012; Stein et al., 2020]. Системная практика сегрегации по половому признаку часто оказывается несовместимой с безопасностью ТГО-людей, а также может препятствовать получению доступа к гендерно-аффирмативной медицинской помощи [Stohr, 2015]. Таким образом, в учреждениях необходимо вводить практику регулярной оценки потребностей и предпочтений ТГО-людей касательно размещения (см., например, [Federal Bureau of Prisons, 2016]). Также, согласно Акту по искоренению сексуального насилия в тюрьмах (the Prison Rape Elimination Act), ТГО-люди являются уязвимой группой населения и по этой причине все тюрьмы на территории США обязаны учитывать их предпочтения касательно размещения [Bureau of Justice Assistance, 2017].

**Рекомендация 11.8.** Мы рекомендуем сотрудникам учреждений следовать политике размещения содержащихся в них людей таким образом, чтобы обеспечивалась безопасность ТГО-людей,

**а также чтобы последние не содержались отдельно от прочих людей или в изоляции.**

Практика размещения ТГО-людей в учреждении исключительно на основе анатомического строения их гениталий или пола, приписанного им при рождении, является ошибочной и несёт в себе риск нанесения физического и/или психологического вреда [Scott, 2013; Simopoulos & Khin, 2014; Yona & Katri, 2020]. Достоверно установлено, что в тюремных условиях у трансгендерных людей имеется повышенный риск подвергнуться сексуальным домогательствам и/или насилию [James et al., 2016; Jenness & Fenstermaker, 2016; Malkin & DeJong, 2019]. Несмотря на то что решения о размещении должны учитывать соображения безопасности, это решение должно приниматься в индивидуальном порядке совместно с самим ТГО-человеком [Federal Bureau of Prisons, 2016; Jenness and Smyth, 2011]. Некоторые трансгендерные женщины предпочитают, чтобы их размещали в мужском отделении, в то время как другие чувствуют себя в большей безопасности в женском. Учитывая широту спектра гендерных идентичностей и экспрессий среди гендерно отличных людей, а также тот факт, что люди могут находиться на различных этапах трансгендерного перехода, для обеспечения их безопасности необходим гибкий подход к принятию решений [Yona & Katri, 2020]. Одним из распространённых опасений среди пожилых ЛГБТ-людей является страх подвергнуться грубому обращению со стороны соседей по комнате [Jablonski et al., 2013]. Таким образом, при размещении людей в домах престарелых и аналогичных учреждениях следует учитывать гендерную идентичность человека, без учёта пола, приписанного человеку при рождении или выполнения хирургических вмешательств, при этом решение должно приниматься совместно с ТГО-пациентом.

Одиночное заключение, иногда называемое административной сегрегацией в тюремных учреждениях, представляет собой практику физической изоляции заключённых, в ходе которой они не покидают свою камеру на протяжении приблизительно 23 часов в сутки. В некоторых тюрьмах подобная практика используется в качестве дисциплинарной меры и/или для защиты заключённых, представляющих опасность для себя или окружающих, а также тех, у кого имеется высокий риск подвергнуться сексуальному насилию со стороны других заключённых. Однако изоляция заключённых, продиктованная соображениями безопасности, должна быть краткой,

поскольку она может наносить серьёзный вред психике человека и приводить к тяжёлым нарушениям его функционирования [Ahalt et al., 2017; Scharff Smith, 2006]. Согласно организациям национальной стандартизации тюрем, а также по мнению ООН, изоляция, длящаяся дольше 15 дней, считается пыткой [NCCHC, 2016; United Nations, 2015].

**Рекомендация 11.9.** Мы рекомендуем сотрудникам учреждений предоставлять ТГО-людям возможность использовать душ и туалет в индивидуальном порядке по их просьбе.

Потребность в уединении и важность такой возможности является общей для всех людей, вне зависимости от гендерной идентичности. Известно, что ТГО-люди избегают использования общественных туалетов и ограничивают потребление еды и жидкости, чтобы избежать необходимости использовать общественный туалет, что нередко приводит к развитию инфекций мочеполового тракта и проблем с почками [James et al., 2016]. У ТГО-людей, проживающих в учреждениях, нередко отсутствует возможность уединиться при посещении туалета и душа, что может приводить к нанесению психологического вреда и/или физическому и сексуальному насилию [Bartels and Lynch, 2017; Brown, 2014; Cook-Daniels, 2016; Mann, 2006]. Аналогичным образом в тюремных условиях личный досмотр, досмотр с раздеванием и обыск полостей тела должны проводиться сотрудниками одного гендера с заключённым, за исключением экстренных ситуаций, в которых это не представляется возможным. Случайного присутствия других сотрудников при подобных процедурах следует избегать [Bureau of Justice Assistance, 2017]. Возможность пользования туалетами и душевыми кабинами в индивидуальном порядке для трансгендерных заключённых также является требованием с точки зрения некоторых законов, включая федеральный Акт об искоренении сексуального насилия в тюрьмах США.

Число ТГО-людей пожилого возраста, нуждающихся в помощи учреждений, растёт [Carroll, 2017; Witten & Eyler, 2016]. Многочисленным учреждениям, предоставляющим долговременный уход и иные услуги пожилому населению, следует учитывать потребности своих нецисгендерных клиентов [Ettner, 2016; Ettner & Wiley, 2016]. Опросы МС, работающих с пожилыми людьми в хосписах, домах престарелых и аналогичных учреждениях, свидетельствуют о том, что

базовые потребности ТГО-людей часто не удовлетворяются, они сталкиваются с дискриминацией при получении доступа к медицинской помощи, а также с физическим и эмоциональным насилием [Stein et al., 2020]. Опрос сотрудников домов престарелых в Австралии показал недостаток опыта и понимания сложностей, с которыми сталкивается эта группа пациентов. Многие ТГО-люди пожилого возраста предпочитают скрывать свою гендерную идентичность из опасений столкнуться с грубым обращением или открытой дискриминацией [Cartwright et al., 2012; Cook-Daniels, 2016; Grant et al., 2012; Horner et al., 2012; Orel & Fruhauf, 2015].

## ГЛАВА 12. ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Трансгендерным и гендерно отличным людям может потребоваться медицински необходимая гендерно-аффирмативная гормональная терапия (ГАГТ) для достижения результатов, которые будут соответствовать их потребностям в отношении телесности и/или гендерной идентичности (см. рекомендацию 2.1 о медицинской необходимости в главе 2 «Глобальная применимость»). В этой главе излагаются рекомендации касательно гормональной терапии у взрослых и подростков. Касательно обследования и критериев назначения гормональной терапии взрослым и подросткам см. главу 5 «Обследование взрослых» и главу 6 «Подростки». Сводку рекомендаций и критериев назначения см. в приложении Г.

Начиная со времени публикации 1-й версии «Стандартов помощи Всемирной профессиональной ассоциации по здоровью трансгендерных людей» (WPATH) в 1979 году, а также во всех последующих версиях, включая 7-ю версию, ГАГТ признавалась медицински необходимой [Coleman et al., 2012]. WPATH поддержала рекомендации Эндокринологического общества для ТГО-людей, вышедшие в 2009 и 2017 годах [Nembree et al., 2009; Nembree et al., 2017]. Европейское общество сексуальной медицины также опубликовало программное заявление о гормональной терапии ТГО-подростков и взрослых [T'Sjoen et al., 2020]. При проведении под медицинским наблюдением ГАГТ у взрослых является безопасной [Tangpricha & den Heijer, 2017; Safer & Tangpricha, 2019]. Однако в долгосрочной перспективе имеются некоторые потенциальные побочные эффекты, поэтому необходимо тщательное наблюдение и регулярные обследования для избежания отсроченных рисков [Nembree et al., 2017; Rosenthal, 2021].

Целью терапии является достижение и поддержание уровня половых гормонов в сыворотке крови на уровне, соответствующем гендерной идентичности пациента, хотя оптимальные цифры не установлены [Nembree et al., 2017]. Уровень тестостерона и/или эстрогенов в сыворотке крови может использоваться в качестве ориентира при наблюдении пациентов, проходящих гормональную терапию. Однако при использовании конъюгированных или синтетических эстрогенов их уровень не поддаётся отслеживанию. Предположение о необходимости отслеживать соотношение эстрогена и эстрадиола не подтвердилось в ходе недавнего когортного исследования, поскольку

взаимосвязь между концентрацией эстрогена, с одной стороны, и изменениями в распределении жировой ткани и развитием молочных желёз — с другой, не была обнаружена в когорте из 212 взрослых трансгендерных женщин из Европы на протяжении 1 года прохождения гормональной терапии [Tebbens et al., 2021]. Исследование продемонстрировало, что более высокий уровень эстрогена, как и более высокое соотношение эстрогена по отношению к эстрадиолу не оказывает негативного влияния на процесс феминизации (процент жировой ткани и развитие молочных желёз) [Tebbens et al., 2021]. Таким образом, имеющиеся на сегодня публикации не подтверждают необходимость отслеживания соотношения эстрогена и эстрадиола. От использования ранее применявшихся конъюгированных эстрогенов медицинское сообщество отказалось в пользу биоидентичных эстрогенов. Несмотря на данные нескольких исследований, свидетельствующие о повышенном риске тромбоземболии и осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы при применении оральных конъюгированных эстрогенов по сравнению с оральным эстрадиолом у женщин в постменопаузальном возрасте, рандомизированных контролируемых исследований не проводилось как с участием женщин в постменопаузальном возрасте, так и с участием трансгендерных людей, проходящих терапию препаратами эстрогенов [Smith et al., 2014].

Подходы к проведению ГАГТ могут различаться в зависимости от этапа развития человека на момент начала терапии, а также его целей. Не рекомендуется назначать гормональную терапию детям до начала естественного полового созревания. У подростков, удовлетворяющих необходимым критериям (см. главу 6 «Подростки»), на раннем этапе полового созревания, как правило, основное внимание уделяется отсрочке дальнейшего полового развития при помощи агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона (аГнРГ) до достижения возраста, в котором приемлемо назначение ГАГТ. В этих случаях подавление полового созревания считается медицински необходимым. У взрослых гормональная терапия может назначаться в случаях, когда они удовлетворяют критериям, изложенным в главе 5 «Обследование взрослых». Кроме этого, специалистам следует перед назначением ГАГТ обсуждать с пациентами вопросы фертильности и сохранения репродуктивного потенциала (см. главу 16 «Репродуктивное здоровье»).

Для ГАГТ у людей, стремящихся к телесной феминности, как правило, используются препараты эстрогенов в сочетании с препаратами, подавляющими выработку андрогенов [Hembree et al., 2017]. Несмотря на то что описаны случаи применения прогестерона для оптимизации развития молочных желёз и регуляции настроения, в настоящее время доказательств того, что преимущества использования прогестерона перевешивают потенциальные риски, недостаточно [Iwamoto, T'Sjoen et al., 2019]. Для маскулинизирующей ГАГТ, как правило, применяются препараты тестостерона. Как WPATH, так и Эндокринологическое общество рекомендуют отслеживать уровень половых гормонов. Притом, что ГАГТ может адаптироваться к индивидуальным потребностям ТГО-пациентов, как правило, концентрацию гормонов следует поддерживать на уровне, достаточном для обеспечения здоровья костной ткани, а также не превышающем физиологическую норму [Hembree et al., 2017; Rosen et al., 2019].

В большинстве случаев ГАГТ продолжается на протяжении всей жизни. Неизвестно, следует ли снижать дозировку гормональных препаратов у ТГО-пациентов в пожилом возрасте. Прекращение гормональной терапии может приводить к снижению плотности костной ткани у ТГО-людей, и это неизбежно наступит в случаях, когда гонады были удалены [Wierjes et al., 2020]. Также необходимы регулярные медицинские осмотры (см. главу 15 «Первичная медико-санитарная помощь»). По данным эпидемиологических исследований, у ТГО-людей, принимающих препараты эстрогенов, чаще встречается венозная тромбоэмболия (ВТЭ) и заболевания сердечно-сосудистой системы, особенно это касается пожилых людей, а также зависит от типа принимаемых препаратов [Irwig, 2018; Maraka et al., 2017]. У ТГО-людей, принимающих препараты тестостерона, также могут быть повышены риск и частота развития сердечно-сосудистых нарушений, таких как инфаркт миокарда, повышенное артериальное давление, снижение уровня ЛПВП и повышенная масса тела [Alzahrani et al., 2019; Irwig, 2018; Kyinn et al., 2021]. Следует обсуждать вопросы образа жизни и фармакологических мер с пациентами, у которых имеется наиболее высокий риск развития сердечно-сосудистой патологии (см. главу 15 «Первичная медико-санитарная помощь»). Полицитемия представляет собой ещё один вид патологии, встречающийся у ТГО-людей, принимающих тестостерон [Antun et al., 2020]. Таким образом, важно непрерывное наблюдение для отслеживания

развития заболеваний, течение которых может ухудшиться на фоне ГАГТ на протяжении жизни [Nembree et al., 2017].

Все рекомендации, вошедшие в эту главу, были сформулированы после подробного анализа доказательной базы, оценки преимуществ и вреда, ценностей и предпочтений специалистов и пациентов, а также использования ресурсов и реализуемости. В некоторых случаях мы были вынуждены признать недостаточность доказательной базы и/или факт недоступности некоторых услуг или их нежелательности.

### ***Гендерно-аффирмативная гормональная терапия в подростковом возрасте***

В последующих разделах обсуждается гормональная терапия ТГО-подростков. В зависимости от стадии подросткового развития гормональная терапия состоит из двух этапов, а именно подавления полового созревания и следующего за ним назначения ГАГТ. На первом этапе половое созревание приостанавливается, что позволяет подростку исследовать свою гендерную идентичность и потребности в отношении своего тела. Это служит подготовкой к последующему этапу, на котором может быть назначена ГАГТ. В этом разделе обсуждаются рекомендации касательно использования агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона (аГнРГ), а также альтернативные методы подавления полового созревания, далее следуют рекомендации касательно ГАГТ. Разделы, применимые к подросткам и взрослым, следуют далее.

## ***Рекомендации***

**12.1. Мы рекомендуем медицинским специалистам назначать препараты, подавляющие половое созревание, трансгендерным и гендерно отличным подросткам, удовлетворяющим критериям<sup>23</sup>, после появления у них признаков полового созревания (2-я стадия по Таннеру).**

<sup>23</sup> См. критерии для подростков и взрослых в главах 5 «Обследование взрослых» и 6 «Подростки», а также в приложении Г. — *Прим. авт.*

12.2. Мы рекомендуем медицинским специалистам использовать агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона (аГнРГ) для подавления выработки эндогенных половых гормонов у трансгендерных и гендерно отличных подростков, удовлетворяющих критериям, которым показано назначение препаратов, подавляющих половое созревание.

12.3. Мы предлагаем медицинским специалистам назначать прогестагены (оральные или инъекционные) для отсрочки наступления полового созревания у трансгендерных и гендерно отличных подростков, удовлетворяющих критериям, в случаях, когда агонисты ГнРГ недоступны, в том числе финансово.

12.4. Мы предлагаем медицинским специалистам назначать агонисты ГнРГ для подавления выработки половых гормонов без сопутствующего замещения половых гормонов у трансгендерных и гендерно отличных подростков, удовлетворяющих критериям, изъявляющих такое желание, у которых половое созревание продолжается или уже завершено (4–5-я стадия по Таннеру), но которые не уверены в своём желании начать гормональную терапию или не имеют такого желания.

12.5. Мы рекомендуем медицинским специалистам назначать схему гормональной терапии в рамках оказания гендерно-аффирмативной медицинской помощи трансгендерным и гендерно отличным подросткам, удовлетворяющим критериям и достигшим 2-й стадии полового созревания по Таннеру, при участии родителей/опекунов, кроме случаев, когда их вовлечение признано несущим вред подростку или не является необходимым.

12.6. Мы рекомендуем медицинским специалистам отслеживать уровни половых гормонов на протяжении гендерно-аффирмативной терапии для того, чтобы удостовериться, что уровни эндогенных половых гормонов снижены, в то время как концентрация экзогенных гормонов находится на уровне, соответствующем целям пациента, в зависимости от стадии полового созревания по Таннеру.

12.7. Мы рекомендуем медицинским специалистам назначать прогестагены или агонисты ГнРГ трансгендерным и гендерно отличным подросткам, имеющим матку,

удовлетворяющим критериям, для снижения дисфории в связи с менструальным циклом в случаях, когда гендерно-аффирмативная терапия препаратами тестостерона ещё не показана.

12.8. Мы рекомендуем медицинским специалистам привлекать специалистов из различных дисциплин, являющихся экспертами в вопросах охраны здоровья трансгендерных людей, включая работу с трансгендерными и гендерно отличными подростками.

12.9. Мы рекомендуем медицинским специалистам проводить регулярные клинические осмотры для отслеживания физических изменений и потенциальных негативных побочных реакций на терапию половыми гормонами, включая лабораторные анализы, проводимые каждые три месяца на протяжении первого года гормональной терапии или же при изменении дозировки до достижения стабильной взрослой дозировки, после которого клинический осмотр и лабораторный анализ должны проводиться один или два раза в год.

12.10. Мы рекомендуем медицинским специалистам информировать и консультировать всех пациентов, обращающихся за гендерно-аффирмативной медицинской помощью, по вопросам сохранения фертильности до назначения препаратов, подавляющих половое созревание, или гормональной терапии.

12.11. Мы рекомендуем медицинским специалистам проводить обследование и принимать меры в отношении заболеваний, течение которых может усугубиться на фоне снижения уровня эндогенных половых гормонов и приёма экзогенных половых гормонов, до назначения гормональной терапии трансгендерным и гендерно отличным людям.

12.12. Мы рекомендуем медицинским специалистам информировать трансгендерных и гендерно отличных людей, получающих гендерно-аффирмативную медицинскую помощь, о сроках появления и развития физических изменений, вызываемых гормональной терапией половыми гормонами.

12.13. Мы рекомендуем медицинским специалистам не назначать препараты этинил-эстрадиола трансгендерным

и гендерно отличным людям в рамках гендерно-аффирмативной гормональной терапии.

12.14. Мы предлагаем медицинским специалистам назначать трансдермальные препараты эстрогенов трансгендерным и гендерно отличным людям с высоким риском развития венозной тромбоэмболии, при возрасте пациента старше 45 лет или наличии венозной тромбоэмболии в анамнезе, в случаях, когда есть показания для назначения гендерно-аффирмативной терапии препаратами эстрогенов.

12.15. Мы предлагаем медицинским специалистам не назначать конъюгированные эстрогены трансгендерным и гендерно отличным людям в случаях, когда имеется доступ к препаратам эстрадиола, в качестве компонента гендерно-аффирмативной гормональной терапии.

12.16. Мы рекомендуем медицинским специалистам назначать препараты, подавляющие выработку тестостерона (ципротерона ацетат, спиронолактон или агонист ГнРГ), трансгендерным и гендерно отличным людям, удовлетворяющим критериям, имеющим тестикулы и принимающим препараты эстрогенов в качестве компонента гормональной терапии в случаях, когда у пациентов есть цель достичь концентрации половых гормонов, приближающейся к норме для цисгендерных женщин.

12.17. Мы рекомендуем медицинским специалистам отслеживать показатель гематокрита (или гемоглобина) у трансгендерных и гендерно отличных людей, принимающих препараты тестостерона.

12.18. Мы предлагаем медицинским специалистам сотрудничать с хирургами по вопросам применения гормональных препаратов до и после выполнения гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств.

12.19. Мы предлагаем медицинским специалистам консультировать трансгендерных и гендерно отличных пациентов по поводу доступных альтернатив касательно гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств, кроме случаев, когда в таковых нет потребности или же к ним имеются медицинские противопоказания.

12.20. Мы рекомендуем медицинским специалистам назначать гендерно-аффирмативную гормональную терапию трансгендерным и гендерно отличным пациентам, удовлетворяющим критериям, и продолжать вести её у пациентов, которым эта терапия требуется в связи с подтверждённым улучшением психосоциального функционирования и качества жизни.

12.21. Мы рекомендуем медицинским специалистам продолжать вести гормональную терапию в случаях, когда психическое состояние трансгендерных и гендерно отличных пациентов ухудшается, и проводить обследование для выяснения причин ухудшения, за исключением случаев, когда подобный подход противопоказан.

**Рекомендация 12.1.** Мы рекомендуем медицинским специалистам назначать препараты, подавляющие половое созревание, трансгендерным и гендерно отличным подросткам, удовлетворяющим критериям, после появления у них признаков полового созревания (2-я стадия по Таннеру).

Цель назначения агонистов ГнРГ ТГО-подросткам состоит в том, чтобы предотвратить дальнейшее развитие вторичных половых признаков под влиянием эндогенных половых гормонов в соответствии с полом, приписанным при рождении. Поскольку подобная терапия полностью обратима, она рассматривается как способ дать подростку больше времени на исследование собственной гендерной идентичности путём совершения раннего социального трансгендерного перехода [Ashley, 2019e]. Преимущество терапии агонистами ГнРГ также зачастую состоит в значительном снижении уровня дистресса, связанного с физическими изменениями, вызванными действием эндогенных половых гормонов [Rosenthal, 2014; Turban, King et al., 2020].

У ТГО-детей препубертатного возраста, чья гендерная идентичность отличалась устойчивостью, любое проявление необратимых вторичных половых признаков может вызывать сильный дистресс. Несмотря на то что назначение агонистов ГнРГ для предотвращения начала полового созревания у подобных детей, находящихся на 1-й стадии по Таннеру, может представляться уместным, такой подход тем не менее не рекомендуется [Nembree et al., 2017]. При дости-

жении ребёнком возраста, когда следует ожидать начала полового созревания (как правило, от 7–8 до 13 лет для детей с яичниками и от 9 до 14 лет для детей с тестикулами), уместно проводить более частые осмотры, с интервалом приблизительно в 4 месяца, на предмет признаков начала полового созревания (набухания молочных желёз или объёма тестикул, превышающего 4 мл). Учитывая типичную скорость полового созревания (3,5–4 года до полного завершения), маловероятно, что перманентные изменения успеют развиться за время менее 4 месяцев. Таким образом, учащение регулярных осмотров позволит своевременно обнаружить начало полового созревания до того, как успеют развиться необратимые физические изменения, и начатая в это время терапия агонистами ГнРГ будет крайне эффективной. Следует отметить, что после назначения агонистов ГнРГ, как правило, происходит обратное развитие на одну стадию по Таннеру назад. Таким образом, если наблюдается развитие молочных желёз, соответствующее 2-й стадии по Таннеру, как правило, происходит их обратное развитие до 1-й стадии (препубертат); аналогичным образом происходит с развитием тестикул до 2-й стадии по Таннеру (как правило, оно неопределимо для самого пациента и не связано с появлением вторичных половых признаков).

Учитывая, что действие агонистов ГнРГ основано на снижении чувствительности рецепторов к ГнРГ, при отсутствии всплеска эндогенной стимуляции гипофиза ГнРГ (первого биохимического признака наступления полового созревания) нет необходимости в снижении чувствительности этих рецепторов. Кроме этого, учитывая широкую вариабельность сроков наступления полового созревания (как было отмечено выше), назначение агонистов ГнРГ вряд ли может быть оправдано, учитывая возможные ещё неизвестные риски их применения при отсутствии физиологической пользы от их применения, до наступления пубертата. Применение агониста ГнРГ у ребёнка, находящегося на 1-й стадии по Таннеру, будет показано только в случаях конституционной задержки роста и полового развития, вероятнее всего, с сопутствующим назначением ГАГТ.

Однако использование агониста ГнРГ может быть допустимо у ребёнка, который в связи с задержкой роста и полового развития начинает получать ГАГТ, всё ещё находясь на 1-й стадии по Таннеру. Применение ГАГТ в подобных случаях может активировать гипоталамо-гипофизарно-гонадную ось в самом начале терапии, но может

также замаскировать физические проявления её активации. Для избежания развития телесных изменений, способных усугубить гендерное несоответствие, которое испытывает ребёнок, терапия агонистом ГнРГ может быть начата в качестве вспомогательной меры параллельно с ГАГТ вскоре после её начала, чтобы обеспечить телесное развитие в соответствии с желаемым фенотипом.

Кроме этого, подавление развития вторичных половых признаков наиболее эффективно в случаях, когда терапия половыми гормонами начинается на ранних или средних этапах полового созревания, по сравнению со случаями, когда она начинается после завершения пубертата [Bangalore-Krishna et al., 2019]. Таким образом, у подростков, желающих начать ГАГТ, у которых эндогенное половое созревание уже завершилось, агонисты ГнРГ могут применяться для подавления физиологических функций, таких как менструальный цикл или эрекции, и могут играть промежуточную роль до тех пор, пока сам подросток, его родители/опекуны (в случаях, когда подросток не способен дать согласие самостоятельно) и команда работающих с ним специалистов не придут к этому решению [Bangalore-Krishna et al., 2019; Rosenthal, 2021].

Начало полового созревания происходит путём реактивации гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси. Клиническая оценка этапа полового созревания основывается на физических признаках, свидетельствующих о том, что реактивация произошла. У людей с функционирующими яичниками 2-я стадия по Таннеру характеризуется набуханием молочных желёз. Развитие молочных желёз происходит благодаря действию эстрогенов, вырабатываемых яичниками. У людей с функционирующими тестикулами 2-я стадия по Таннеру характеризуется увеличением объёма тестикул (как правило, он превышает 4 мл). Развитие тестикул происходит благодаря действию гонадотропинов — лютеинизирующего гормона (ЛГ) и фолликулостимулирующего гормона (ФСГ). На более поздних стадиях тестостерон, вырабатываемый тестикулами, приводит к маскулинизации всего тела.

**Рекомендация 12.2.** Мы рекомендуем медицинским специалистам использовать агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона (аГнРГ) для подавления выработки эндогенных половых гормонов у трансгендерных и гендерно отличных подростков,

удовлетворяющих критериям, которым показано назначение препаратов, подавляющих половое созревание.

Сопроводительный текст — см. рекомендацию 12.4.

**Рекомендация 12.3.** Мы предлагаем медицинским специалистам назначать прогестагены (оральные или инъекционные) для отсрочки наступления полового созревания у трансгендерных и гендерно отличных подростков, удовлетворяющих критериям, в случаях, когда агонисты ГнРГ недоступны, в том числе финансово.

Сопроводительный текст — см. рекомендацию 12.4.

**Рекомендация 12.4.** Мы предлагаем медицинским специалистам назначать агонисты ГнРГ для подавления выработки половых гормонов без сопутствующего замещения половых гормонов у трансгендерных и гендерно отличных подростков, удовлетворяющих критериям, изъявляющих такое желание, у которых половое созревание продолжается или уже завершено (4–5-я стадия по Таннеру), но которые не уверены в своём желании начать гормональную терапию или не имеют такого желания.

Агонисты ГнРГ снижают уровни гонадотропинов и половых гормонов у ТГО-подростков и, таким образом, приостанавливают развитие вторичных половых признаков [Schagen et al., 2016]. В целом их применение безопасно, при этом в литературе описан один случай развития краткосрочного побочного эффекта в виде повышения артериального давления [Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006; Klink, Vokenkamp et al., 2015]. Агонисты ГнРГ препятствуют выработке ЛГ и ФСГ гипофизом [Gava et al., 2020]. При снижении уровня гонадотропинов гонады более не получают достаточной стимуляции для выработки половых гормонов (эстрогенов или андрогенов), и концентрация последних в крови снижается до препубертатного уровня. Терапия агонистами ГнРГ приводит к частичному обратному развитию уже начавших развиваться вторичных половых признаков [Bangalore et al., 2019]. У ТГО-подростков с функционирующими яичниками будет наблюдаться остановка развития молочных желёз, и в случаях, когда терапия была начата на 2-й стадии по Таннеру, уже развившаяся ткань молочных желёз может регрессировать полностью [Shumer et al., 2016]. При назначении агонистов ГнРГ

подросткам, имеющим матку, может быть предотвращено или остановлено наступление менструаций. У ТГО-подростков с функционирующими тестикулами может уменьшиться объём тестикул.

В случаях, когда терапия агонистами ГнРГ начинается у подростков, находящихся на более поздних стадиях полового созревания, некоторые его физические признаки, такие как развитие молочных желёз у ТГО-подростков с функционирующими яичниками или понижение голоса и появление волос на лице у подростков с функционирующими тестикулами, не подвергнутся полному обратному развитию, хотя их дальнейшее развитие приостановится [Delemarrevan de Waal & Cohen-Kettenis, 2006]. Агонисты ГнРГ применяются с 1981 года для терапии преждевременного полового созревания [Comite et al., 1981; Laron et al., 1981], и преимущества подобной терапии достоверно установлены (также см. рекомендации в гл. 6 «Подростки»). Применение агонистов ГнРГ у людей с преждевременным половым созреванием считается безопасным и эффективным, при этом негативных побочных эффектов в долгосрочной перспективе не описано [Carel et al., 2009]. Однако использование агонистов ГнРГ у ТГО-подростков считается применением этих препаратов не по назначению, поскольку они не были разработаны для этой цели. Тем не менее данные о подростках, которым назначались агонисты ГнРГ в аналогичных дозировках и по аналогичным схемам, демонстрируют эффективность этих препаратов в отношении отсрочки наступления полового созревания, хотя долгосрочные последствия для плотности костной ткани не установлены [Klink, Caris et al., 2015]. Несмотря на то что имеющихся данных о долгосрочных последствиях у ТГО-подростков меньше, чем данных о подростках с преждевременным половым созреванием, сбор данных по этой конкретной группе продолжается [Klaver et al., 2020; Lee, Finlayson et al., 2020; Millington et al., 2020; Olson-Kennedy, Garofalo et al., 2019].

Мы признаём, что, несмотря на медицинскую необходимость терапии агонистами ГнРГ, подростки, удовлетворяющие критериям для их назначения, могут не иметь доступа к этим препаратам, поскольку их стоимость может не покрываться медицинской страховкой в некоторых странах и может быть слишком высокой для пациентов. В подобных случаях следует рассматривать альтернативы, такие как прогестагены в оральной или инъекционной форме. Кроме этого, на данный момент нет данных, на которые можно было

бы ориентироваться при назначении агонистов ГнРГ подросткам старше 14 лет в качестве монотерапии (а также на какой срок) таким образом, чтобы здоровье костной ткани пациентов не подвергалось значительному риску. Проблема состоит в том, что в подобных случаях костная ткань не подвергнется влиянию половых гормонов в достаточной концентрации [Rosenthal, 2021].

Состояние продолжительного гипогонадизма в подростковом возрасте, вне зависимости от того, было ли оно вызвано заболеванием, таким как первичный гипогонадизм, ятрогенными факторами, такими как монотерапия агонистами ГнРГ, или физиологическими особенностями, такими как задержка роста и развития, часто ассоциируется с повышенным риском плохого состояния костной ткани в дальнейшем [Bertelloni et al., 1998; Finkelstein et al., 1996]. Однако прирост костной массы представляет собой сложный многофакторный процесс, в котором задействованы эндокринологические и генетические факторы, а также факторы, связанные с образом жизни [Anai et al., 2001]. При принятии решения о продолжительности монотерапии агонистами ГнРГ следует рассматривать все факторы, в том числе массу костной ткани до начала терапии, костный возраст, стадию полового созревания с эндокринологической стороны, увеличение роста, а также психосоциальные факторы, такие как психическая зрелость и уровень развития пациента в соотношении с его возрастной группой, и его индивидуальные цели [Rosenthal, 2021]. По этим причинам при назначении терапии агонистами ГнРГ с пациентом должна работать междисциплинарная команда специалистов, также необходимо поддерживать непрерывное клиническое взаимодействие с подростком и его семьёй (см. рекомендации 6.8, 6.9 и 6.12 в главе 6 «Подростки»). Клинический ход терапии, к примеру развитие костной ткани на протяжении терапии агонистами ГнРГ, а также реакция пациента на терапию могут служить ориентирами для определения длительности монотерапии агонистами ГнРГ.

**Рекомендация 12.5.** Мы рекомендуем медицинским специалистам назначать схему гормональной терапии в рамках оказания гендерно-аффирмативной медицинской помощи трансгендерным и гендерно отличным подросткам, удовлетворяющим критериям и достигшим 2-й стадии полового созревания по Таннеру, при участии родителей/опекунов, кроме случаев, когда их

вовлечение признано несущим вред подростку или не является необходимым.

Сопроводительный текст — см. рекомендацию 12.6.

**Рекомендация 12.6.** Мы рекомендуем медицинским специалистам отслеживать уровни половых гормонов на протяжении гендерно-аффирмативной терапии для того, чтобы удостовериться, что уровни эндогенных половых гормонов снижены, в то время как концентрация экзогенных гормонов находится на уровне, соответствующем целям пациента, в зависимости от стадии полового созревания по Таннеру.

Как правило, гормональная терапия половыми гормонами включает в себя две схемы в зависимости от срока начала терапии агонистами ГнРГ. В случаях, когда терапия агонистами ГнРГ начинается на ранних стадиях эндогенного полового созревания, половое созревание в соответствии с гендерной идентичностью или потребностями пациента в отношении своего тела индуцируется половыми гормонами, вводимыми в дозировках, аналогичных применяемым у подростков с гипогонадизмом. В этом контексте взрослые дозировки гормональных препаратов достигаются приблизительно за два года прохождения терапии [Chantrapanichkul et al., 2021]. В случаях, когда терапия агонистами ГнРГ у трансгендерных подростков начинается на более поздней стадии полового созревания или после его завершения, половые гормоны могут назначаться в более высоких дозировках, которые могут повышаться быстрее до достижения взрослой поддерживающей дозировки, по схеме, схожей со схемой гормональной терапии, применяемой у взрослых трансгендерных людей [Hembree et al., 2017]. Дополнительным преимуществом терапии агонистами ГнРГ является тот факт, что половые гормоны не требуется назначать в супрафизиологических дозировках, что было бы необходимо в противном случае для подавления выработки эндогенных половых гормонов [Safer & Tangpricha, 2019]. У ТГО-подростков с функционирующими тестикулами терапия агонистами ГнРГ (или иными препаратами, подавляющими выработку тестостерона) должна продолжаться до тех пор, пока ТГО-пациент не примет решение о выполнении гонадэктомии, в случае, когда это вмешательство входит в его планы. При достижении взрослого уровня тестостерона у ТГО-подростков с функционирующими яичниками, активность

которых была подавлена при помощи терапии агонистами ГнРГ, терапии тестостероном в физиологической дозировке, как правило, достаточно для снижения выработки эстрогенов яичниками, и терапия агонистами ГнРГ может быть прекращена, что будет обсуждено ниже [Hembree et al., 2017]. У ТГО-подростков с функционирующими яичниками, впервые обращающихся за помощью, ГАГТ может проводиться физиологическими дозировками тестостерона без дополнительного назначения агонистов ГнРГ [Hembree et al., 2017].

Гендерно-аффирмативная гормональная терапия вызывает развитие вторичных половых признаков в соответствии с гендерной идентичностью пациента. Скорость минерализации костной ткани, снижающаяся под влиянием терапии агонистами ГнРГ, быстро восстанавливается [Klink, Caris et al., 2015]. При проведении терапии агонистами ГнРГ у ТГО-подростков на ранней стадии полового созревания эпифизарные пластинки костей ещё не замещены костной тканью [Kvist et al., 2020; Schagen et al., 2020]. При начале терапии половыми гормонами может произойти скачок роста, при этом созревание костной ткани будет продолжаться [Vlot et al., 2017]. У ТГО-подростков с уже завершившимся половым созреванием начало терапии половыми гормонами не повлияет на рост, поскольку эпифизарные зоны роста закрыты и созревание костной ткани завершилось [Vlot et al., 2017].

У ТГО-подростков с функционирующими тестикулами применение  $17\beta$ -эстрадиола для индуцирования полового созревания является предпочтительным по сравнению с синтетическими эстрогенами, такими как более тромбогенный этинил-эстрадиол (см. приложение Г) [Asscheman et al., 2015]. При этом подавление выработки эндогенного тестостерона при помощи терапии агонистами ГнРГ или перехода на другой препарат, способный подавлять выработку тестостерона, остаётся необходимым [Rosenthal et al., 2016]. Среди физических изменений, происходящих на фоне терапии эстрогенами, можно назвать развитие молочных желёз и распределение жировой ткани по женскому типу. См. таблицу 1 в приложении В.

У ТГО-подростков, желающих маскулинизации, андрогены могут применяться в инъекционной и трансдермальной форме, а также в виде капсул, вводимых подкожно. Для индуцирования полового созревания, как правило, рекомендуется применять эфиры тестостерона в инъекционной форме по причине их стоимости,

доступности и изученности [Shumer et al., 2016]. Рекомендуется продолжать терапию агонистами ГнРГ как минимум до тех пор, пока не будет достигнут целевой уровень тестостерона. Под воздействием терапии андрогенами происходит маскулинизация тела, включая понижение голоса, усиленное развитие мышечной массы, особенно в верхней части тела, рост волос на теле и лице, а также увеличение клитора [Rosenthal et al., 2016]. См. таблицу 1 в приложении В.

Практически во всех случаях требуется получение согласия родителей/опекунов. Исключения из этого правила, в особенности случаи, когда потенциальное вовлечение родителей или опекунов может нанести подростку вред, более подробно описываются в главе 6 «Подростки» (см. рекомендацию 6.11), где также обсуждаются соображения целесообразности вовлечения родителей/опекунов в процесс предоставления согласия.

**Рекомендация 12.7.** Мы рекомендуем медицинским специалистам назначать прогестагены или агонисты ГнРГ трансгендерным и гендерно отличным подросткам, имеющим матку, удовлетворяющим критериям, для снижения дисфории в связи с менструальным циклом в случаях, когда гендерно-аффирмативная терапия препаратами тестостерона ещё не показана.

Подавление менструального цикла является одним из часто востребованных ТГО-подростками аспектов медицинской помощи в случаях, когда подросток испытывает дистресс в связи с менструациями или ожиданием их наступления. Более подробно этот вопрос обсуждается в рекомендации 6.7 в главе 6 «Подростки». Для достижения аменореи подавление менструального цикла может осуществляться отдельно, до начала терапии тестостероном, или же параллельно с ней [Carswell & Roberts, 2017]. Некоторым подросткам, не готовым начать терапию препаратами тестостерона или же ещё не достигшим необходимого этапа развития / стадии полового созревания для начала этой терапии, достижение аменореи может принести пользу [Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2018]. Подростки, чья гендерная дисфория ухудшается в связи с началом полового созревания, могут сделать выбор в пользу терапии агонистами ГнРГ для подавления полового созревания (см. также главу 6 «Подростки»).

Терапия прогестагенами может быть эффективной у подростков, чьей целью является исключительно подавление менструального

цикла. Непрерывный приём препаратов, содержащих прогестагены (включая препараты, предназначенные для контрацепции, а также прочие), инъекции медроксипрогестерона или же внутриматочная спираль, содержащая левоноргестрел, могут быть использованы для достижения аменореи [Pradhan & Gomez-Lobo, 2019]. При начале терапии тестостероном у ТГО-подростков с функционирующими яичниками до наступления аменореи может проходить 1–5 циклов [Taub et al., 2020]. После достижения аменореи некоторые ТГО-подростки с функционирующими яичниками могут продолжать приём прогестагенов с контрацептивной целью в случаях, когда это необходимо, с учётом предпочитаемых ими сексуальных практик. ТГО-подростков с функционирующими яичниками и маткой следует информировать о возможности возникновения прорывных менструальных кровотечений в первые месяцы после начала терапии по подавлению менструального цикла. При проведении терапии агонистами ГнРГ прорывные кровотечения могут происходить на сроке 2–3 недели после начала терапии. Для людей с потребностью в контрацепции или тех, у кого терапия только прогестагенами не приводит к прекращению менструальных кровотечений, существует возможность применения для поддержания аменореи сочетания эстрогенов и прогестагенов, однако этих пациентов необходимо информировать о возможном побочном действии этих препаратов в виде развития молочных желёз [Schwartz et al., 2019].

**Рекомендация 12.8.** Мы рекомендуем медицинским специалистам привлекать специалистов из различных дисциплин, являющихся экспертами в вопросах охраны здоровья трансгендерных людей, включая работу с трансгендерными и гендерно отличными подростками.

Желательно, чтобы оказанием медицинской помощи подросткам занималась междисциплинарная команда, в которую входят медицинские специалисты и специалисты в области психического здоровья (СПЗ). Мы рекомендуем, чтобы у подростков, обращающихся за ГАГТ (учитывая частичную необратимость этого вида терапии), терапия начиналась по схеме, предполагающей постепенное повышение дозировки, после того как команда медицинских специалистов и СПЗ подтвердит устойчивость гендерной дисфории/несоответствия у подростка, а также его способность предоставить информированное

согласие [Nembree et al., 2017]. Специфические аспекты обследования подростков и вовлечение в процесс родителей/опекунов, а также междисциплинарной команды более подробно описывается в главе 6 «Подростки».

При возможности ТГО-подростками должны заниматься специалисты из разных дисциплин, в том числе врачи общего профиля, эндокринологи, репродуктологи, специалисты в области психического здоровья, специалисты по работе с голосом, социальные работники, духовные наставники и хирурги, имеющие квалификацию в области работы с трансгендерными детьми и подростками [Chen, Hidalgo et al., 2016; Eisenberg et al., 2020; Keo-Meier & Ehrensaft, 2018]. Желательно, чтобы специалисты из разных дисциплин были готовы сотрудничать для того, чтобы пациенты и их семьи при необходимости могли быть своевременно направлены к нужному им специалисту [Tishelman et al., 2015]. Однако недоступность специалистов и ресурсов не должна становиться препятствием для получения подростком помощи [Rider, McMorris et al., 2019]. Оказание помощи и поддержки подросткам должно включать в себя предоставление достоверной, культурно грамотной информации на тему гендерной и сексуальной идентичности, альтернатив в том, что касается совершения трансгендерного перехода, важности поддержки со стороны семьи и связей с другими людьми, имеющими схожий опыт, включая взрослых ТГО-людей, через онлайн- и офлайн-группы поддержки для подростков и их семей [Rider, McMorris et al., 2019].

Многие ТГО-подростки имеют сниженные показатели психического здоровья; в соответствии с показаниями им может быть необходимо пройти первичное обследование психического здоровья (к примеру, скрининг на депрессию и тревожное расстройство) [Rider, McMorris et al., 2019]. Специалисты должны иметь в виду, что трансгендерность или сомнения в отношении собственной гендерной идентичности как таковые не представляют собой патологию или расстройство. Таким образом, наличие трансгендерной идентичности само по себе не является достаточным основанием для направления пациента к специалисту в области психического здоровья. МС и СПЗ, работающие с такими подростками, должны быть как минимум осведомлены о потенциальном влиянии травмы, гендерной дисфории и факторов стресса гендерного меньшинства на любую имеющуюся у подростка психологическую симптоматику, такую как проблемы

с пищевым поведением, суицидальные мысли и социальная тревожность. Эти специалисты также должны иметь представление о том, готовы ли стационарные психиатрические учреждения в их регионе оказать ТГО-подростку квалифицированную гендерно-аффирмативную помощь [Barrow & Apostle, 2018; Kuper, Wright et al., 2018; Kuper, Mathews et al., 2019; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018]. В рекомендациях 6.3, 6.4 и 6.12г в главе 6 «Подростки» эти вопросы обсуждаются более подробно. Поскольку родители ТГО-подростков зачастую испытывают сильный стресс непосредственно в момент обнаружения трансгендерности своего ребёнка, и учитывая, что их реакция является прогностическим фактором физического и психического благополучия ребёнка в долгосрочной перспективе, направление их за поддержкой к специалистам в области психического здоровья может быть крайне полезно [Coolhart et al., 2017; Pullen Sansfaçon et al., 2015; Taliaferro et al., 2019].

**Рекомендация 12.9.** Мы рекомендуем медицинским специалистам проводить регулярные клинические осмотры для отслеживания физических изменений и потенциальных негативных побочных реакций на терапию половыми гормонами, включая лабораторные анализы, проводимые каждые три месяца на протяжении первого года гормональной терапии или же при изменении дозировки до достижения стабильной взрослой дозировки, после которого клинический осмотр и лабораторный анализ должны проводиться один или два раза в год.

Терапия половыми гормонами ассоциируется с широким спектром физических и психологических изменений [Irwig, 2017; Tangpricha & den Heijer, 2017] (см. таблицу 1 в приложении В). После начала терапии половыми гормонами следует регулярно отслеживать происходящие изменения и реакцию пациента на проводимую терапию (см. также главу 6 «Подростки»). В ходе обследования должны оцениваться любые физические изменения, а также влияние проводимой терапии на гендерную дисфорию (при наличии) и психологическое состояние пациента (см. таблицу 1 в приложении В). Регулярные клинические осмотры предоставляют МС возможность информировать пациентов о временных рамках появления тех или иных изменений и формировать у пациентов реалистичные ожидания. На протяжении первого года прохождения гормональной

терапии дозировки половых гормонов часто повышаются. Основным ориентиром при определении дозировки является уровень соответствующего полового гормона в сыворотке крови. В целом следует стремиться к тому, чтобы уровень половых гормонов соответствовал уровню, ассоциируемому с гендерной идентичностью человека, однако оптимальные показатели не установлены [Hembree et al., 2017].

Кроме оценки положительных изменений, ассоциируемых с терапией половыми гормонами, следует также регулярно отслеживать потенциальные негативные побочные эффекты (см. таблицу 2 в приложении В). Среди примеров негативных признаков и симптомов могут быть андрогенное акне или причиняющая дискомфорт сексуальная дисфункция. ГАГТ также способна негативно отражаться на некоторых лабораторных показателях. К примеру, спиронолактон может вызывать гиперкалиемию, хотя это явление встречается редко и носит временный характер [Millington et al., 2019]. Тестостерон приводит к повышению количества красных кровяных клеток (гематокрита), что в некоторых случаях может вызывать эритроцитоз (см. рекомендацию 12.17) [Antun et al., 2020; Hembree et al., 2017]. Как эстрогены, так и тестостерон могут вызывать изменения липидных показателей, такие как уровень липопротеина высокой плотности (ЛПВП) и триглицеридов [Maraka et al., 2017]. См. таблицы 3 и 4 в приложении В.

Частота клинических осмотров должна определяться в индивидуальном порядке и основываться на реакции пациента на проводимую терапию. Мы предлагаем проводить клинический осмотр каждые три месяца на протяжении первого года терапии у стабильных пациентов, не сталкивающихся с серьезными побочными эффектами (см. таблицу 5 в приложении В). Мы высказываем это в форме предложения, а не рекомендации, поскольку сильных доказательств или данных опубликованных исследований, говорящих в пользу определенных временных рамок в этом контексте, нет, таким образом, эти рамки могут иметь некоторую гибкость. При появлении у пациента негативных побочных эффектов лабораторные анализы и/или клинические осмотры могут учащаться. Учитывая потенциальный вред, связанный с превышением физиологических уровней половых гормонов у человека, мы настоятельно рекомендуем, чтобы лабораторные анализы использовались в качестве стандартной практики при

назначении ГАГТ ТГО-людям. По достижении стабильной взрослой дозировки половых гормонов и при отсутствии серьёзных побочных реакций частота клинических осмотров может быть снижена до 1–2 раз в год [Nembree et al., 2017].

**Рекомендация 12.10.** Мы рекомендуем медицинским специалистам информировать и консультировать всех пациентов, обращающихся за гендерно-аффирмативной медицинской помощью, по вопросам сохранения фертильности до назначения препаратов, подавляющих половое созревание, или гормональной терапии.

Терапия, подавляющая половое созревание, и гормональная терапия половыми гормонами могут оказывать негативное влияние на будущую репродуктивную способность человека [Cheng et al., 2019] (см. также главу 6 «Подростки» и главу 16 «Репродуктивное здоровье»). Несмотря на тот факт, что многие ТГО-люди серьёзно не задумывались о своей будущей репродуктивной возможности на момент обращения за медицинской помощью, специалист, назначающий гормональную терапию, должен обсуждать с пациентами её потенциальные последствия и возможности сохранения репродуктивного потенциала [Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine et al., 2015; De Roo et al., 2016].

Людей с тестикулами следует информировать о том, что продолжительная терапия препаратами эстрогенов часто приводит к тестикулярной атрофии, снижению количества сперматозоидов и ухудшению прочих показателей качества спермы [Adeleye et al., 2018]. Тем не менее в этой области остаются значительные пробелы, и результаты исследований на тему фертильности у трансфеминных людей, принимающих эстрогены, противоречивы [Cheng et al., 2019]. По данным одного исследования, вариабельность тестикулярной гистологии среди пациентов наблюдалась вне зависимости от того, была ли терапия прекращена на момент выполнения орхиэктомии или нет [Cheng et al., 2019]. К примеру, прекращение терапии препаратами эстрогенов и антиандрогенными препаратами на срок шесть недель привело к полному сперматогенезу у 45% участников исследования, при этом у остальных наблюдалась остановка процесса сперматогенеза на том или ином этапе [Schneider et al., 2015]. Однако при лабораторно подтверждённой концентрации тестостерона

в сыворотке крови на уровне женской физиологической нормы у большинства трансгендерных женщин наблюдается полное подавление сперматогенеза [Vereecke et al., 2020]. Основной возможностью сохранения репродуктивного потенциала для пациентов с функционирующими тестикулами является криоконсервация (заморозка) спермы [Mattawanon et al., 2018]. У пациентов препубертатного возраста подавление полового созревания при помощи агонистов ГнРГ препятствует созреванию спермы [Finlayson et al., 2016].

Людей с функционирующими яичниками следует информировать о том, что терапия тестостероном, как правило, приводит к прекращению менструального цикла и овуляции, часто на протяжении первых нескольких месяцев прохождения терапии [Taub et al., 2020]. Имеются также значительные пробелы в знаниях касательно потенциального влияния тестостерона на ооциты и последующую фертильность ТГО-пациентов [Eisenberg et al., 2020; Stuyver et al., 2020]. По данным одного исследования, терапия препаратами тестостерона может вызывать морфологические изменения в яичниках, схожие с наблюдаемыми при синдроме поликистоза яичников, при этом в ходе других исследований метаболических [Chan et al., 2018] или гистологических [De Roo et al., 2017; Grynberg et al., 2010] признаков поликистоза яичников в связи с терапией тестостероном обнаружено не было; в ходе некоторых других исследований была обнаружена повышенная изначальная распространённость СПКЯ среди ТГО-пациентов с яичниками [Baba, 2007; Gezer et al., 2021]. У ТГО-пациентов с яичниками и маткой фертильность зачастую восстанавливается в случае прекращения терапии тестостероном [Light et al., 2014]. Описан случай рождения ребёнка, зачатого с использованием репродуктивных технологий из яйцеклетки, полученной в результате гормональной стимуляции яичников у ТГО-человека, не прерывавшего гормональную терапию тестостероном [Greenwald et al., 2021; Safer and Tangpricha, 2019]. Среди прочих способов сохранения фертильности у ТГО-людей с яичниками можно назвать криоконсервацию ооцитов, а также криоконсервацию эмбрионов, полученных с использованием донорской спермы или спермы партнёра. Эти альтернативы требуют гормональной стимуляции яичников для получения ооцитов при помощи вспомогательных репродуктивных технологий.

У подростков на ранней стадии пубертата подавление полового созревания при помощи агонистов ГнРГ останавливает созревание половых клеток, хотя недавно был описан случай гормональной стимуляции яичников у ТГО-подростка на ранней стадии полового созревания, проходящего терапию агонистами ГнРГ (продолжавшуюся на протяжении стимуляции яичников), при этом было получено небольшое количество зрелых ооцитов, которые затем были подвергнуты криоконсервации [Rothenberg et al., 2019]. Терапия агонистами ГнРГ у подростка с функционирующими тестикулами на ранней стадии полового созревания не только препятствует созреванию половых клеток, но и приводит к тому, что пенис сохраняет свои допубертатные размеры. Последнее необходимо принимать во внимание при планировании хирургического вмешательства в будущем, поскольку в случае выполнения вагинопластики методом пенильной инверсии тканей пениса будет недостаточно. В подобных случаях существует значительная вероятность, что при вагинопластике потребуются прибегнуть к более сложной технике, такой как вагинопластика с использованием фрагмента кишечника [Du et al., 2021; van de Grift et al., 2020]. Подобные соображения необходимо учитывать и обсуждать с подростками и их семьями при принятии решения о подавлении полового созревания у подростков с функционирующими тестикулами.

**Рекомендация 12.11.** Мы рекомендуем медицинским специалистам проводить обследование и принимать меры в отношении заболеваний, течение которых может усугубиться на фоне снижения уровня эндогенных половых гормонов и приёма экзогенных половых гормонов, до назначения гормональной терапии трансгендерным и гендерно отличным людям.

ТГО-людей, стремящихся к маскулинизации, необходимо информировать о возможностях, последствиях, ограничениях и рисках, связанных с терапией тестостероном. Терапия препаратами тестостерона противопоказана во время беременности или у людей, пытающихся забеременеть, по причине её потенциального негативного влияния на развивающийся плод. Относительными противопоказаниями к гормональной терапии тестостероном являются повышенное артериальное давление, апноэ во время сна и полицитемия, поскольку при применении тестостерона эти состояния могут

усугубляться. Регулярное измерение артериального давления и липидного профиля необходимо до начала терапии тестостероном и на её протяжении. Как правило, артериальное давление повышается между вторым и четвёртым месяцами после начала терапии тестостероном [Banks et al., 2021]. Пациентам, у которых разовьётся гиперхолестеринемия и/или гипертриглицеридемия, может потребоваться изменение диеты и/или приём медикаментов.

ТГО-людям, стремящимся к феминизации, с тромбозом глубоких вен или лёгочной тромбозом (тромбозом глубоких вен или лёгочной тромбозом), необходимо пройти обследование и лечение до назначения гормональной терапии. Это объясняется тем, что терапия эстрогенами тесно связана с повышенным риском развития тромбоза — осложнением, представляющим риск для жизни. Кроме этого, потребуются принять меры в отношении факторов, способных повышать риск тромбоза, таких как курение, ожирение и малоподвижный образ жизни. У пациентов с неустраняемыми факторами риска, такими как наличие тромбофилии или тромбозов в анамнезе, в том числе семейном, риск тромбоза может быть снижен путём сочетания терапии препаратами эстрогенов в трансдермальной форме с антикоагулянтами. Однако данные в отношении того, какой подход будет оптимальным, ограничены. Перед назначением гормональной терапии следует также проводить обследование на предмет таких заболеваний, как гормонозависимая онкология, коронарная недостаточность, цереброваскулярные болезни, гиперпролактинемия, гипертриглицеридемия и желчнокаменная болезнь, поскольку риски могут изменяться при приёме экзогенных гормонов [Hembree et al., 2017].

**Рекомендация 12.12.** Мы рекомендуем медицинским специалистам информировать трансгендерных и гендерно отличных людей, получающих гендерно-аффирмативную медицинскую помощь, о сроках появления и развития физических изменений, вызываемых гормональной терапией половыми гормонами.

Эффекты терапии тестостероном многочисленны, в их число входят увеличение роста волос на теле и лице, облысение по мужскому типу, увеличение мышечной массы и силы, снижение процента жировой ткани, понижение голоса, прекращение менструального цикла (при наличии), повышенная вероятность появления или

усугубления акне, увеличение клитора и повышение либидо [Defreyne, Elaut et al., 2020; Fisher, Castellini et al., 2016; Giltay & Gooren, 2000; T'Sjoen et al., 2019; Yeung et al., 2020]. Среди прочих эффектов могут быть увеличение соотношения мышечной массы к жировой ткани, увеличение сальности кожи [de Blok et al., 2020; Hembree et al., 2017; Kuper, Mathews et al., 2019; Taliaferro et al., 2019; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018] (см. таблицу 1 в приложении В).

Терапия препаратами эстрогенов вызывает развитие молочных желёз. Однако менее 20% пациентов достигают 4–5-й стадий развития молочных желёз по Таннеру после прохождения терапии на протяжении двух лет [de Blok et al., 2021]. Среди прочих эффектов наблюдаются уменьшение объёма тестикул, уменьшение соотношения мышечной массы к жировой ткани, уменьшение сальности кожи, снижение либидо и частоты спонтанных эрекций, уменьшение роста волос на лице и теле, увеличение подкожного жирового слоя (см. таблицу 1 в приложении В). У взрослых пациентов терапия эстрогенами не влияет на рост или высоту голоса [Iwamoto, Defreyne et al., 2019; Wiepjes et al., 2019].

Скорость развития и степень проявления физических изменений у разных пациентов различаются в зависимости от влияния таких факторов, как генетическая предрасположенность, возраст начала терапии и общее состояние здоровья [Deutsch, Bhakri et al., 2015; van Dijk et al., 2019]. Понимание степени и временных рамок развития изменений, вызываемых терапией половыми гормонами, может способствовать предотвращению потенциального вреда и излишних расходов, связанных с ненужными изменениями схемы и дозировок терапии, а также преждевременными хирургическими вмешательствами [Dekker et al., 2016].

**Рекомендация 12.13.** Мы рекомендуем медицинским специалистам не назначать препараты этинил-эстрадиола трансгендерным и гендерно отличным людям в рамках гендерно-аффирмативной гормональной терапии.

Сопроводительный текст — см. рекомендацию 12.15.

**Рекомендация 12.14.** Мы предлагаем медицинским специалистам назначать трансдермальные препараты эстрогенов трансгендерным и гендерно отличным людям с высоким риском

развития венозной тромбоземболии, при возрасте пациента старше 45 лет или наличии венозной тромбоземболии в анамнезе, в случаях, когда есть показания для назначения гендерно-аффирмативной терапии препаратами эстрогенов.

Сопроводительный текст — см. рекомендацию 12.15.

**Рекомендация 12.15.** Мы предлагаем медицинским специалистам не назначать конъюгированные эстрогены трансгендерным и гендерно отличным людям в случаях, когда имеется доступ к препаратам эстрадиола, в качестве компонента гендерно-аффирмативной гормональной терапии.

Поиск наиболее безопасного и эффективного препарата и метода введения для терапии эстрогенами у ТГО-людей представляет собой важную тему. Рекомендуемые схемы для терапии препаратами эстрогенов представлены в таблице 4 в приложении В. Амстердамский медицинский центр (АМС) впервые сообщил о 45 случаях венозной тромбоземболии в группе из 816 трансгендерных женщин, что представляет собой двадцатикратное повышение частоты ВТЭ по сравнению с контрольной группой [van Kesteren et al., 1997]. После этой публикации АМС рекомендовал применять эстрадиол в трансдермальной форме у трансгендерных женщин старше 40 лет, что привело к снижению частоты ВТЭ [Nota et al., 2019; Toorians et al., 2003]. По данным других исследований, применение этинил-эстрадиола связано с повышенным риском тромбообразования из-за повышения резистентности к антикоагуляторному действию активированного протеина С (АРС) и повышения концентрации факторов свёртываемости протеинов С и S [Toorians et al., 2013]. Согласно прочим исследованиям, опубликованным за последние 15 лет, у трансгендерных женщин, принимающих другие виды эстроген-содержащих препаратов, наблюдается более низкая частота ВТЭ по сравнению с трансгендерными женщинами, принимающими этинил-эстрадиол [Asscheman et al., 2013]. Кроме того, по результатам систематического обзора, проведённого в 2019 году, применение этинил-эстрадиола связано с самым высоким риском ВТЭ у трансгендерных женщин; также была обнаружена связь между использованием прогестерона и ВТЭ [Goldstein et al., 2019].

В соответствии с рекомендациями, выпущенными Эндокринологическим обществом в 2017 году, следует избегать использования

конъюгированных лошадиных эстрогенов (КЛЭ) в качестве альтернативы для терапии у трансгендерных женщин, поскольку их уровень в крови неизмеряем, что может усложнять предотвращение супрафизиологических дозировок и, таким образом, повышать риск ВТЭ [Nembree et al., 2017]. В ходе ретроспективного исследования из Великобритании были сопоставлены риски применения оральных КЛЭ и этинил-эстрадиола, при этом в группе трансгендерных женщин, использовавших КЛЭ, ВТЭ развивалась в семь раз чаще, чем в группе, использовавшей другие виды эстрогенов [Seal et al., 2012]. В ходе «случай-контроль» исследования<sup>24</sup> группа из более чем 80 000 трансгендерных женщин возрастом от 40 до 79 лет, у которых развилась ВТЭ, была сопоставлена с группой из более чем 390 000 трансгендерных женщин без ВТЭ; согласно результатам этого исследования, риск развития ВТЭ при применении орального эстрадиола ниже, чем при применении конъюгированных эстрогенов, в то время как связи между использованием эстрогена в трансдермальной форме и повышенным риском ВТЭ обнаружено не было [Vinogradova et al., 2019].

В ходе систематического обзора было изучено несколько препаратов эстрогенов, при этом было найдено одно ретроспективное исследование и одно исследование методом срезов, сопоставляющие риски, связанные с различными препаратами [Wierckx, Mueller et al., 2012; Wierckx et al., 2013]. Ни в одном из найденных исследований, сопоставляющих риски использования различных препаратов, не применялся проспективный интервенционный подход. В ходе ретроспективного исследования была рассмотрена группа из 214 трансгендерных женщин, принимавших эстрадиол в трансдермальной форме (гель, содержащий  $17\beta$ -эстрадиол в дозировке 1,5 мг/день, или пластыри, содержащие эстрадиол в дозировке 50 мкг/день) или орально (эстрадиол 2 мг/день, эстриол 2 мг/день, этинил-эстрадиол 50 мкг/день или этинил-эстрадиол 30–50 мкг/день в составе орального контрацептива) [Wierckx et al., 2013]. За десятилетний период наблюдения ВТЭ развилась у 5% группы, у 1,4% (3 из 214) группы случился инфаркт миокарда (ИМ), 2,3% (5 из 214) столкнулись с транзиторной ишемической атакой (ТИА) или инсультом. Частота развития ВТЭ, ИМ и ТИА/инсульта повысилась после начала терапии эстрогенами.

<sup>24</sup> «Случай-контроль» — тип медицинского ретроспективного исследования, в котором сравниваются люди, находящиеся в сходных условиях, но различающихся по одной переменной — наличию симптома/заболевания.

Однако при обобщении этих результатов авторы не уточняют, какие схемы терапии использовались у пациенток.

Та же группа учёных провела исследование методом срезов, в ходе которого была рассмотрена группа из 50 трансгендерных женщин (средний возраст  $43 \pm 10$  лет), принимавших оральные эстрогены (эстрадиола валерат 2 мг/день, эстриол 2 мг/день, этинил-эстрадиол 50–120 мкг/день) или эстрадиол в трансдермальной форме (17 $\beta$ -эстрадиол 1,5 мг/день или эстрадиол 50 мкг/день) на протяжении 9,2 лет [Wierckx, Mueller et al., 2012]. У 12% ( $n = 6$ ) развились ВТЭ, ИМ или ТИА/инсульт. Две участницы принимали конъюгированные эстрогены в дозировке 0,625 мг/день (одна — в сочетании с ципротерона ацетатом), две участницы принимали этинил-эстрадиол в дозировке 20–50 мкг/день, одна принимала ципротерона ацетат в дозировке 50 мг/день, при этом у шестой схема приёма эстрогенов не уточняется. Ни у одной из участниц, принимавших оральный эстрадиол или эстрадиол в трансдермальной форме, не развились ВТЭ, ИМ или ТИА/инсульт.

В ходе проспективного исследования, проведённого на базе нескольких европейских клиник, были изучены схемы терапии эстрогенами у 53 трансгендерных женщин. Трансгендерные женщины моложе 45 лет ( $n = 40$ ) принимали эстрадиола валерат в дозировке 4 мг/день в сочетании с ципротерона ацетатом (ЦПА) в дозировке 50 мг/день, в то время как трансгендерные женщины старше 45 лет ( $n = 13$ ) принимали 17 $\beta$ -эстрадиол трансдермально, также в сочетании с ЦПА. Случаев ВТЭ, ИМ или ТИА/инсульта не было на протяжении года наблюдения ни в одной из групп. В ходе ещё одного ретроспективного исследования в Вене не было обнаружено случаев ВТЭ в группе из 162 трансгендерных женщин, принимавших эстрадиол в трансдермальной форме на протяжении в среднем пяти лет наблюдения [Ott et al., 2010].

Наша рекомендация касательно отказа от применения этинил-эстрадиола является настоящей и основывается на данных амстердамской клиники, свидетельствующих о снижении частоты ВТЭ после прекращения приёма этинил-эстрадиола, а также недавнем систематическом обзоре, демонстрирующем повышенный риск ВТЭ у трансгендерных женщин, принимающих этинил-эстрадиол [Weinand & Safer, 2015]. Наша рекомендация касательно отказа от применения конъюгированных эстрогенов является настоящей

и основывается на исследовании Seal et al., проведённом в 2012 году, демонстрирующем повышенный риск ВТЭ у трансгендерных женщин, принимающих конъюгированные эстрогены, по сравнению с прочими препаратами эстрогенов, а также данных исследований с участием цисгендерных женщин, проходящих заместительную гормональную терапию [Canonic et al., 2007; Seal et al., 2012]. Как в проспективных, так и в ретроспективных исследованиях сообщается о случаях ВТЭ/ИМ/инсульта только у пациенток, принимавших конъюгированные эстрогены или этинил-эстрадиол. Поскольку препараты эстрадиола недороги, более широко распространены и, по данным некоторых исследований, более безопасны, комитет рекомендует избегать назначения конъюгированных эстрогенов при доступности эстрадиола. Качество имеющихся исследований может быть ограничено проспективным, когортным и срезовым форматом; однако более настоятельный характер рекомендации основан на согласующихся данных исследований, говорящих о повышенном риске ВТЭ/ИМ/инсульта у трансгендерных женщин, использующих конъюгированные эстрогены или этинил-эстрадиол.

Рекомендация касательно предпочтительного использования эстрогенов в трансдермальной форме у трансгендерных женщин старшего возраста (> 45 лет) или с ВТЭ в анамнезе также не вызывает у нас сомнений. Её настоятельный характер основан на данных амстердамской клиники, свидетельствующих о снижении риска ВТЭ у трансгендерных женщин при переходе на трансдермальные формы эстрогенов после 40 лет [van Kesteren et al., 1997]. Кроме этого, в ходе проспективного когортного исследования на базе нескольких клиник ENIGI не было обнаружено случаев ВТЭ/ИМ/инсульта у трансгендерных женщин, которых переводят на трансдермальные формы эстрогенов при достижении 45 лет в качестве стандартной практики [Dekker et al., 2016]. Кроме этого, в ходе исследования Ott et al. не было обнаружено ни одного случая ВТЭ в группе из 162 трансгендерных женщин, применявших пластыри, содержащие эстрадиол [Ott et al., 2010].

За исключением ципротерона ацетата (нужно учитывать, что этот препарат не одобрен для использования в США в связи с потенциальной гепатотоксичностью), применение прогестагенов в контексте гормональной терапии остаётся спорным. В настоящее время

качественные исследования на тему роли прогестагенов в гормональной терапии у трансгендерных пациентов отсутствуют.

Нам известно, что отдельные специалисты, назначающие своим пациентам прогестагены, в том числе микронизированный прогестерон, считают, что их применение будет способствовать оптимальному развитию молочных желёз и/или ареол, улучшению настроения, поддержанию либидо и общей формы, а также имеет прочие на данный момент недоказанные преимущества [Deutsch, 2016a; Wierckx, van Caenegem et al., 2014]. Однако сообщения о подобных улучшениях носят анекдотический характер, и качественных данных, говорящих о пользе применения прогестерона, нет. При попытке систематического обзора в рамках подготовки к написанию этой версии «Стандартов помощи» не было обнаружено достаточно данных, на основании которых можно было бы рекомендовать применение тех или иных прогестагенов. Напротив, имеющиеся данные говорят о потенциальном вреде, связанном с длительным применением прогестагенов [Safer, 2021].

У трансгендерных женщин, имеющих матку, прогестагены в сочетании с эстрогенами необходимы для избежания риска рака эндометрия, связанного с монотерапией эстрогенами. У трансгендерных женщин, не имеющих матки, прогестагены не применяются. Самые качественные данные в связи с использованием прогестагенов получены в результате сопоставления двух вышеупомянутых групп трансгендерных людей, при этом мы признаём, что они необязательно могут быть применены к трансгендерным женщинам. Несмотря на то что этот эффект необязательно характерен для всех прогестагенов как класса, использование медроксипрогестерона в сочетании с комбинированными лошадиными эстрогенами связано с повышенным риском развития рака молочной железы и сердечно-сосудистой патологии [Chlebowski, 2020; Manson, 2013]. Следует также отметить, что данные исследований в рамках Инициативы по здоровью женщин (Women's Health Initiative, WHI) могут быть неприменимы к трансгендерным людям. По сравнению с трансгендерными женщинами, участвовавшими в этих исследованиях, трансгендерные люди, обращающиеся за гормональной терапией, как правило, моложе, не применяют лошадиные эстрогены, и целью гормональной терапии в их случае является психическое благополучие и качество жизни, а не только предотвращение риска [Deutsch, 2016a].

В число потенциальных негативных эффектов прогестагенов входят набор веса, депрессия и изменения уровней липидов. Микронизированный прогестерон может лучше переноситься пациентами и более благоприятно отражаться на липидных показателях по сравнению с медроксипрогестероном [Fitzpatrick et al., 2000]. В сочетании с терапией эстрогенами у трансгендерных женщин применение ципротерона ацетата, относящегося к прогестагенам, связано с повышенным уровнем пролактина, снижением ЛПВП и, в редких случаях, развитием менингиомы — ни один из этих эффектов не наблюдается при использовании эстрогенов в сочетании с агонистами ГнРГ или спиронолактоном [Bisson, 2018; Borghei-Razavi, 2014; Defreyne, Nota et al., 2017; Sofer et al., 2020].

Таким образом, среди имеющихся данных отсутствуют качественные доказательства пользы применения прогестагенов у трансгендерных женщин. Однако в имеющихся публикациях присутствуют данные о потенциальном вреде некоторых прогестагенов, по крайней мере в ходе их многолетнего приёма. В случаях, когда после обсуждения рисков и преимуществ терапии прогестагенами принимается совместное решение о начале этой терапии в пробном режиме, необходимо регулярно обследовать пациентов с промежутком меньше года для отслеживания их реакции.

**Рекомендация 12.16.** Мы рекомендуем медицинским специалистам назначать препараты, подавляющие выработку тестостерона (ципротерона ацетат, спиронолактон или агонист ГнРГ), трансгендерным и гендерно отличным людям, удовлетворяющим критериям, имеющим тестикулы и принимающим препараты эстрогенов в качестве компонента гормональной терапии, в случаях, когда у пациентов есть цель достичь концентрации половых гормонов, приближающейся к норме для цисгендерных женщин.

В большинстве гендерных клиник США и Европы пациентам назначают препараты эстрогенов в сочетании с препаратами, подавляющими выработку тестостерона [Mamojee et al., 2017] (см. таблицу 5 в приложении В). В США с этой целью чаще всего назначается спиронолактон, в то время как агонисты ГнРГ обычно используются в Великобритании, а ципротерона ацетат, как правило, применяется в остальной части Европы [Angus et al., 2021; Kuijpers

et al., 2021]. Логика добавления в терапию препаратов, подавляющих выработку тестостерона, двойка:

- 1) снижение концентрации тестостерона до уровня, характерного для трансгендерных женщин;
- 2) уменьшение количества эстрогенов, необходимого для достижения желаемых физических изменений.

С каждым препаратом, способным подавлять выработку тестостерона, связан отдельный набор побочных эффектов. Спиринолактон является антигипертензивным калийсберегающим диуретиком и по этой причине может вызывать гиперкалиемию, повышение частоты мочеиспускания и снижение артериального давления [Lin et al., 2021]. Была обнаружена связь между использованием ципротерона ацетата и развитием менингиомы и гиперпролактинемии [Nota et al., 2018]. Использование агонистов ГнРГ, которые весьма эффективны с точки зрения подавления выработки тестостерона, может приводить к остеопорозу в случае, если сопутствующая дозировка эстрогенов будет недостаточной [Klink, Caris et al., 2015].

В процессе систематического обзора было найдено исследование, сопоставляющее два препарата, подавляющие выработку тестостерона: ципротерона ацетат и лейпрорелин [Gava et al., 2016]. В ходе двух исследований сравнивалась группа трансгендерных женщин, принимающих эстрогены в сочетании с препаратом, подавляющим выработку тестостерона, и группа, принимающая только эстрогены. В результате проведения систематического обзора не было получено достаточно данных, говорящих о большей безопасности одного из трёх препаратов, подавляющих выработку тестостерона, с точки зрения состояния костной ткани, уровня тестостерона, уровня калия или частоты развития гиперпролактинемии или менингиомы [Wilson et al., 2020]. Таким образом, сформулировать рекомендацию не представляется возможным. По данным обзора, схемы с использованием спинолактона были связаны с повышением уровня пролактина на 45%, в то время как схемы с применением ципротерона ацетата приводили к повышению уровня пролактина более чем на 100%. Однако клиническая значимость повышенного уровня пролактина неясна, поскольку частота развития пролактиномы не была значительно повышена ни в группе, использовавшей спинолактон, ни в группе, использовавшей ципротерона ацетат [Wilson et al., 2020]. В ходе ретроспективного когортного исследования на базе одной

из клиник в США не было обнаружено значительного повышения уровня пролактина у 100 трансгендерных женщин, принимавших эстрогены и спиронолактон [Bisson et al., 2018]. По данным ретроспективного исследования в Нидерландах с участием 2555 трансгендерных женщин, принимавших главным образом ципротерона ацетат в сочетании с различными препаратами эстрогенов, частота развития менингиомы была повышена у пациенток, принимавших ципротерона ацетат на протяжении многих лет после выполнения гонадэктомии, по сравнению с общим населением Нидерландов [Nota et al., 2018]. Кроме этого, по данным менее продолжительного бельгийского исследования, у 107 трансгендерных женщин наблюдалось временное повышение уровня пролактина вследствие применения ципротерона ацетата, при этом его уровень снизился до нормального после прекращения приёма этого препарата [Defreyne, Nota et al., 2017]. В ходе недавнего исследования, не вошедшего в систематический обзор, была рассмотрена группа из 126 трансгендерных женщин, принимавших спиронолактон, агонисты ГнРГ или ципротерона ацетат, при этом был сделан вывод, что приём ципротерона связан с более высоким уровнем пролактина и менее благоприятным липидным профилем по сравнению со спиронолактоном и агонистами ГнРГ [Sofer et al., 2020]. После сопоставления стоимости и доступности лабораторного замера уровня пролактина с клинической значимостью его повышенного уровня на данный момент было принято решение не делать рекомендаций касательно необходимости отслеживания уровня пролактина. Следует принимать подобное решение в индивидуальном порядке, основываясь на схеме гормональной терапии и/или наличии симптомов гиперпролактинемии или опухолю гипофиза (таких как галакторея или изменение поля зрения).

Применение ципротерона также связано с развитием менингиомы. В литературе описано девять случаев менингиомы у трансгендерных женщин, принимавших преимущественно ципротерона ацетат [Mancini et al., 2018]. Аналогичный риск был также обнаружен и у трансгендерных людей. В 2020 году Европейским агентством лекарственных средств был опубликован доклад, в соответствии с которым использование ципротерона в дозировках, превышающих 10 мг/день, следует ограничить в связи с риском развития менингиомы [European Medicines Agency, 2020]. Скорее всего, эта связь

является специфической для ципротерона ацетата и не экстраполируется на другие препараты, подавляющие выработку тестостерона. В США, где ципротерон недоступен, согласно базе данных Северо-Американской ассоциации центральных онкологических реестров (North American Association of Central Cancer Registries, NAACCRs) повышенный риск развития опухолей головного мозга (не относящийся только к менингиомам) у трансгендерных женщин не обнаружен [Nash et al., 2018]. Повышенный риск развития опухолей головного мозга также не был выявлен в ходе исследования среди клиентов страховой компании Kaiser Permanente в когорте из 2791 трансгендерной женщины по сравнению с контрольной цисгендерной группой [Silverberg et al., 2017]. Данных долгосрочных исследований о риске развития менингиом и пролактином у трансгендерных женщин, принимающих агонисты ГнРГ, нет.

Наша рекомендация касательно применения препаратов, подавляющих выработку тестостерона в рамках гормональной терапии у трансгендерных людей с тестикулами, является настоящей и основана на общемировой практике использования этих препаратов в сочетании с терапией эстрогенами, а также на относительно низком риске в связи с подобной терапией. Однако в настоящее время мы не можем дать рекомендации относительно того, какой из этих препаратов является предпочтительным. Данные имеющихся публикаций говорят о некотором риске развития менингиомы в связи с продолжительным (более двух лет) применением в более высоких дозировках (более 10 мг/день) ципротерона ацетата [Nota et al., 2018; Ter Wengel et al., 2016; Weill et al., 2021].

Бикалутамид представляет собой антиандроген, использующийся при лечении рака предстательной железы. Он конкурентно связывается с рецепторами андрогенов, тем самым препятствуя связыванию андрогенов с рецепторами. Данных об использовании бикалутамида у трансфеминных людей крайне мало, данные о безопасности такого применения отсутствуют. В ходе одного небольшого исследования было рассмотрено применение бикалутамида в дозировке 50 мг/день для подавления полового созревания у 23 трансфеминных подростков, не имевших возможности принимать агонист ГнРГ [Neuman et al., 2019]. У всех подростков наблюдалось развитие молочных желёз, которое также, как правило, наблюдается у мужчин, принимающих бикалутамид в качестве терапии рака предстательной

железы. Несмотря на редкость, в связи с применением бикалутамида была описана молниеносная гепатотоксичность, приводящая к смерти [O'Bryant et al., 2008]. Учитывая тот факт, что использование бикалутамида у трансфеминных людей не было изучено в достаточной мере, мы не рекомендуем его применение в качестве стандартной практики.

Применение ингибиторов 5-альфа-редуктазы препятствует превращению тестостерона в более мощный андроген дигидротестостерон. Одобренные Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (The Food and Drug Administration, FDA) показания к использованию финастерида включают в себя доброкачественную гипертрофию предстательной железы и андрогенетическую алопецию. Данных об использовании ингибиторов 5-альфа-редуктазы у трансфеминных людей очень мало [Irwig, 2021]. Неясно, имеются ли клинические преимущества у препаратов этого класса для трансфеминных людей, чьи уровни тестостерона и дигидротестостерона уже снижены благодаря использованию эстрогенов и антиандрогенов. Таким образом, мы не рекомендуем использовать эти препараты в качестве стандартной практики у трансфеминных людей. Использование финастерида может быть приемлемо у трансмаскулиных людей, сталкивающихся с нежелательной алопецией, вызванной повышением уровня дигидротестостерона. Однако нужно учитывать, что у трансмаскулиных людей применение ингибиторов 5-альфа-редуктазы может препятствовать увеличению клитора и росту волос на лице и теле. Требуются дальнейшие исследования для оценки эффективности и безопасности применения ингибиторов 5-альфа-редуктазы у трансгендерных людей.

**Рекомендация 12.17.** Мы рекомендуем медицинским специалистам отслеживать показатель гематокрита (или гемоглобина) у трансгендерных и гендерно отличных людей, принимающих препараты тестостерона.

Имеются качественные данные, говорящие о связи повышения гематокрита (или гемоглобина) и терапии препаратами тестостерона у трансмаскулиных людей [Defreune et al., 2018]. Среди схем терапии тестостероном, вошедших в систематический обзор, были: эфиры тестостерона в эквиваленте 25–250 мг/неделя подкожно/

внутримышечно, тестостерона ундеканоат 1000 мг / 12 недель или трансдермальный гель, содержащий тестостерон в дозировке 50 мг/день [Defreyne et al., 2018; Gava et al., 2018; Giltay et al., 2000; Meriggiola et al., 2008; Pelusi et al., 2014; T'Sjoen et al., 2005; Wierckx, van Caenegem et al., 2014; Wierckx, van de Peer et al., 2014]. Ожидаемое повышение уровня должно соответствовать норме для цисгендерных мужчин.

**Рекомендация 12.18.** Мы предлагаем медицинским специалистам сотрудничать с хирургами по вопросам применения гормональных препаратов до и после выполнения гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств.

Сопроводительный текст — см. рекомендацию 12.19.

**Рекомендация 12.19.** Мы предлагаем медицинским специалистам консультировать трансгендерных и гендерно отличных пациентов по поводу доступных альтернатив касательно гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств, кроме случаев, когда в таковых нет потребности или же к ним имеются медицинские противопоказания.

Несмотря на отсутствие доказательств, клинические стандарты подготовки к хирургическим вмешательствам ранее предполагали прерывание гормональной терапии на срок 1–4 недели до вмешательства и после него, чаще всего в контексте хирургических вмешательств в области гениталий [Nembree et al., 2009]. Предполагалось, что подобная мера снижает риск ВТЭ, связанный с применением экзогенных эстрогенов [Nembree et al., 2009]. Терапия эстрогенами или тестостероном могла быть возобновлена спустя некоторое время после выполнения вмешательства.

После тщательного изучения вопроса исследователи не обнаружили повышения частоты развития ВТЭ в послеоперационный период у трансгендерных людей, у которых не было перерыва в гормональной терапии, по сравнению с пациентами, прерывавшими терапию половыми гормонами на время выполнения хирургических вмешательств [Gaither et al., 2018; Nembree et al., 2009; Kozato et al., 2021; Prince & Safer, 2020]. Приём половых гормонов особенно важен после проведения гонадэктомии для избежания последствий гипогонадизма, риска развития остеопороза, а также для поддержания психического здоровья и качества жизни [Fisher, Castellini et al., 2016;

Rosen et al., 2019]. Таким образом, специалисты, ведущие гормональную терапию, и хирурги должны информировать пациентов о важности продолжения гормональной терапии после гонадэктомии.

Для того чтобы иметь возможность информировать пациентов и защищать их интересы с клинической точки зрения, МС должны быть осведомлены о рисках и преимуществах гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств, а также иметь представление о квалификации и опыте работы хирургов, к которым они могут направлять пациентов [Beek, Kreukels et al., 2015; Colebunders et al., 2017; Wierjes et al., 2018]. В целом наиболее медицински необходимые хирургические вмешательства касаются трёх зон: лица, груди и половых органов (внутренних и внешних). Среди дополнительных медицински необходимых вмешательств могут быть коррекция фигуры и хирургическая коррекция голоса. См. рекомендацию 2.1 о медицинской необходимости в главе 2 «Глобальная применимость».

Среди множества гендерно-аффирмативных вмешательств в зоне лица могут быть хондроларингопластика, ринопластика, уменьшение или увеличение нижней челюсти и подбородка, подтяжка лица, удаление волос и их пересадка, а также прочие процедуры (см. главу 13 «Хирургические вмешательства и послеоперационный уход»). Среди вмешательств в зоне груди могут быть увеличивающая маммопластика, двойная мастэктомия с пересадкой сосков, периареолярная мастэктомия и липосакция. Хирургическая маскулинизация груди (мастэктомия) является самым востребованным гендерно-аффирмативным вмешательством у ТГО-людей с эндогенным развитием молочных желёз [Horbach et al., 2015; Kailas et al., 2017].

Среди хирургических вмешательств в области внутренних половых органов могут быть орхиэктомия, гистерэктомия, сальпингоовариэктомия, вагинопластика, кольпэктомия/вагинэктомия, а также прочие [Horbach et al., 2015; Jiang et al., 2018]. Внутренняя поверхность неовлагалища, как правило, формируется из кожи пениса, кожных лоскутов, взятых из других зон, комбинации обоих вариантов или же фрагмента кишечника. Удаление матки/яичников может выполняться по отдельности или в рамках одного вмешательства (гистерэктомия, сальпингоовариэктомия и кольпэктомия). Кольпэктомия обязательно выполняется в сочетании с гистерэктомией. Яичники могут удаляться или сохраняться по желанию пациента. Одним из преимуществ сохранения одного или обоих яичников является

сохранение фертильности, при этом недостатком такого подхода является вероятность развития патологии яичников, включая онкологические заболевания [De Roo et al., 2017].

Среди хирургических вмешательств в области наружных половых органов могут быть вульвопластика, метоидиопластика, фаллопластика и прочие [Djordjevic et al., 2008; Frey et al., 2016]. Как правило, перед выполнением вмешательств в области наружных гениталий требуется удаление волос [Marks et al., 2019]. В ходе вульвопластики могут формироваться лобковый бугорок, половые губы, клитор и мочеиспускательное отверстие. Удлинение уретры может выполняться при метоидиопластике и фаллопластике, но, как правило, с этим связана повышенная частота развития осложнений [Schechter & Safa, 2018]. Уход за раневыми поверхностями в донорских зонах и физиотерапия необходимы при выполнении фаллопластики с использованием свободных лоскутов [van Caenegem, Verhaeghe et al., 2013]. Физиотерапия тазовой области также может быть важным компонентом восстановления после выполнения вмешательств для облегчения процесса мочеиспускания и улучшения сексуальной функции [Jiang et al., 2019]. Диалог, взаимопонимание и ясная коммуникация на общем языке между пациентами, МС и хирургами будут способствовать принятию оптимальных решений в отношении доступных хирургических вмешательств.

**Рекомендация 12.20.** Мы рекомендуем медицинским специалистам назначать гендерно-аффирмативную гормональную терапию трансгендерным и гендерно отличным пациентам, удовлетворяющим критериям, и продолжать вести её у пациентов, которым эта терапия требуется в связи с подтверждённым улучшением психосоциального функционирования и качества жизни.

Сопроводительный текст — см. рекомендацию 12.21.

**Рекомендация 12.21.** Мы рекомендуем медицинским специалистам продолжать вести гормональную терапию в случаях, когда психическое состояние трансгендерных и гендерно отличных пациентов ухудшается, и проводить обследование для выяснения причин ухудшения, за исключением случаев, когда подобный подход противопоказан.

У трансгендерных людей наблюдается сниженный уровень психического здоровья по нескольким показателям, включая депрессию, суицидальные наклонности, тревожность, сниженную самооценку и посттравматическое стрессовое расстройство [Arcelus et al., 2016; Vecerra-Culqui et al., 2018; Bouman et al., 2017; Eisenberg et al., 2017; Heylens, Elaut et al., 2014; Witcomb et al., 2018]. Модель стресса гендерного меньшинства раскрывает несколько факторов, являющихся медиаторами и модераторами по отношению к этим сниженным показателям [Hendricks & Testa, 2012; Meyer, 2003]. Среди факторов, специфических для трансгендерных людей, можно назвать опыт дискриминации, виктимизацию, мисгендеринг, отвержение со стороны семьи и интернализированную трансфобию [Hendricks & Testa, 2012]. Среди факторов, благоприятно влияющих на психическое здоровье, могут быть принятие со стороны семьи, поддерживающие социальные и романтические отношения, связь с трансгендерным сообществом, аффирмативная и инклюзивная политика и защита, которую она предоставляет, юридическое признание гендерной идентичности и достижение индивидуальных целей в связи с физическим трансгендерным переходом [Bauer et al., 2015; Bockting et al., 2013; Bouman et al., 2016; Davey et al., 2014; de Vries et al., 2014; Du Bois et al., 2018; Gower, Rider, Brown et al., 2018; Hendricks & Testa, 2012; Keo-Meier et al., 2015; Meier et al., 2013; Pflum et al., 2015; Ryan et al., 2010; Smith et al., 2018].

Исследования показывают, что гормональная терапия может оказывать положительное влияние на психическое здоровье и качество жизни ТГО-подростков и взрослых людей [Aldridge et al., 2020; Allen et al., 2019; Bauer et al., 2015; Nobili et al., 2018; Russell et al., 2018; Ryan, 2009]. Во многих случаях гормональная терапия считается вмешательством, спасающим человеку жизнь [Allen et al., 2019; Grossman & D'Augelli, 2006; Moody et al., 2015]. В ходе нескольких исследований была обнаружена связь между началом гормональной терапии и улучшением психического здоровья у подростков и взрослых [Aldridge et al., 2020; Costa et al., 2016; de Vries et al., 2014; Kuper et al., 2020; Nguyen et al., 2018; White Hughto & Reisner, 2016], включая улучшение качества жизни [Gorin-Lazard et al., 2012; Gorin-Lazard et al., 2013; Murad et al., 2010; Newfield et al., 2006; Nobili et al., 2018; White Hughto & Reisner, 2016], снижение тревожности и депрессии [Aldridge et al., 2020; Colizzi et al., 2014; Davis & Meier, 2014; de Vries, Steensma

et al., 2011; Gómez-Gil et al., 2012; Rowniak et al., 2019], снижение стресса и паранойи [Keo-Meier & Fitzgerald, 2017]. В ходе проспективного контролируемого исследования с использованием «Миннесотского многопрофильного личностного опросника — 2» (MMPI-2) было продемонстрировано значительное улучшение в нескольких областях психологического функционирования у трансгендерных мужчин спустя всего лишь три месяца после начала терапии тестостероном [Keo-Meier et al., 2015]. Несмотря на более высокую частоту симптомов аутизма в популяции трансгендерных людей, усугубления этих симптомов после начала гормональной терапии обнаружено не было [Nobili et al., 2020].

Поскольку снижение депрессивной симптоматики может коррелировать со снижением риска самоубийства, отказ в назначении гормональной терапии на основании наличия депрессии или суицидальных тенденций может приносить вред [Keo-Meier et al., 2015; Levy et al., 2003]. В ходе исследования Turban, King et al. [2020] было обнаружено, что у подростков, испытывавших потребность в терапии, подавляющей половое созревание, и получивших к ней доступ, была снижена вероятность появления суицидальных мыслей на протяжении жизни по сравнению с подростками, которые имели такую потребность, но не смогли получить доступ к терапии [Turban, King et al., 2020]. В ходе недавнего систематического обзора была обнаружена связь между терапией, подавляющей половое созревание у ТГО-подростков, и улучшением качества их социальной жизни, снижением у них суицидальности во взрослом возрасте и улучшением их психологического функционирования и качества жизни [Rew et al., 2020]. Поскольку, согласно имеющимся данным, гормональная терапия напрямую связана со снижением симптомов депрессии и тревожности, считается, что практика отказа в гормональной терапии до компенсации этих симптомов методами традиционной психиатрии имеет ятрогенный эффект [Keo-Meier et al., 2015]. В случаях, когда имеются показания к психиатрическому лечению, таковое может быть назначено и адаптировано без прерывания гормональной терапии.

## ГЛАВА 13. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ УХОД

Термин «медицински необходимые гендерно-аффирмативные хирургические вмешательства» (ГАХВ) относится к ряду процедур, направленных на то, чтобы привести тело человека в соответствие с его гендерной идентичностью (см. рекомендацию 2.1 о медицинской необходимости в главе 2 «Глобальная применимость»). В этой главе описываются хирургические вмешательства и послеоперационный уход у взрослых ТГО-людей и ТГО-подростков. Касательно критериев назначения хирургических вмешательств взрослым и подросткам см. главу 5 «Обследование взрослых» и главу 6 «Подростки». Сводку рекомендаций и критериев назначения см. в приложении Г.

Учитывая разнообразие и неоднородность сообщества людей, определяющих себя как трансгендерные и гендерно отличные (ТГО), можно рассматривать гендерно-аффирмативные хирургические вмешательства в виде спектра процедур, востребованных людьми с приписанным при рождении мужским полом (АМАВ) и людьми с приписанным при рождении женским полом (АФАВ).

Имеющаяся литература говорит о преимуществах выполнения ГАХВ у ТГО-людей, удовлетворяющих критериям отбора. Несмотря на возможность возникновения осложнений в связи с ГАХВ, многие из них незначительны или же могут быть скорректированы в амбулаторных условиях по месту проживания пациента [Canner et al., 2018; Gaither et al., 2018; Morrison et al., 2016]. Кроме того, частота возникновения осложнений соответствует частоте осложнений, возникающих при выполнении аналогичных процедур в связи с иными диагнозами (то есть не с гендерно-аффирмативной целью).

У людей АФАВ гендерно-аффирмативная пластика груди (подкожная мастэктомия) была изучена в ходе проспективных [Agarwal et al., 2018; Frederick et al., 2017; Top & Balta, 2017; van de Grift, Elaut et al., 2017; van de Grift et al., 2016], ретроспективных [Bertrand et al., 2017; Claes et al., 2018; Esmonde et al., 2019; Lo Russo et al., 2017; Marinkovic & Newfield, 2017; Poudrier et al., 2019; Wolter et al., 2015; Wolter et al., 2018] и срезовых когортных исследований [Olson-Kennedy, Warus et al., 2018; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018; van de Grift, Elfering et al., 2018]. Эффективность этого вмешательства была продемонстрирована в нескольких аспектах, включая стойкое

и непосредственное улучшение качества жизни, значительное снижение гендерной дисфории, а также стойкое удовлетворение телом и собственной внешностью. Кроме того, частота сожаления остаётся крайне низкой, варьируя от 0% до 4%. Также была продемонстрирована эффективность хирургической маскулинизации груди с точки зрения таких индикаторов, как уровень депрессии, тревожности и сексуальной функции, однако качество данных недостаточно высоко для того, чтобы сделать окончательные выводы. Несмотря на необходимость дальнейших исследований для формулирования более надёжных выводов, имеющиеся данные говорят о том, что эта процедура эффективна и безопасна.

На тему гендерно-аффирмативной маммопластики (увеличения молочных желёз) у людей АМАВ было опубликовано меньше исследований, включая два проспективных [Weigert et al., 2013; Zavlin et al., 2018], одно ретроспективное когортное [Fakin et al., 2019] и три срезовых когортных [Kanhai et al., 2000; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018]. Данные всех проведённых исследований свидетельствуют о стойкой и непосредственной удовлетворённости пациентов включая общую удовлетворённость, удовлетворённость образом тела, а также удовлетворённость результатами вмешательства. В исследовании Owen-Smith et al. [2018] была продемонстрирована положительная тенденция в отношении улучшения показателей депрессии и тревожности в связи с выполнением гендерно-аффирмативных вмешательств. Однако статистического сопоставления пациентов, у которых была выполнена пластика груди, и прочих пациентов не проводилось.

Гендерно-аффирмативная вагинопластика является одним из самых изученных гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств; за последние годы на эту тему было опубликовано восемь проспективных [Buncamper et al., 2017; Cardoso da Silva et al., 2016; Kanhai, 2016; Manero Vazquez et al., 2018; Papadopulos, Zavlin et al., 2017; Tavakkoli Tabassi et al., 2015; Wei et al., 2018; Zavlin et al., 2018], 15 ретроспективных когортных [Bouman, van der Sluis et al., 2016; Buncamper et al., 2015; Hess et al., 2016; Jiang et al., 2018; LeBreton et al., 2017; Manrique et al., 2018; Massie et al., 2018; Morrison et al., 2015; Papadopulos, Lelle et al., 2017; Raigosa et al., 2015; Salgado et al., 2018; Seyed-Foroontan et al., 2018; Sigurjonsson et al., 2017; Simonsen et al., 2016; Thalavirithan et al., 2018] и три срезовых когортных исследования

[Castellano et al., 2015; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018].

Несмотря на то что были использованы различные методы оценки, данные всех исследований говорят о высоком уровне удовлетворённости пациентов (78–100%), а также удовлетворённости сексуальной функцией (75–100%). Особенно это заметно в случаях применения наиболее современных хирургических техник. Гендерно-аффирмативная вагинопластика также связана с низкой частотой развития осложнений и низкой частотой сожаления (0–8%).

Литература, опубликованная за последнее время, говорит о растущем клиническом интересе в отношении метоидиопластики и фаллопластики, что отражено в трёх проспективных когортных [Garaffa et al., 2010; Stojanovic et al., 2017; Vukadinovic et al., 2014], шести ретроспективных когортных [Cohanzad, 2016; Garcia et al., 2014; Simonsen et al., 2016; van de Grift, Pigot et al., 2017; van der Sluis et al., 2017; Zhang et al., 2015] и четырёх срезовых исследованиях [Castellano et al., 2015; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018; Wierckx, Van Caenegem et al., 2011], в рамках которых изучаются риски и преимущества этих процедур.

Касательно мочеиспускательной функции, от 75% до 100% участников исследований могли мочиться стоя. С точки зрения сексуальной функции от 77% до 95% участников заявили о своём удовлетворении в этом отношении. По данным большинства этих исследований, наблюдается высокий уровень удовлетворённости результатами вмешательства в целом (83–100%), при этом более высокий уровень удовлетворённости соответствует более современным техникам выполнения вмешательства. В ходе двух проспективных и двух ретроспективных когортных исследований был в особенности изучен вопрос сожаления о проведённых вмешательствах, при этом сожалений у трансгендерных мужчин обнаружено не было. Несмотря на наличие методологических ограничений, данные, полученные в результате исследований, непротиворечивы и однозначны.

На протяжении последних лет вопросы гендерно-аффирмативной лицевой хирургии (ГАЛХ) получали всё больше внимания, и имеющиеся публикации подтверждают пользу подобных вмешательств. Среди восьми недавно опубликованных исследований есть одно проспективное когортное [Morrison et al., 2020], пять ретроспективных когортных [Bellinga et al., 2017; Capitán et al., 2014; Noureai et al., 2007;

Raffaini et al., 2016; Simon et al., 2022] и два срезовых [Ainsworth & Spiegel, 2010; van de Grift, Elaut et al., 2018]. По данным всех восьми исследований, пациенты были весьма удовлетворены результатами вмешательств (от 72% до 100% пациентов). Кроме того, пациенты были более удовлетворены тем, как выглядели их лица, по сравнению с людьми, у которых хирургические вмешательства не выполнялись. В ходе одного проспективного международного когортного многоцентрового исследования было обнаружено, что ГАЛХ приводит к значительному улучшению качества жизни в средне- и долгосрочной перспективе [Morrison et al., 2020]. Результаты имели однозначный и непротиворечивый характер, но отличались некоторой неточностью в силу методологических ограничений. Несмотря на то что ГАЛХ для людей с приписанным женским полом находится на начальных этапах своего развития, по имеющимся ограниченными данным у отдельных пациентов её преимущества аналогичны. Необходимы дальнейшие исследования в этой области.

В рамках предоперационной подготовки могут потребоваться дополнительные процедуры и/или вмешательства, такие как удаление волос (перед выполнением хирургических вмешательств в области лица и/или гениталий). См. главу 15 «Первичная медико-санитарная помощь». Кроме того, как перед выполнением вмешательства, так и впоследствии может играть важную роль (или быть необходимой) консультация со специалистом в области физиотерапии тазового дна.

В список наиболее востребованных хирургических вмешательств входят следующие (полный список см. в приложении Д и в конце этой главы).

АМАВ: хирургическая феминизация лица (в том числе хондроларингопластика / хирургическая коррекция голоса), маммопластика, хирургическая коррекция фигуры, орхиэктомия, вагино-/вульвопластика (с формированием неовлагалища или без него), эстетические процедуры, а также процедуры подготовки к выполнению вмешательства (удаление волос).

АФАВ: хирургическая маскулинизация лица, гендерно-аффирмативная маммопластика, овариэктомия, метоидиопластика (включая установку тестикулярных имплантов), фаллопластика (включая установку тестикулярных имплантов / фаллопротезов), хирургическая коррекция фигуры,

эстетические процедуры, а также процедуры подготовки к выполнению вмешательства (удаление волос).

Важно, чтобы хирурги имели представление о показаниях и временных рамках выполнения ГАХВ. Особенно это имеет значение при работе с подростками (см. главу 6 «Подростки»).

Важно, чтобы пациент и хирург принимали решение совместно в рамках подхода, который предполагает 1) междисциплинарность; 2) понимание целей и ожиданий пациента; 3) обсуждение альтернатив и техник выполнения вмешательства, их преимуществ и связанных с ними рисков; 4) наличие информированного плана касательно послеоперационного ухода (см. главу 5 «Обследование взрослых»). Эти рекомендации направлены на упрощение индивидуализированного подхода к оказанию помощи.

Адекватный послеоперационный уход является ключевым компонентом для достижения оптимального результата [Buncamper et al., 2015; Lawrence, 2003], и крайне важно, чтобы пациенты были информированы о требованиях к послеоперационному уходу (включая обработку ран, ограничения подвижности, взятие отпуска на работе / освобождения от занятий в образовательных учреждениях и т. д.). Кроме того, важно, чтобы хирург был готов оказать содействие в отношении послеоперационного ухода и/или дать направление на получение специализированных услуг. Сюда могут входить продолжительная поддержка (со стороны хирурга, врача общего профиля и/или специалиста в области психического здоровья), а также организация рутинной медицинской помощи (регулярные обследования молочных желёз, урологическая/гинекологическая помощь и т. д.).

Учитывая возросший общественный интерес, а также спектр доступных гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств [Canner et al., 2018; Ross, 2017; Shen et al., 2019], необходимо дополнительное обучение, отслеживание результатов и непрерывное образование для хирургов [Schechter et al., 2017].

Все рекомендации, вошедшие в эту главу, были сформулированы после подробного анализа доказательной базы, оценки преимуществ и вреда, ценностей и предпочтений специалистов и пациентов, а также использования ресурсов и реализуемости. В некоторых случаях мы были вынуждены признать недостаточность доказательной базы и/или факт недоступности некоторых услуг или их нежелательности.

## Рекомендации

13.1. Мы рекомендуем, чтобы хирурги, выполняющие гендерно-аффирмативные хирургические вмешательства, имели следующие профессиональные характеристики:

13.1а) обучение и документально подтверждённое прохождение супервизии в области выполнения гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств;

13.1б) активную практику в области выполнения гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств;

13.1в) знания о гендерно отличных идентичностях и экспрессии;

13.1г) непрерывное профессиональное образование в области выполнения гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств;

13.1д) отслеживание результатов вмешательств.

13.2. Мы рекомендуем хирургам проводить обследование трансгендерных и гендерно отличных людей на предмет факторов риска развития рака молочной железы перед выполнением увеличения молочных желёз или мастэктомии.

13.3. Мы рекомендуем хирургам перед выполнением хирургических вмешательств информировать трансгендерных и гендерно отличных пациентов, обращающихся за гендерно-аффирмативными хирургическими вмешательствами, на тему условий послеоперационного ухода, поездок и размещения, а также важности послеоперационного наблюдения.

13.4. Мы рекомендуем хирургам удостоверяться в том, что до выполнения гонадэктомии у трансгендерных и гендерно отличных пациентов с пациентами были обсуждены возможности сохранения фертильности.

13.5. Мы предлагаем хирургам рассматривать возможность выполнения гонадэктомии у трансгендерных и гендерно отличных пациентов, удовлетворяющих критериям<sup>25</sup>, при

<sup>25</sup> См. критерии для подростков и взрослых в главах 5 «Обследование взрослых» и 6 «Подростки», а также в приложении Г. — *Прим. авт.*

наличии данных о том, что пациенты проходили гормональную терапию на протяжении как минимум шести месяцев (кроме случаев, когда к гормональной терапии или подавлению функции гонад нет клинических показаний или же эта процедура не соответствует целям / потребностям / гендерной экспрессии пациента).

13.6. Мы предлагаем медицинским специалистам рассматривать возможность выполнения гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств у трансгендерных и гендерно отличных пациентов, удовлетворяющих критериям, при наличии данных о том, что гормональная терапия проводилась стабильно в соответствии с выбранной на этом этапе схемой (на протяжении как минимум шести месяцев или дольше, если это необходимо для достижения оптимального хирургического результата, кроме случаев, когда пациент не желает проходить гормональную терапию или же к её прохождению имеются медицинские противопоказания).

13.7. Мы рекомендуем хирургам рассматривать возможность выполнения гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств у трансгендерных и гендерно отличных подростков, удовлетворяющих критериям, при наличии данных о том, что решение о назначении вмешательства принималось с участием междисциплинарной команды специалистов, в которую входил специалист в области психического здоровья.

13.8. Мы рекомендуем хирургам привлекать широкую междисциплинарную команду специалистов по работе с трансгендерными пациентами в случаях, когда трансгендерные и гендерно отличные люди, удовлетворяющие критериям, обращаются за гендерно-аффирмативными вмешательствами по индивидуальному запросу (ранее определяемыми как «нестандартные»).

13.9. Мы предлагаем хирургам, работающим с трансгендерными мужчинами и гендерно отличными пациентами, у которых была выполнена метоидиопластика/фаллопластика, информировать своих пациентов о важности урологического наблюдения на протяжении последующей жизни.

13.10. Мы рекомендуем хирургам, работающим с трансгендерными женщинами и гендерно отличными пациентами, у которых была выполнена вагинопластика, информировать своих пациентов о важности последующего наблюдения, которое может осуществлять хирург, врач общего профиля или гинеколог.

13.11. Мы рекомендуем, чтобы работой с пациентами, сожалеющими о выполнении гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств, занималась междисциплинарная команда специалистов.

**Рекомендация 13.1.** Мы рекомендуем, чтобы хирурги, выполняющие гендерно-аффирмативные хирургические вмешательства, имели следующие профессиональные характеристики:

**13.1a)** обучение и документально подтверждённое прохождение супервизии в области выполнения гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств;

**13.1б)** активную практику в области выполнения гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств;

**13.1в)** знания о гендерно отличных идентичностях и экспрессии;

**13.1г)** непрерывное профессиональное образование в области выполнения гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств;

**13.1д)** отслеживание результатов вмешательств.

Хирурги, практикующие ГАХВ, могут иметь различную специализацию и образование. Среди наиболее распространённых видов специализации могут быть пластическая хирургия, урология, гинекология, отоларингология и челюстно-лицевая хирургия [Jazayeri et al., 2021]. В соответствии с практикой в иных областях хирургии мы рекомендуем, чтобы выполнением ГАХВ занимались исключительно хирурги, имеющие сертификат или удовлетворяющие сертификационным требованиям, установленным соответствующими национальными профессиональными органами. Кроме того, рекомендуется, чтобы хирурги, выполняющие ГАХВ у ТГО-людей, имели документально подтверждённую подготовку в области

выполнения гендерно-аффирмативных вмешательств и принципов оказания гендерно-аффирмативной помощи [Schechter et al., 2017; Schechter & Schechter, 2019]. Последнее, помимо прочего, предполагает осведомлённость о гендерно отличных идентичностях и экспрессии людей, а также понимание того, как они могут влиять на цели/ожидания пациентов и получаемый результат. Важно, чтобы хирурги, практикующие ГАХВ, были осведомлены о доступных процедурах и работали в соответствии с моделью на базе информированного согласия. В случаях, когда хирург не предоставляет определённый вид вмешательства, он может направить пациента к другому специалисту. Желательно, чтобы хирурги, предоставляющие ГАХВ, получали непрерывное профессиональное образование в области ГАХВ (участвовали во встречах, конференциях, семинарах и т. д.) для поддержания своей квалификации. Мы также рекомендуем, чтобы результаты хирургических вмешательств, выполненных хирургом, отслеживались, и чтобы информирование о них пациентов было частью процесса предоставления информированного согласия [Schechter et al., 2017].

Клиники, учреждения и врачебные кабинеты, предоставляющие ГАХВ, должны обладать культурной и коммуникативной компетентностью (в вопросах языка, терминологии и т. д.). Для обеспечения этого может потребоваться непрерывное и регулярное обучение персонала.

**Рекомендация 13.2.** Мы рекомендуем хирургам проводить обследование трансгендерных и гендерно отличных людей на предмет факторов риска развития рака молочной железы перед выполнением увеличения молочных желёз или мастэктомии.

Перед выполнением хирургических вмешательств в области молочных желёз пациентов необходимо информировать и обследовать на предмет факторов риска развития рака молочной железы, включая генетические мутации (то есть BRCA1, BRCA2), семейный анамнез, возраст, облучение, воздействие эстрогенов, а также количество ткани молочной железы, которое будет сохранено после выполнения вмешательства [Brown, Lourenco et al., 2021; Brown & Jones, 2015; Colebunders et al., 2014; Gooren et al., 2013; Salibian et al., 2021; Weyers et al., 2010]. Скрининг на рак молочной железы предполагает выявление рака при помощи определённых методов

визуализации, анализов и процедур. В настоящее время не существует специфических доказательных руководств в отношении скрининга у ТГО-людей [Salibian et al., 2021], однако недавно Американским радиологическим колледжем были предложены рекомендации по его проведению [Brown, Lourenco et al., 2021]. Поскольку риск развития рака молочной железы у людей, обращающихся за гендерно-аффирмативными вмешательствами, аналогичен таковому у общего населения (даже с учётом гормональной терапии), необходимо следовать существующим скрининговым стандартам [Brown, Lourenco et al., 2021]. Специалисты должны отслеживать изменения стандартов, поскольку периодически они обновляются. Люди, у которых выполняются гендерно-аффирмативные хирургические вмешательства в области молочных желёз, должны проходить регулярные осмотры на предмет рака молочной железы, контроль за этим процессом входит в обязанности медицинского персонала первичного звена.

**Рекомендация 13.3.** Мы рекомендуем хирургам перед выполнением хирургических вмешательств информировать трансгендерных и гендерно отличных пациентов, обращающихся за гендерно-аффирмативными хирургическими вмешательствами, на тему условий послеоперационного ухода, поездок и размещения, а также важности послеоперационного наблюдения.

Детали касательно временных рамок, техники и продолжительности послеоперационного ухода должны обсуждаться с пациентом в предоперационный период таким образом, чтобы у него была возможность принять все необходимые меры. Это включает обсуждение предполагаемых этапов вмешательства (и связанные с этим поездки). Учитывая, что количество хирургов, специализирующихся в области ГАХВ, невелико, нередко пациентам бывает необходима поездка в другой город/регион. Перед выполнением вмешательства хирурги должны предоставлять пациентам план послеоперационного наблюдения. Необходимо обсудить с пациентом даты будущих поездок, предполагаемые условия проживания (в палате или гостинице), а также возможные изменения в планах (на случай развития осложнений). Учитывая сложность организации, а также стоимость билетов и проживания, необходимо информировать пациента об изменениях в планах как можно раньше. Хирургам следует обеспечивать

непрерывный уход за пациентом в сотрудничестве со специалистами по месту его проживания.

Послеоперационный уход и последующее наблюдение очень важны. Гендерно-аффирмативные хирургические вмешательства зачастую имеют специфические послеоперационные требования, такие как наличие ресурсов (стабильное проживание в безопасных условиях; ресурсы, необходимые для поездок в рамках последующего наблюдения), формирование здоровых привычек (личная гигиена, здоровый образ жизни, предотвращение инфекций мочеполового тракта и инфекций, передающихся половым путём [Wierckx, Van Caenegem et al., 2011]), меры предосторожности и ограничения повседневной активности в послеоперационный период (таких как купание, физическая активность и упражнения, особые требования к питанию, время возобновления сексуальной активности [Capitán et al., 2020]), возобновление медикаментозной терапии (антикоагулянтов, гормональной терапии и т. д.), а также специфические послеоперационные процедуры по уходу (например, бужирование и спринцевание после выполнения вагинопластики, приведение в действие фаллопротеза, стратегии по оптимизации мочеиспускания после выполнения фаллопластики, рекомендации по уходу за зоной пересадки волос) [Capitán et al., 2017; Falcone et al., 2018; García, 2018; Hobeke et al., 2005]. Некоторые аспекты послеоперационного ухода могут вводиться ещё на этапе до выполнения вмешательства и усиливаться после его выполнения [Falcone et al., 2018]. Поскольку могут возникать затруднения в связи с расхождением послеоперационных швов, бужированием или развитием инфекций мочеполового тракта [Du et al., 2019], послеоперационное наблюдение позволяет принять меры, смягчить или предотвратить появление осложнений [Buncamper et al., 2016; García, 2021].

**Рекомендация 13.4.** Мы рекомендуем хирургам удостовериться в том, что до выполнения гонадэктомии у трансгендерных и гендерно отличных пациентов с пациентами были обсуждены возможности сохранения фертильности.

Утрата репродуктивной способности нередко является последствием как гендерно-аффирмативной гормональной терапии (временно), так и ГАХВ (перманентно), таким образом, вопросы сохранения репродуктивного потенциала должны обсуждаться

в обоих случаях [Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Jahromi et al., 2021; Jones et al., 2021]. Хирургические вмешательства, изменяющие анатомическое строение репродуктивного тракта или его функцию, могут накладывать те или иные ограничения на будущую репродуктивную способность [Nahata et al., 2019]. Крайне важно обсуждать риск бесплодия и возможности сохранения репродуктивного потенциала с трансгендерными людьми и их семьями до начала подобных процедур, а также впоследствии на регулярной основе [Hembree et al., 2017]. Касательно конкретных рекомендаций в отношении репродуктивных возможностей см. главу 16 «Репродуктивное здоровье».

**Рекомендация 13.5.** Мы предлагаем хирургам рассматривать возможность выполнения гонадэктомии у трансгендерных и гендерно отличных пациентов, удовлетворяющих критериям, при наличии данных о том, что пациенты проходили гормональную терапию на протяжении как минимум шести месяцев (кроме случаев, когда к гормональной терапии или подавлению функции гонад нет клинических показаний или же эта процедура не соответствует целям/потребностям/гендерной экспрессии пациента).

Сопроводительный текст — см. рекомендацию 13.6.

**Рекомендация 13.6.** Мы предлагаем медицинским специалистам рассматривать возможность выполнения гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств у трансгендерных и гендерно отличных пациентов, удовлетворяющих критериям, при наличии данных о том, что гормональная терапия проводилась стабильно в соответствии с выбранной на этом этапе схемой (на протяжении как минимум шести месяцев или дольше, если это необходимо для достижения оптимального хирургического результата, кроме случаев, когда пациент не желает проходить гормональную терапию или же к её прохождению имеются медицинские противопоказания).

ГАГТ вызывает анатомические, физиологические и психологические изменения. Анатомические изменения (например, увеличение клитора, атрофия слизистой влагалища) могут начаться вскоре после начала гормональной терапии и достигают максимума приблизительно на сроке 1–2 года после её начала [T’Sjoen et al., 2019]. В зависимости от желаемого результата хирургического

вмешательства прохождения гормональной терапии на протяжении определённого времени может быть необходимо для выполнения вмешательства (к примеру, для достижения достаточной маскулинизации клитора перед выполнением метоидиопластики/фаллопластики), также это может быть желательно в силу соображений психологического и/или анатомического характера (развитие молочных желёз и растяжение кожи перед хирургическим увеличением молочных желёз, смягчение кожи и изменение распределения подкожной жировой ткани на лице перед хирургической феминизацией лица) [de Blok et al., 2021]

Людей, не проходящих гормональную терапию перед выполнением хирургических вмешательств, необходимо информировать на тему того, как отсутствие гормональной терапии может отразиться на результате планируемого вмешательства.

Для пациентов, готовящихся к гонадэктомии и не проходящих гормональную терапию, план заместительной гормональной терапии может быть разработан заранее, до выполнения хирургического вмешательства.

**Рекомендация 13.7.** Мы рекомендуем хирургам рассматривать возможность выполнения гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств у трансгендерных и гендерно отличных подростков, удовлетворяющих критериям, при наличии данных о том, что решение о назначении вмешательства принималось с участием междисциплинарной команды специалистов, в которую входил специалист в области психического здоровья.

Имеется значительная доказательная база (обсервационные исследования [Monstrey et al., 2001; Stojanovic et al., 2017], обзоры публикаций и мнения экспертов [Esteva de Antonio et al., 2013; Frey et al., 2017; Hadj-Moussa et al., 2019; Pan & Honig, 2018], установленные стандарты [Byne et al., 2018; Chen, Fuqua et al., 2016; Hembree et al., 2017; Karasic & Fraser, 2018; Klein, Paradise et al., 2018; Weissler et al., 2018] и тематический контент-анализ [Gerritse et al., 2018]) в поддержку междисциплинарного подхода (физическое/психическое здоровье и хирургия) к оказанию медицинской помощи трансгендерным людям.

Междисциплинарный подход также имеет большое значение при работе с проблемами психологического характера, при их наличии,

у ТГО-людей, обращающихся за ГАХВ [de Freitas et al., 2020; Dhejne et al., 2016; van der Miesen et al., 2016]. Кроме того, врачи общего профиля и медицинские специалисты могут оказывать поддержку при принятии решений касательно сроков выполнения вмешательства, желаемого результата и ожиданий, ведения гормональной терапии в период непосредственно перед выполнением вмешательства и после него, а также контроля имеющихся заболеваний [Elamin et al., 2010; Nembree et al., 2017]. Конкретные рекомендации по обследованию подростков перед назначением хирургических вмешательств, см. в главе 6 «Подростки».

**Рекомендация 13.8.** Мы рекомендуем хирургам привлекать широкую междисциплинарную команду специалистов по работе с трансгендерными пациентами в случаях, когда трансгендерные и гендерно отличные люди, удовлетворяющие критериям, обращаются за гендерно-аффирмативными вмешательствами по индивидуальному запросу (ранее определяемыми как «нестандартные»).

Гендерные идентичности представляют собой спектр, и гендерная экспрессия людей отличается крайним разнообразием [Beek et al., 2015; Koehler et al., 2018]. Учитывая, что в цели выполнения конкретной процедуры, как правило, входит уменьшение гендерной дисфории [van de Grift, Elaut et al., 2017] или достижение гендерного соответствия, индивидуальные потребности гендерно отличных людей могут приводить к появлению индивидуализированных запросов на хирургические вмешательства, которые могут восприниматься как «нестандартные» [Beek et al., 2015; Bizic et al., 2018]. Индивидуализированные запросы на хирургические вмешательства могут определяться:

- 1) как процедура, изменяющая гендерную экспрессию человека, но при этом необязательно имеющая целью изменить её на противоположную в рамках бинарной гендерной системы;
- 2) нестандартное сочетание давно практикуемых процедур;
- 3) оба варианта.

Необходимо информировать и консультировать пациентов, а также удостоверяться в том, что их цели достижимы. Хирург должен сотрудничать с пациентом для того, чтобы оба могли быть уверены в реалистичности и достижимости поставленных целей, а также

в том, что предполагаемые вмешательства будут безопасны и технически выполнимы. Пациент и хирургическая команда должны быть вовлечены в процесс принятия решения [Cavanaugh et al., 2016]. В рамках процедуры предоставления информированного согласия необходимо затрагивать вопросы необратимости тех или иных процедур, их недостаточной изученности, а также ограниченность данных касательно их исхода в долгосрочной перспективе.

**Рекомендация 13.9.** Мы предлагаем хирургам, работающим с трансгендерными мужчинами и гендерно отличными пациентами, у которых была выполнена метоидиопластика/фаллопластика, информировать своих пациентов о важности урологического наблюдения на протяжении последующей жизни.

Осложнения, развивающиеся после выполнения метоидиопластики/фаллопластики, затрагивают мочеполовой тракт и сексуальную функцию [Kang et al., 2019; Monstrey et al., 2009; Santucci, 2018; Schardein et al., 2019]. Среди осложнений, связанных с уретрой (последствия выполненного удлиннения уретры), описываются сужение уретры в 35–58% случаев, фистулы уретры в 15–70% случаев [Monstrey et al., 2009; Santucci, 2018; Schardein et al., 2019], дивертикулы, мукоцеле в связи с остаточной тканью влагалища, а также рост волос внутри неоуретры [Berli et al., 2021; Veerman et al., 2020]. Среди осложнений, связанных с сексуальной функцией, могут быть ограничение тактильной/эрогенной чувствительности или её полное отсутствие, трудности в достижении оргазма, а также осложнения, связанные с установленным фаллопротезом [Kang et al., 2019; Santucci, 2018]. Среди осложнений, связанных с фаллопротезами, описаны инфекции (частота 8–12%), поломка протеза, эрозия уретры, экструзия протеза, а также его смещение [Falcone et al., 2018; Kang et al., 2019; Morrison et al., 2016]. Несмотря на то что большинство осложнений, связанных с уретрой и протезами, развивается на раннем и среднем послеоперационном этапе, они могут возникать и в более отдалённые сроки. Раннее обнаружение осложнений может предотвращать их усугубление (например, развитие фистулы в месте сужения уретры, развивающуюся эрозию в месте установки протеза, в дальнейшем осложняющуюся инфицированием и требующую удаления протеза) [Blecher et al., 2019].

Регулярные обследования на предмет потенциального сужения уретры (или иных связанных с ней осложнений) могут включать в себя ультразвуковой осмотр мочевого пузыря для оценки остаточного объёма мочи после мочеиспускания (для обнаружения и определения стадии развития сужения уретры), флюороскопическую уретрографию (для обнаружения и определения стадии развития сужения уретры, фистулы или дивертикулы), а также цистоуретроскопию для исследования уретры и мочевого пузыря. У ТГО-мужчин также могут развиваться урологические проблемы, не связанные с трансгендерным переходом (мочевые камни, гематурия, а также злокачественные новообразования мочеполового тракта) [Sterling & Garcia, 2020a, 2020b].

**Рекомендация 13.10.** Мы рекомендуем хирургам, работающим с трансгендерными женщинами и гендерно отличными пациентами, у которых была выполнена вагинопластика, информировать своих пациентов о важности последующего наблюдения, которое может осуществлять хирург, врач общего профиля или гинеколог.

Вагинопластика является безопасной процедурой [Hontscharuk, Alba, Hamidian Jahromi et al., 2021]. Несмотря на возможность развития осложнений, большинство таковых не имеют тенденции к усугублению или требуют незначительного медицинского вмешательства [Hontscharuk, Alba, Hamidian Jahromi et al., 2021]. Среди незначительных осложнений могут быть такие проблемы, как образование грануляций, рост волос внутри неовлагалища, замедленное заживление и/или расхождение швов, эстетические недостатки и сужение входа в неовлагалище [Ferrando, 2020; Kloer et al., 2021]. Несмотря на то что, как правило, эти осложнения не имеют тенденции к усугублению, они могут влиять на благополучие пациентов. Кроме того, они могут оставаться недиагностированными или же быть диагностированы неверно в случаях, когда пациенты не могут получить помощь специалистов, квалифицированных в области работы с трансгендерными людьми. Мы рекомендуем, чтобы хирург обеспечивал регулярное наблюдение за пациентами с их личным присутствием, к примеру на сроке две недели, три месяца и один год после выполнения вмешательства, при этом в отдельных случаях может потребоваться более продолжительное наблюдение.

Дополнительная гинекологическая помощь необходима на протяжении последующей жизни ТГО-людей и может оказываться в различных условиях. Осмотр с использованием зеркала для выявления грануляций, волос или повреждений может выполняться врачом общего профиля, гинекологом или хирургом, выполнявшим ГАХВ, и может требоваться вне непосредственного послеоперационного периода [Grimstad, McLaren et al., 2021; Suchak et al., 2015; van der Sluis et al., 2020]. В случаях лабораторного подтверждения инфекций мочевого тракта или ИППП, а также прочих изменений неовгинальной флоры, лечение может назначаться с опорой на соответствующие рекомендации для трансгендерных людей [Hooton, 2012; Sherrard et al., 2018]. Осмотр предстательной железы производится в соответствии с рекомендациями для трансгендерных людей с доступом через неовлагалище, поскольку предстательная железа расположена за его задней стенкой [Carter et al., 2013].

Среди прочих осложнений могут быть стеноз неовлагалища, образование ректовагинальной фистулы и воспалительные процессы (при вагинопластике с использованием фрагмента кишечника) [Bustos et al., 2021]. Они могут потребовать консервативных и хирургических вмешательств с направлением к хирургу, выполнявшему вмешательство, а также при необходимости с привлечением иных хирургов в качестве консультантов (например, колоректального хирурга). Кроме того, поскольку дисфункция тазового дна может развиваться у 30–40% пациентов как до выполнения вагинопластики, так и после неё, доступ к физиотерапии тазового дна является важным дополнительным аспектом послеоперационного ухода [Jiang et al., 2019].

**Рекомендация 13.11.** Мы рекомендуем, чтобы работой с пациентами, сожалеющими о выполнении гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств, занималась междисциплинарная команда специалистов.

Доля пациентов, сожалеющих впоследствии о выполненных ГАХВ, очень низка (от 0,3% до 3,8%) [De Cuypere & Vercruyssen, 2009; Defreyne, Motmans et al., 2017; Hadj-Moussa et al., 2019; Hadj-Moussa, Agarwal et al., 2018; Hadj-Moussa, Ohl et al., 2018; Landén et al., 1998; Narayan et al., 2021; van de Grift, Elaut et al., 2018; Wiepjes et al., 2018]. Наибольшая частота случаев сожаления наблюдалась в период, когда

были менее развиты техники выполнения вмешательств, не была установлена важность междисциплинарного подхода и не были сформулированы или широко известны «Стандарты помощи» [Landén et al., 1998]. Сожаление может носить временный или перманентный характер, а также может быть классифицировано как социальное (вызванное трудностями в семейной, религиозной, социальной и профессиональной жизни), медицинское (вызванное отдалёнными осложнениями, разочарованием в результате или принятием ошибочных решений в предоперационный и послеоперационный период), а также истинное сожаление гендерного характера (как правило, связанное с постановкой неверного диагноза и/или недостаточным пониманием своей гендерной идентичности) [Narayan et al., 2021]. Подобная классификация соответствует обсуждаемым выше индикаторам позитивного и негативного исхода [De Cuypere & Vercruyse, 2009; Gils & Brewaeys, 2007; Pfäfflin & Junge, 1998].

В рамках междисциплинарного подхода может быть установлена природа сожаления, а также устойчивость потребности в новом хирургическом вмешательстве на протяжении времени [Narayan et al., 2021]. После проведения обследования с учётом индивидуальных обстоятельств пациента могут назначаться консервативные или хирургические вмешательства, направленные на продолжение трансгендерного перехода или же на возвращение к анатомической конфигурации, соответствующей полу, приписанному пациенту при рождении. Подробнее см. главу 5 «Обследование взрослых».

## **ГЕНДЕРНО-АФФИРМАТИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

Поскольку понимание различных аспектов гендерного несоответствия увеличивается, а также развиваются технологии, делающие новые виды вмешательств возможными, крайне необходимо понимать, что список, предложенный ниже, не является исчерпывающим. Это особенно важно ввиду значительных временных промежутков, проходящих между публикациями очередных версий «Стандартов помощи», на протяжении которых могут происходить изменения в понимании и подходах к оказанию помощи.

ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ	
Лоб	Уменьшение лба Увеличение лба Подтяжка лба
Изменение линии роста волос и/или пересадка волос	
Подтяжка лица / подтяжка средней части лица (после изменения костной структуры)	Платизмопластика
Блефаропластика	Липофилинг
Ринопластика (±филлеры)	
Скулы	Установка имплантов Липофилинг
Губы	Укорочение верхней губы Увеличение губ (с использованием собственной жировой ткани или филлеров)
Нижняя челюсть	Уменьшение угла нижней челюсти Увеличение
Гениопластика	Остеопластическая Аллопластическая (с установкой импланта)
Хондроларингопластика	Хирургическая коррекция голосовых связок (см. главу 14 «Голос»)

### МОЛОЧНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ / ГРУДЬ

Мастэктомия	Мастэктомия с сохранением/ реконструкцией сосков (в зависимости от медицинской необходимости у конкретного пациента) Мастэктомия без сохранения/ реконструкции сосков (в зависимости от медицинской необходимости у конкретного пациента)
-------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

МОЛОЧНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ / ГРУДЬ	
Липосакция	
Реконструкция (увеличение молочных желёз)	Установка имплантов и расширителей ткани с использованием собственных тканей пациента (лоскутов и жировой ткани)

ГЕНИТАЛИИ	
Фаллопластика (с/без скротопластики)	с/без удлинения уретры с/без установки протезов (пенильных и тестикулярных) с/без выполнения кольпэктомии/ кольпоклезиа
Метоидиопластика (с/без скротопластики)	с/без удлинения уретры с/без установки протезов (пенильных и тестикулярных) с/без выполнения кольпэктомии/ кольпоклезиа
Вагинопластика (методом инверсии, с использованием ткани брюшины или фрагмента кишечника)	Может выполняться с сохранением пениса и тестикул(-ы)
Вульвопластика	Может включать в себя процедуру т. н. flat front <sup>26</sup>

ГОНАДЭКТОМИЯ	
Орхиэктомия	
Гистерэктомия и/или сальпингоовариэктомия	

<sup>26</sup> Flat front — вариация генитальной пластики, заключающаяся в конструировании «гладкой передней части». Представляет из себя пенэктомию с орхиэктомией, сопровождающуюся реконструкцией уретрального отверстия. Этот особый запрос может звучать от ТГО-людей с идентичностью евнухов. Больше об этой вариации — в книге Gender Confirmation Surgery. Principles and Techniques for an Emerging Field под редакцией Loren S. Schechter (2020).

КОРРЕКЦИЯ ФИГУРЫ	
Липосакция	
Липофилинг	
Импланты	Пекторальные, бёдра, ягодицы, голени
Пластика / уменьшение лонного бугорка	

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ	
Удаление волос: удаление волос на лице, теле и области гениталий в качестве гендерно-аффирмативной процедуры или при подготовке к хирургическим вмешательствам (см. рекомендацию 15.4 об удалении волос)	Электроэпиляция Лазерная эпиляция
Татуаж (области сосков/ареол)	
Пересадка матки	
Пересадка пениса	

## ГЛАВА 14. ГОЛОС И КОММУНИКАЦИЯ

Люди вступают в коммуникацию друг с другом не только для того, чтобы обмениваться информацией об окружающем мире, но также и для того, чтобы предъявлять другим людям самих себя как существ, живущих внутри социокультурного контекста, находя в процессе взаимодействия с окружающими приемлемые формы упоминания о себе, обращения к себе, а также обращения с собой таким образом, чтобы ощущать безопасность и уважение к себе со стороны окружающих [Azul et al., 2022]. Голос считается одним из основных факторов, сообщающих окружающим о гендерной принадлежности человека как одном из измерений человеческого разнообразия. Однако другие аспекты и способы коммуникации (артикуляция, выбор лексики, жесты, а также восприятие и предположения со стороны слушателя) также должны приниматься во внимание [Azul, 2015; Azul & Hancock, 2020]. В этой главе формулировка «голос и коммуникация» используется для обозначения практик смыслообразования, которые каждый из участников социального взаимодействия осуществляет в соответствии со своими потребностями, пожеланиями, идентичностями и способностями.

Несмотря на то что в исследовательской литературе, посвящённой этой тематике, долгое время преобладало бинарное понимание гендера, подход, рекомендуемый в этой главе, предполагает более инклюзивный взгляд на гендерную принадлежность (мы говорим о трансфеминных, трансмаскулиных, гендерфлюидных, небинарных, гендерквир, агендерных людях), а также понимание того, что гендер существует не в изоляции, но в пересечении с прочими аспектами человеческого разнообразия (например, принадлежностью к коренному населению, этнической/расовой принадлежностью, сексуальностью, наличием/отсутствием инвалидности, религиозной/духовной принадлежностью/верованиями). Рекомендации, вошедшие в эту главу, применимы ко всем трансгендерным и гендерно отличным (ТГО) людям, которым требуется поддержка в области владения голосом и навыками коммуникации, включая детей, подростков, взрослых всех возрастов, а также людей, желающих совершить (обратный) трансгендерный переход, вне зависимости от выполненных вмешательств.

Не все ТГО-люди испытывают трудности или нуждаются в профессиональной помощи в связи с голосом и коммуникацией, но те из них, у которых такая потребность существует, нередко сталкиваются с преградами в её получении. Несмотря на то что их доля различается в зависимости от страны и принадлежности к той или иной подгруппе ТГО-людей, статистические данные подтверждают опасения, что ТГО-люди не могут получить помощь в связи с голосом и коммуникацией на удобных им условиях [Eyssel et al., 2017; James et al., 2016; Oğuz et al., 2021; Södersten et al., 2015; Veale et al., 2019]. По данным этих исследований, доля ТГО-людей, желающих пройти обучение навыкам владения голосом и коммуникации или получить доступ к хирургической коррекции голоса, в целом выше, чем доля людей, прошедших эти процедуры. За некоторыми исключениями тренировка голоса, как правило, более доступна по сравнению с его хирургической коррекцией. В подгруппах ТГО-людей, являющихся более маргинализованными по сравнению с остальными ТГО-людьми, например ТГО-людей, имеющих маргинализованную этническую/расовую принадлежность, уровень дискриминации и затруднений при доступе к помощи ещё выше [James et al., 2016; Xavier et al., 2005].

Среди наиболее распространённых преград к получению услуг участники исследований называют их высокую стоимость, отсутствие знания о том, куда обратиться, а также отсутствие предложения. По данным исследований в США [Hancock & Downs, 2021; Kennedy & Thibeault, 2020], Турции [Oğuz et al., 2021] и Аотеароа / Новой Зеландии [Veale et al., 2019], недостаток достоверной информации об услугах по тренировке навыков владения голосом и коммуникации представляет собой значительную и повсеместную преграду к получению помощи для ТГО-людей. Стоит отметить, что в Швеции помощь в области владения голосом и коммуникации предлагается всем ТГО-людям при постановке диагноза «гендерное несоответствие» [Södersten et al., 2015]. Кроме того, культурная отзывчивость специалистов, оказывающих подобные услуги, растёт очень медленно [Hancock & Haskin, 2015; Jakomin et al., 2020; Matthews et al., 2020; Sawyer et al., 2014]. В своём исследовании Hancock and Downs [2021] провели предварительную работу по выявлению специфических преград к получению услуг в области тренировки навыков владения голосом и коммуникации, а также по разработке эффективных мер по их устранению.

Цель этой главы состоит в том, чтобы предоставить медицинским специалистам (МС) рекомендации в отношении того, как поддерживать ТГО-пациентов, сталкивающихся с трудностями или испытывающих дистресс в связи с собственным голосом или манерой общения и/или реакциями и восприятием своей идентичности со стороны окружающих, и способствовать их благополучию [Azul et al., 2022].

Существует несколько подходов, которые ТГО-люди могут использовать для решения проблем с голосом и коммуникацией, как по отдельности, так и в сочетании: самостоятельная тренировка, которая может опираться на ресурсы, накопленные и используемые ТГО-сообществом для изменения голоса и коммуникативных практик; тренировка под руководством специалистов по развитию навыков владения голосом и коммуникации; изменение голоса под действием гормональной терапии андрогенами или в результате хирургического вмешательства в области голосовых связок. Имеющиеся данные исследований относятся к последним трём подходам и не касаются самостоятельной тренировки.

«Специалист по тренировке навыков владения голосом и коммуникации» — это человек, обладающий знаниями в области динамических процессов речевого взаимодействия, доступных профессиональных вмешательств, включая поведенческие, гормональные и хирургические, а также соответствующих процессов из области биофизиологии и социокультурного смыслообразования и внешних материальных факторов [Azul & Hancock, 2020]. Этот специалист способен провести обследование, на результатах которого будет основываться целеполагание ТГО-человека, исследование имеющихся альтернатив и выбор вмешательства в рамках человекоориентированного, культурно-компетентного подхода. Этот специалист квалифицирован в области тренировки навыков владения голосом и коммуникации.

К практическим областям, поддающимся тренировке, относятся: разговорный и певческий голос, осознанность, расслабление, дыхание, высота голоса и его диапазон, качество голоса, тембр/резонанс, громкость, мощность, мимика, жестикуляция, поза, движения, навыки самопрезентации, описание своей идентичности, запрос на уважительное и культурно-отзывчивое обращение (включая приемлемые формы обращения), уверенное и гибкое реагирование на

некорректное обращение/восприятие со стороны окружающих, практическое применение полученных знаний и умений с различными людьми в различных повседневных ситуациях [Hancock & Siegfriedt, 2020; Mills & Stoneham, 2017]. Услуги по тренировке навыков владения голосом и коммуникации должны предлагаться в рамках комплексного и скоординированного подхода к здоровью, в котором учитываются медицинские, психологические и социальные потребности [Södersten et al., 2015]; при этом специфические критерии отбора клиентов (такие как прохождение гормональной терапии, выполнение хирургических вмешательств или продолжительность жизни в определённой гендерной роли) отсутствуют. Оказание помощи ТГО-людям в области развития навыков владения голосом и коммуникации преследует следующие цели.

- Информирование клиентов о факторах, влияющих на функцию голоса и коммуникативные практики, включая восприятие идентичности говорящего (факторы, относящиеся к слушателю и говорящему, профессиональные практики, внешние материальные, биофизиологические и социокультурные факторы).
- Развитие у клиентов навыков трансляции собственной социокультурной принадлежности (например, в гендерном отношении) в повседневных ситуациях таким образом, чтобы она соответствовала их желаемой самопрезентации, а также развитие и поддержание вокальных и коммуникативных навыков, соответствующих целям клиентов, таким образом, чтобы это не наносило вред их голосовому аппарату.
- Тренировка практических навыков звукоизвлечения у клиентов с ограничениями голосовой функции (к примеру, возникших в результате чрезмерной нагрузки на голосовой аппарат).
- Развитие у клиентов умения уверенно добиваться использования желаемых форм обращения (таких как имя, местоимения, грамматический род, уважительные формы обращения), а также грамотно реагировать на неправильное обращение/восприятие со стороны окружающих таким образом, чтобы это способствовало увеличению и поддержанию благополучия клиентов.
- Развитие у клиентов навыков решения проблем, которые помогут справиться с тревожностью, стрессом и дисфорией, с привлечением специалистов в области психического здоровья; а также навыков по преодолению факторов,

препятствующих использованию предпочитаемого голоса и способа коммуникации в повседневной жизни.

- Предоставление клиентам поддерживающих ресурсов, которые помогут им в развитии навыков владения голосом и коммуникации, осознанного звукоизвлечения и общего благополучия, или направление их к специалистам, которые могут предоставить такие ресурсы.
- Сотрудничество с другими специалистами (такими как специалисты в области психического здоровья, ларингохирурги или эндокринологи), чья квалификация больше соответствует потребностям клиента, и направление клиентов к этим специалистам. Последнее может быть особенно важно для клиентов, сталкивающихся со значительными трудностями в связи с наличием множественных факторов, препятствующих здоровью и благополучию, или же в случаях, когда клиент желает хирургической коррекции голоса или гормональной терапии.

У ТГО-людей могут применяться два типа хирургических вмешательств в области голосовых связок: вмешательства, направленные на повышение высоты голоса (например, глоттопластика с удлинением передней спайки, перстнещитовидная фиксация (cricothyroid approximation, СТА, также известная как тиропластика 4-го типа), феминизирующая ларингопластика, лазерная настройка голоса (laser-assisted voice adjustment, LAVA) [Anderson, 2007; Anderson, 2014; Brown, 2000; Casado, 2017; Geneid, 2015; Gross, 1999; Kelly et al., 2018; Kanagalingam, 2005; Kim, 2017; Kim, 2020; Kocak, 2010; Kunachak, 2000; Mastronikolis, 2013; Mastronikolis et al., 2013; Matai, 2003; Meister, 2017; Mora, 2018; Neumann, 2004; Nuyen et al., 2022; Orloff, 2006; Pickuth, 2000; Remacle, 2011; Thomas & MacMillan, 2013; Tschan, 2016; Van Borsel, 2008; Wagner, 2003; Wendler, 1990; Yang, 2002], а также вмешательства, направленные на понижение высоты голоса (например, тиропластика 3-го типа, инъекционная глоттопластика) [Bultynck et al, 2020; Isshiki et al., 1983; Kojima et al. 2008; Webb et al., 2021]. Среди описанных акустических преимуществ вмешательств, повышающих высоту голоса, можно назвать повышение высоты голоса в целом (его средней частоты,  $f_0$ ) и повышение его минимальной частоты (Min  $f_0$ , самой нижней частоты физиологического голосового диапазона). Отзывы ТГО-пациентов говорят об удовлетворённости результатами хирургической коррекции голоса в целом, несмотря на то,

что отдельные люди испытывают потребность в более масштабном изменении своей голосовой самопрезентации и могут нуждаться в тренировке под руководством специалиста в дополнение к хирургическому вмешательству [Brown, Chang et al. 2021; Kelly et al., 2018; Nuyen et al., 2022]. Меры в отношении потенциальных негативных последствий хирургического повышения высоты голоса могут быть приняты в рамках работы со специалистом по тренировке навыков владения голосом и коммуникации. Описаны такие негативные последствия хирургического повышения высоты голоса, как дисфония, слабость голоса, ограничение диапазона частот при разговоре, особенно в верхней части диапазона (снижение  $Max\ f_0$ , самой высокой частоты физиологического голосового диапазона), хрипота, неустойчивость голоса, постепенное понижение его высоты со временем [Kelly et al., 2018; Song & Jiang, 2017], при этом данные о частоте подобных жалоб противоречивы.

Исследований на тему хирургических вмешательств, направленных на понижение высоты голоса, немного. Однако по данным исследований с участием восьми ТГО-пациентов, у которых была выполнена тиропластика 3-го типа в связи с продолжительной неудовлетворённостью результатами гормональной терапии [Bultynck et al., 2020], а также одного пациента, у которого была выполнена инъекционная глоттопластика после прохождения терапии тестостероном и тренировки голоса со специалистом [Webb et al., 2020], имело место статистически значимое понижение фундаментальной частоты, воспринимаемой как высота голоса.

Терапия препаратами эстрогенов у ТГО-людей не приводит к измеримому изменению голосовых характеристик [Mészáros et al., 2005], при этом у людей, проходящих терапию тестостероном, могут происходить как желательные, так и нежелательные изменения голосообразования в гендерном и функциональном отношении [Azul, 2015; Azul et al., 2017, 2018, 2020; Azul & Neuschaefer-Rube, 2019; Cosyns et al., 2014; Damrose, 2008; Deuster, Di Vincenzo et al., 2016; Deuster, Matulat et al., 2016; Hancock et al., 2017; Irwig et al., 2017; Nygren et al., 2016; Van Borsel et al., 2000; Yanagi et al., 2015; Ziegler et al., 2018]. В число желательных изменений входят понижение высоты голоса, устойчивое восприятие голоса как мужского со стороны окружающих, а также повышение удовлетворённости голосом. Среди причин неудовлетворённости результатами терапии тестостероном описаны

недостаточное понижение голоса, дисфония, слабость голоса, ограничение диапазона при пении, а также неустойчивость голоса. Эти проблемы могут диагностироваться и решаться в рамках занятий со специалистом по тренировке голоса.

Все рекомендации, вошедшие в эту главу, были сформулированы после подробного анализа доказательной базы, оценки преимуществ и вреда, ценностей и предпочтений специалистов и пациентов, а также использования ресурсов и реализуемости. В некоторых случаях мы были вынуждены признать недостаточность доказательной базы и/или факт недоступности некоторых услуг или их нежелательности.

## *Рекомендации*

14.1. Мы рекомендуем специалистам по тренировке голоса и навыков коммуникации оценивать имеющийся и желаемый уровень навыков владения голосом и коммуникации у трансгендерных и гендерно отличных людей и разрабатывать в соответствии с этим план действий для тех, кто недоволен своим голосом и коммуникативными навыками.

14.2. Мы рекомендуем, чтобы специалисты по тренировке голоса и навыков коммуникации, работающие с трансгендерными и гендерно отличными людьми, получали специализированное образование и квалификацию в области поддержки голосовой функции, навыков коммуникации и общего благополучия у этой группы населения.

14.3. Мы рекомендуем медицинским специалистам, работающим с трансгендерными и гендерно отличными людьми, быть готовыми направлять пациентов, недовольных своим голосом и коммуникативными навыками, к специалистам по тренировке голоса и навыков коммуникации для проведения диагностики, оказания помощи и поддержки.

14.4. Мы рекомендуем медицинским специалистам, работающим с трансгендерными и гендерно отличными людьми, быть готовыми направлять пациентов, планирующих пройти хирургическую коррекцию голоса, к специалистам по тренировке голоса и навыков коммуникации для оказания поддержки в пред- и послеоперационном периоде.

14.5. Мы рекомендуем медицинским специалистам, работающим с трансгендерными и гендерно отличными людьми, информировать пациентов, планирующих начать гормональную терапию тестостероном, о потенциальных последствиях этой терапии для голоса и коммуникации, а также о потенциальной вариабельности результатов терапии в этом отношении.

**Рекомендация 14.1.** Мы рекомендуем специалистам по тренировке голоса и навыков коммуникации оценивать имеющийся и желаемый уровень навыков владения голосом и коммуникации у трансгендерных и гендерно отличных людей и разрабатывать в соответствии с этим план действий для тех, кто недоволен своим голосом и коммуникативными навыками.

Специалисты по тренировке голоса и навыков коммуникации могут оценивать степень удовлетворённости клиента его социокультурным позиционированием в коммуникативных взаимодействиях, включая гендерный аспект и пересекающиеся с ним идентичности, учитывая их изменчивость на протяжении времени; восприятие клиента окружающими, степень соответствия этого восприятия идентичности и пожеланиям клиента, а также его влияние на благополучие клиента; степень естественности голоса и речевого поведения клиента; соотнесение голосовой и коммуникативной функции с предъявляемыми к ним требованиями. Методы оценки могут различаться (мнение самого клиента, восприятие специалиста, акустические, аэродинамические и эндоскопические средства диагностики) в зависимости от поставленных целей [Davies et al., 2015; Leyns et al., 2021; Oates & Dacakis, 1983]. К примеру, визуализация гортани может использоваться в случаях, когда у клиента имеются сопутствующие жалобы в связи с голосом (например, дисфония, связанная с мышечным напряжением) [Palmer et al., 2011] или проблемы со звукоизвлечением, имеющие первичный характер или возникшие вследствие гендерно-аффирмативных вмешательств, таких как хирургическая коррекция голоса или терапия андрогенами [Azul et al., 2017].

Специалисты по тренировке голоса и навыков коммуникации должны информировать ТГО-людей, недовольных своим голосом и навыками коммуникации, о доступных вмешательствах, способных

помочь им в этом отношении, при этом способствуя их общему благополучию. Каждая из имеющихся альтернатив должна предлагаться с объективной точки зрения, чтобы предоставить ТГО-клиенту пространство для самостоятельного принятия решения. Разрабатываемый план действий должен быть адаптирован для конкретного клиента, практически осуществим и построен с учётом всех доступных профессиональных услуг. Цели ТГО-клиента могут меняться по мере того, как он исследует возможности своего голоса и различные коммуникативные практики и оценивает степень удовлетворённости достигнутыми изменениями.

**Рекомендация 14.2.** Мы рекомендуем, чтобы специалисты по тренировке голоса и навыков коммуникации, работающие с трансгендерными и гендерно отличными людьми, получали специализированное образование и квалификацию в области поддержки голосовой функции, навыков коммуникации и общего благополучия у этой группы населения.

Дипломы и лицензии, имеющиеся у специалистов по тренировке голоса и навыков коммуникации (логопедов, речевых терапевтов, преподавателей по вокалу и сценической речи), могут различаться в зависимости от региона, и в них, как правило, не уточняются критерии для работы с определёнными группами. Как правило, специализированная подготовка по работе с ТГО-людьми не входит в стандартную программу обучения этим профессиям [Jakomin et al., 2020; Matthews et al., 2020]. Знания и навыки общего характера в отношении голосового аппарата и межличностной коммуникации являются основополагающими, но недостаточными для оказания ТГО-людям учитывающей особенности культуры, человекоориентированной помощи, которая при этом будет результативной, эффективной, инклюзивной и доступной [Hancock, 2017; Russell & Abrams, 2019].

Специалистам, работающим в этой области, необходимо всестороннее образование, способствующее развитию у них осознанности и коммуникативных навыков, помогающих при общении в контексте социального разнообразия, культурной компетентности и чувствительности к культурным нюансам для формирования уважительного и внимательного отношения к гендерному разнообразию и иным аспектам идентичностей клиентов, которые могут ассоциироваться

с целым рядом соответствующих потребностей [Azul, 2015; Azul et al., 2022]. Предпочтения клиентов в отношении имён, официальных форм обращения, заполнения графы «пол», а также местоимений и грамматического рода должны уважаться как при взаимодействии с клиентами, так и при упоминании о них в иных контекстах (в медицинской карте, заключениях, электронной переписке). Обучение необходимо и для подготовки пространства, в котором проходят занятия, а также при организации сопутствующих клинических и административных практик: когда ТГО-клиенты обсуждают с работающей с ними командой специалистов какие-либо вопросы, у них должно возникать ощущение принятия, безопасности и уважения.

Специалистам по тренировке голоса и навыков коммуникации, работающим с ТГО-людьми, требуются практические знания о принципах, механизмах и эффективности применимых в каждом конкретном случае вмешательств, компетенция в области обучения навыкам владения голосом и моделирования коммуникативного поведения, базовое понимание медицинских особенностей ТГО-людей, включая гормональные и хирургические вмешательства, а также специфических для этой группы проблем социально-психологического характера. При обучении специалистов необходимо включать методы и практики с доказанной эффективностью, разработанные силами ТГО-сообщества; в идеале желательно, чтобы их демонстрация происходила силами представителей ТГО-сообщества, имеющих опыт работы над голосом и коммуникативными навыками под руководством специалиста, или с их участием.

***Рекомендация 14.3.* Мы рекомендуем медицинским специалистам, работающим с трансгендерными и гендерно отличными людьми, быть готовыми направлять пациентов, недовольных своим голосом и коммуникативными навыками, к специалистам по тренировке голоса и навыков коммуникации для проведения диагностики, оказания помощи и поддержки.**

Специалисты по тренировке голоса и навыков коммуникации, когда они доступны, являются подходящими специалистами для оказания информационной и практической поддержки ТГО-людям, недовольным своим голосом и коммуникативными навыками. По имеющимся данным, именно эти специалисты в наибольшей степени способствуют достижению удовлетворённости своим голосом

и коммуникативными навыками у клиентов, таким образом снижая у них проявления гендерной дисфории и улучшая качество их жизни в коммуникативном аспекте [Azul, 2016; Block, 2017; Deuster, Di Vincenzo et al., 2016; Hancock, 2017; Hancock et al., 2011; Hardy et al., 2013; Kelly et al., 2018; McNamara, 2007; McNeill et al., 2008; Owen & Hancock, 2010; Pasricha et al., 2008; Söderpalm et al., 2004; Watt et al., 2018].

Имеются эмпирические доказательства того, что тренировка голоса у людей с приписанным при рождении мужским полом эффективна в отношении достижения желаемых голосовых изменений [Oates, 2019]. Согласно эмпирическим данным семи исследований, проведённых до 2020 года, тренировка голоса эффективна, несмотря на некоторую слабость доказательств [Carew et al., 2007; Dacakis, 2000; Gelfer & Tice, 2013; Hancock et al., 2011; Hancock & Garabedian, 2013; McNeill et al., 2008; Mészáros et al., 2005]. В ходе всех семи исследований использовались аналогичные методы тренировки голоса, при этом их результаты показали, что тренировка может эффективно повышать фундаментальную частоту (среднюю высоту голоса), расширять фундаментальный диапазон частот (голосовой диапазон), увеличивать степень удовлетворённости собственным голосом, восприятием собственного голоса и восприятием голоса как феминного со стороны окружающих, а также улучшать качество жизни в том, что касается использования голоса, социальных и профессиональных взаимодействий. Среди методологических ограничений упомянутых исследований можно назвать отсутствие рандомизированного исследования с применением контрольных групп, малые размеры выборок, недостаточно продолжительный период наблюдения, а также недостаток контроля неучтённых переменных. В 2021 году в ходе ещё одного систематического обзора эффективности тренировки голоса для людей с приписанным при рождении мужским полом исследователи пришли к аналогичным заключениям [Leyns et al., 2021].

До недавнего времени почти не проводилось исследований в отношении эффективности тренировки голоса у ТГО-людей с приписанным при рождении женским полом. Однако имеются обнадеживающие, хотя и несколько слабые данные о её эффективности на основе описания конкретного случая [Buckley et al., 2020], а также одного неконтролируемого проспективного исследования на тему групповой тренировки голоса [Mills et al., 2019].

**Рекомендация 14.4.** Мы рекомендуем медицинским специалистам, работающим с трансгендерными и гендерно отличными людьми, быть готовыми направлять пациентов, планирующих пройти хирургическую коррекцию голоса, к специалистам по тренировке голоса и навыков коммуникации для оказания поддержки в пред- и послеоперационном периоде.

Эту рекомендацию не следует толковать в том смысле, что прохождение тренировки голоса является необходимым этапом подготовки к его хирургической коррекции у ТГО-людей. Скорее её смысл состоит в том, что в рамках индивидуализированного человекоориентированного подхода к оказанию помощи необходимо задействовать все доступные ресурсы для информирования и поддержки клиента. Рекомендуется, чтобы решение ТГО-пациента о проведении вмешательства принималось после индивидуализированного информирования и консультирования со специалистом по тренировке голоса и навыков коммуникации и основывалось на результатах функциональной диагностики голосового аппарата, пробной тренировки и обсуждения ожидаемого исхода, а также рисков, связанных с выполнением хирургического вмешательства.

Прохождение тренировки голоса желательно как до, так и после выполнения большинства хирургических вмешательств по коррекции голоса, чтобы подготовить голосовой аппарат к этим процедурам и обеспечить восстановление голосовой функции впоследствии [Branski et al., 2006; Park et al., 2021]. Особенно это касается хирургического повышения высоты голоса. Предварительная тренировка голоса в этих случаях желательна, поскольку имеются данные о том, что некоторые голосовые параметры (факторы, связанные с интонацией и естественностью речи, такие как максимальная частота речевого диапазона) могут улучшаться при помощи тренировки, но не в результате проводимого хирургического вмешательства [Kelly et al., 2018].

Количество и качество исследований, посвящённых хирургическому понижению высоты голоса, в настоящий момент оставляют желать лучшего, особенно в том, что касается сопоставления результатов в случаях, когда параллельно осуществлялись или отсутствовали иные способы изменения высоты голоса (например, гормональная терапия тестостероном) [Bultynck et al., 2020]. Исследований на тему хирургического повышения высоты голоса значительно больше,

но качество данных остаётся низким. Исходы в случае выполнения хирургического вмешательства были сопоставлены с исходами без его выполнения [Anderson, 2007, 2014; Brown et al., 2000; Geneid et al., 2015; Gross, 1999; Kim, 2017; Kocak et al., 2010; Kunachak et al., 2000; Matai et al., 2003; Meister et al., 2017; Neumann & Welzel, 2004; Orloff et al., 2006; Pickuth et al., 2000; Remacle et al., 2011; Thomas & Macmillan, 2013; Tschan et al., 2016; Van Borsel et al., 2008; Yang et al., 2002], с исходами при использовании иной хирургической техники [Mora, 2018], с исходами при прохождении только тренировки голоса [Kanagalingam, 2005; Mastronikolis, 2013; Wagner, 2003], а также с исходами в случаях, когда хирургическое вмешательство сочеталось с тренировкой голоса [Casado, 2017; Kelly et al., 2018].

В 11 исследованиях участникам был задан вопрос, проходили ли они тренировку голоса перед хирургической коррекцией. Большинство ответили утвердительно, при этом они не были удовлетворены результатами тренировки, что и заставило их обратиться за хирургическим вмешательством. Таким образом, данные большинства исследований о результатах хирургических вмешательств в действительности отражают результат хирургических вмешательств в сочетании с тренировкой голоса. Факторы, предсказывающие вероятность обращения клиентов за хирургическим вмешательством после прохождения тренировки, неизвестны.

**Рекомендация 14.5.** Мы рекомендуем медицинским специалистам, работающим с трансгендерными и гендерно отличными людьми, информировать пациентов, планирующих начать гормональную терапию тестостероном, о потенциальных последствиях этой терапии для голоса и коммуникации, а также о потенциальной вариабельности результатов терапии в этом отношении.

По данным исследований на тему влияния терапии андрогенами на голос и коммуникацию у ТГО-людей, результаты у конкретных пациентов отличаются разнообразием и непредсказуемостью. Несмотря на то что, по данным некоторых исследований, влияние гормональной терапии на голос соответствовало ожиданиям и пожеланиям пациентов, имеются также качественные данные, свидетельствующие о том, что ТГО-люди не всегда остаются довольны результатами гормональной терапии в отношении голоса, и многие

сталкиваются с такими трудностями, как недостаточное понижение высоты голоса, неудовлетворительное качество голоса, недостаток громкости, низкая выносливость голоса, ограничения диапазона и подвижности [Azul, 2015, 2016, 2017, 2018; Cosyns et al., 2014; Nygren et al., 2016; Ziegler et al., 2018]. По данным недавно проведённого мета-анализа на основе 19 исследований, в ходе которых были изучены результаты прохождения терапии тестостероном на протяжении как минимум одного года, у 21% участников не произошло снижения высоты до нормативного цисгендерного мужского диапазона, 21% участников сообщали о недостаточном соответствии между голосом и своей гендерной идентичностью, а также о различных проблемах, связанных с голосом, и 16% не были полностью удовлетворены своим голосом [Ziegler, 2018].

Людей, планирующих проходить гормональную терапию андрогенами, необходимо информировать и консультировать до начала терапии с целью формирования у них реалистичных ожиданий и избежания последующего разочарования в отношении необратимого воздействия гормональной терапии на голос и коммуникацию. Кроме этого, ТГО-людей, не имеющих возможности или желания проходить терапию тестостероном, но желающих изменить характеристики своего голоса, или же людей, недовольных результатами терапии тестостероном, можно информировать о дополнительных или альтернативных вариантах (таких как тренировка голоса и навыков коммуникации, хирургическое понижение высоты голоса).

## ГЛАВА 15. ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ

Первичная медико-санитарная помощь является наиболее широкой областью медицины и определяется как «предоставление доступного комплекса медицинских услуг специалистами в области здравоохранения, в обязанности которых входит удовлетворение большинства медицинских потребностей, формирование устойчивых взаимоотношений с пациентами и работа в контексте семьи и сообщества» [Institute of Medicine, 1996]. Медицинский персонал первичного звена (МППЗ) включает широкий ряд медицинских специалистов (МС), оказывающих подобную помощь, включая врачей-терапевтов, медицинских сестёр, а также медицинских сестёр с дополнительной клинической специализацией и фельдшеров. МППЗ могут иметь различное образование, профессиональную подготовку и специализацию. Учитывая степень и характер специализации, широта практики может различаться, и не все специалисты могут оказывать медицинскую помощь ТГО-людям в полном объёме, включая охрану психического здоровья, гинекологическую/урологическую помощь или послеоперационный уход в контексте выполнения гендерно-аффирмативных вмешательств. Врачи-терапевты и прочий медицинский персонал получают крайне мало знаний об оказании медицинской помощи трансгендерным и гендерно отличным (ТГО) людям на всех этапах прохождения профессиональной подготовки [Dubin et al., 2018], и, таким образом, в настоящее время большинство навыков приобретается на практике, как на неформальной основе, так и путём краткосрочных курсов повышения квалификации (см. также главу 4 «Образование»). Однако в случаях, когда специалисты имеют квалификацию для оказания аналогичной помощи трансгендерным пациентам, они должны развивать у себя навыки работы с ТГО-пациентами. Предполагается, что нижеописанные навыки и умения находятся в рамках квалификации и профессионального опыта медицинского персонала. Однако весь МППЗ должен иметь возможность оказывать необходимый комплекс медицинских услуг ТГО-пациентам как напрямую, так и посредством направления пациентов к компетентным коллегам, включая других специалистов, для диагностики и лечения. Нет данных, свидетельствующих о том, что умение оказывать медицинскую помощь

ТГО-пациентам может быть приобретено исключительно при прохождении формального обучения или сертификации. Согласно чётко сформулированным рекомендациям относительно знаний и умений, МППЗ и ТГО-пациенты, вне зависимости от условий оказания помощи, могут взаимодействовать в рамках общих стандартов касательно знаний, умений, навыков и культурной компетентности, необходимых для работы с ТГО-пациентами.

Учитывая уникальные медицинские, хирургические и социальные реалии жизни ТГО-людей, МППЗ требуются определённые умения для работы с этой группой пациентов, в дополнение к тем, которыми должен обладать весь МППЗ ввиду того, что среди пациентов могут быть представители разнообразных меньшинств, в том числе этнических, расовых и сексуальных. Профессиональные организации, принадлежащие к различным дисциплинам широкого профиля, выпустили программные заявления и руководства, посвящённые работе с ТГО-людьми [Американский колледж акушерства и гинекологии, 2021; Итальянское общество гендера, идентичности и здоровья (SIGIS), Итальянское общество андрологии и сексуальной медицины (SIAMS), Итальянское эндокринологическое общество (SIE), 2021; Польское сексологическое общество, 2021; Южно-Африканское клиническое общество ВИЧ, 2021]. Wylie et al. [2016] сообщают: «Главным образом охрана общего здоровья и благополучия трансгендерных людей входит в обязанности медицинского персонала первичного звена, при этом не предполагается отличий от услуг, оказывающихся цисгендерному (нетрансгендерному) населению в связи с вопросами физического, психологического и сексуального здоровья. Специализированная помощь в связи с трансгендерным переходом также может оказываться в контексте первичной медицинской помощи». Существует множество примеров эффективного и безопасного оказания этих услуг за пределами специализированных клиник в различных городах, таких как Торонто и Ванкувер в Канаде, Нью-Йорк и Бостон в США, Сидней в Австралии [Radix & Einfeld, 2014; Reisner, Radix et al., 2016; Spanos et al., 2021].

## *Гормональная терапия*

Какой именно медицинский персонал назначает и ведёт медицински необходимую гендерно-аффирмативную гормональную терапию (ГАГТ) у ТГО-пациента — узкий специалист, такой как эндокринолог, или же врач-терапевт, — может зависеть от доступности квалифицированного и принимающего медицинского персонала, а также общегосударственных факторов, таких как законодательство в сфере здравоохранения и финансирование медицинских учреждений (см. рекомендацию 2.1 в главе 2 «Глобальная применимость»). В значительной части мира специализированные медицинские услуги для ТГО-пациентов частично или полностью недоступны, что подчёркивает необходимость для всего медицинского персонала прохождения подготовки в области оказания гендерно-аффирмативной медицинской помощи. В некоторых странах МППЗ может быть обязан направлять ТГО-пациентов к специалистам (например, в клиники по работе с гендерной идентичностью), что может приводить к неприемлемым отсрочкам в получении ГАГТ [Royal College of General Practitioners, 2019].

Гормональная терапия включает в себя ряд процедур, таких как терапия по подавлению полового созревания, а также начало терапии половыми гормонами и поддержание уровня половых гормонов. После прохождения подготовки гендерно-аффирмативную терапию может вести большинство МППЗ. Вне зависимости от того, будет ли МППЗ назначать пациентам гормональные препараты, всему МППЗ нужно иметь представление о препаратах, режиме наблюдения пациентов, а также потенциальных побочных эффектах в связи с ГАГТ (см. главу 12 «Гормональная терапия»). МППЗ также должен иметь возможность направлять пациентов к соответствующим специалистам для получения гендерно-аффирмативных медицинских услуг, которые он сам не предоставляет.

В этой главе мы придерживаемся мнения, что ГАГТ может назначаться МППЗ и иным медицинским персоналом, не имеющим соответствующей специализации: «Учитывая трудности доступа к медицинской помощи и важность ГАГТ для этой группы пациентов, необходимо, чтобы МППЗ был способен и готов предоставлять ГАГТ ТГО-пациентам» [Shires, 2017].

При выполнении своих профессиональных обязанностей МППЗ сталкивается с широким рядом медицинских проблем и потребностей, включая и такие, в отношении которых опыт у конкретного сотрудника может быть ограничен или полностью отсутствовать. Зачастую это предполагает обращение к широко используемым и доступным справочным материалам, таким как руководства, опубликованные профессиональными обществами, или же подписку на онлайн-ресурсы. Желательно, чтобы МППЗ использовали аналогичный подход при предоставлении базовой помощи в связи с ГАГТ, обращаясь к «Стандартам помощи» и другим широкодоступным ресурсам [Cheung et al., 2019; Nembree et al., 2017; Oliphant et al., 2018; T'Sjoen et al., 2020]. Следует отметить, что большинство препаратов, используемых в схемах гендерно-аффирмативной гормональной терапии, широко используются в повседневной медицинской практике, включая препараты тестостерона, эстрадиола, прогестерона и прочих прогестагенов, а также спиронолактон.

### *Психическое здоровье*

МППЗ должен быть способен и готов проводить обследование психического здоровья ТГО-пациентов и оказывать им помощь в этой области, включая назначение ГАГТ, которая способствует снижению гендерной дисфории и достижению желаемой гендерной экспрессии. По крайней мере, он должен иметь представление об этих потребностях и быть готов при необходимости обратиться за консультацией к специалистам.

### *Профилактика*

Врачи-терапевты компетентны в области комплексной первичной и вторичной профилактики онкологии в рамках стандартного медицинского обслуживания. Доказательные рекомендации по профилактике онкологии различаются в разных странах в связи с различиями в общенациональных рекомендациях, а также в степени доступности различных методов обследования на местном уровне. На данный момент данные о влиянии ГАГТ на риск развития онкологии в долгосрочной перспективе ограничены [Blondeel et al., 2016; Braun et al., 2017]. У нас недостаточно данных для оценки

заболеваемости раком молочной железы или репродуктивных органов у ТГО-людей [Joint et al., 2018]. Тем не менее в целом скрининг должен осуществляться в соответствии с местными рекомендациями. Ниже подробно обсуждается несколько модификаций в зависимости от типа и продолжительности гормональной терапии и/или выполнения хирургических вмешательств. При работе с ТГО-пациентами МППЗ следует вести регулярно обновляемый реестр органов, имеющих у конкретного ТГО-пациента, для осуществления рутинного скрининга должным образом.

Реестр имеющихся органов должен обновляться на основе медицинской истории пациента и/или любых изменений, произошедших в результате прохождения ГАГТ. Не весь МППЗ работает с пациентами любых возрастов. Однако в случаях, когда врачи работают с пациентами определённой возрастной группы — детьми, подростками или пожилыми трансгендерными людьми, — им необходимо приобретать навыки и умения по работе с трансгендерными пациентами, относящимися к этой возрастной группе. В случаях, когда это не представляется возможным, МППЗ необходимо иметь возможность направлять своих пациентов к другим компетентным специалистам.

Все рекомендации, вошедшие в эту главу, были сформулированы после подробного анализа доказательной базы, оценки преимуществ и вреда, ценностей и предпочтений специалистов и пациентов, а также использования ресурсов и реализуемости. В некоторых случаях мы были вынуждены признать недостаточность доказательной базы и/или факт недоступности некоторых услуг или их нежелательности.

## *Рекомендации*

15.1. Мы рекомендуем собирать у трансгендерных и гендерно отличных пациентов подробный анамнез, включая прохождение гормональной терапии в прошлом и настоящем, хирургические вмешательства по удалению гонад, а также наличие общепризнанных факторов риска сердечно-сосудистой и цереброваскулярной патологии с целью проведения стандартной оценки рисков сердечно-сосудистой патологии в соответствии с установленными местными рекомендациями.

15.2. Мы рекомендуем оценивать и контролировать состояние здоровья сердечно-сосудистой системы у трансгендерных и гендерно отличных пациентов, проводя индивидуализированную оценку факторов риска и используя методы контроля сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний.

15.3. Мы рекомендуем адаптировать калькуляторы факторов риска, основанные на половой принадлежности пациентов и используемые при оценке состояния здоровья, к потребностям трансгендерных и гендерно отличных пациентов, принимая во внимание длительность и дозировку гормональной терапии, уровни половых гормонов в сыворотке крови, возраст пациентов, а также возраст начала гормональной терапии.

15.4. Мы рекомендуем консультировать трансгендерных и гендерно отличных пациентов на тему табакокурения и рекомендовать им воздержание от потребления табака/никотина перед выполнением гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств.

15.5. Мы рекомендуем обсуждать психологические, медицинские и социальные аспекты старения с трансгендерными и гендерно отличными людьми и при необходимости принимать меры.

15.6. Мы рекомендуем следовать местным рекомендациям касательно скрининга рака молочной железы, разработанным для трансгендерных женщин, при работе с трансгендерными и гендерно отличными пациентами, принимающими препараты эстрогенов, учитывая длительность и дозировки гормональной терапии, возраст, а также возраст начала гормональной терапии.

15.7. Мы рекомендуем следовать местным рекомендациям касательно скрининга на рак молочной железы, разработанным для трансгендерных женщин, при работе с трансгендерными и гендерно отличными пациентами, у которых молочные железы развились в период подросткового полового созревания и у которых не было выполнено гендерно-аффирмативное хирургическое вмешательство в области груди.

15.8. Мы рекомендуем использовать местные рекомендации по скринингу (включая рекомендацию об отсутствии необходимости в скрининге), разработанные для трансгендерных женщин со средним и повышенным риском развития рака яичников или эндометрия, при работе с трансгендерными и гендерно отличными пациентами, имеющими аналогичные риски.

15.9. Мы рекомендуем избегать рутинной овариэктомии или гистерэктомии с единственной целью профилактики рака яичников или матки у трансгендерных и гендерно отличных людей, проходящих терапию препаратами тестостерона, у которых при этом отсутствует риск развития онкологии выше среднего.

15.10. Мы рекомендуем предоставлять скрининг рака шейки матки трансгендерным и гендерно отличным людям, у которых этот орган имеется в настоящем или имелся в прошлом, в соответствии с местными рекомендациями для трансгендерных женщин.

15.11. Мы рекомендуем информировать трансгендерных или гендерно отличных людей о том, что приём антиретровирусных препаратов не является противопоказанием к прохождению гендерно-аффирмативной гормональной терапии.

15.12. Мы рекомендуем собирать у трансгендерных и гендерно отличных пациентов подробный анамнез, включаяхождение гормональной терапии в прошлом и настоящем, хирургические вмешательства по удалению гонад, а также наличие общепризнанных факторов риска развития остеопороза для определения оптимального возраста начала скрининга остеопороза.

15.13. Мы рекомендуем обсуждать вопросы здоровья костной ткани с трансгендерными и гендерно отличными пациентами, включая необходимость активных упражнений с использованием весов, здоровой диеты, а также приёма препаратов кальция и витамина D.

15.14. Мы рекомендуем направлять трансгендерных и гендерно отличных пациентов для прохождения процедуры по удалению волос на лице, теле и гениталиях в качестве самостоятельной гендерно-аффирмативной процедуры, а также

в рамках подготовки к гендерно-аффирмативным хирургическим вмешательствам.

**Рекомендация 15.1.** Мы рекомендуем собирать у трансгендерных и гендерно отличных пациентов подробный анамнез, включая прохождение гормональной терапии в прошлом и настоящем, хирургические вмешательства по удалению гонад, а также наличие общепризнанных факторов риска сердечно-сосудистой и цереброваскулярной патологии с целью проведения стандартной оценки рисков сердечно-сосудистой патологии в соответствии с установленными местными рекомендациями.

Сопроводительный текст — см. рекомендацию 15.3.

**Рекомендация 15.2.** Мы рекомендуем оценивать и контролировать состояние здоровья сердечно-сосудистой системы у трансгендерных и гендерно отличных пациентов, проводя индивидуализированную оценку факторов риска и используя методы контроля сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний.

Сопроводительный текст — см. рекомендацию 15.3.

**Рекомендация 15.3.** Мы рекомендуем адаптировать калькуляторы факторов риска, основанные на половой принадлежности пациентов и используемые при оценке состояния здоровья, к потребностям трансгендерных и гендерно отличных пациентов, принимая во внимание длительность и дозировку гормональной терапии, уровни половых гормонов в сыворотке крови, возраст пациентов, а также возраст начала гормональной терапии.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) и инсульт являются основными причинами смертности во всём мире [Всемирная организация здравоохранения, 2018]. Обширные данные о представителях расовых, этнических и сексуальных меньшинств в различных обстоятельствах демонстрируют значительное неравенство показателей заболеваемости ССЗ, факторов их риска и исходов медицинских вмешательств по сравнению с общим населением. Структурные факторы, такие как доступность медицинской помощи,

социально-экономическое положение и аллостатическая нагрузка в связи со стрессом меньшинств, увеличивают это неравенство [Flentje et al., 2020; Havranek et al., 2015; Streed et al., 2021]. Условия существования ТГО-людей в социальном, экономическом и дискриминационном отношении зачастую аналогичны тем, в которых существуют прочие меньшинства, у которых доказан повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний [Carpenter et al., 2020; James et al., 2016; Reisner, Radix et al., 2016]. Доказано, что ТГО-люди, принадлежащие к расовым, этническим и сексуальным меньшинствам, испытывают повышенную стрессовую нагрузку в связи с этими интерсекциональными факторами. С другой стороны, получение гендерно-аффирмативной помощи, включая ГАГТ, может способствовать снижению риска ССЗ в связи с улучшением качества жизни и снижением гендерной дисфории и несоответствия [Defreyne et al., 2019; Martinez et al., 2018]. МППЗ может способствовать значительному улучшению показателей здоровья у ТГО-людей посредством скрининга и профилактики ССЗ, а также связанных с этим рисков, таких как табакокурение, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, нарушение липидного обмена и ожирение.

Данные небольшого числа имеющихся исследований, главным образом из США, на тему распространённости ССЗ, инсульта и факторов риска ССЗ у ТГО-людей вне зависимости от прохождения ГАГТ говорят о повышенном риске сердечно-сосудистой патологии, включая высокий уровень недиагностированных факторов риска ССЗ, в отношении которых не принимаются меры, а также отсутствие адекватной профилактики ССЗ по сравнению с цисгендерным населением [Denby et al., 2021; Malhotra et al., 2022; Nokoff et al., 2018]. По данным популяционного исследования, у ТГО-людей имеется повышенная вероятность столкновения с дискриминацией, психологическим дистрессом и неблагоприятным детским опытом, при этом все эти факторы связаны с большей вероятностью развития сердечно-сосудистой патологии [Poteat et al., 2021].

По результатам исследований из США, основанных на данных Системы отслеживания поведенческих факторов риска (Behavioral Risk Factor Surveillance System), как у трансгендерных мужчин, так и у трансгендерных женщин наблюдается повышенная частота развития инфаркта миокарда (ИМ), инсульта или прочих ССЗ по сравнению с цисгендерными мужчинами и/или цисгендерными

женщинами. Результаты меняются при учёте дополнительных переменных, таких как расовая принадлежность, уровень дохода или факторы риска ССЗ [Alzahrani et al., 2019; Caceres et al., 2020; Nokoff et al., 2018]. У небинарных людей также наблюдается повышенная вероятность развития ССЗ [Downing & Przedworski, 2018]. При проведении этих исследований данные о гормональной терапии не собирались, другое их ограничение состоит в том, что медицинская информация собиралась со слов участников. В США у ТГО-людей, обращающихся за ГАГТ, может иметься более высокий уровень недиагностированных факторов риска ССЗ, в отношении которых не принималось мер, по сравнению с цисгендерным населением [Denby et al., 2021], однако эти результаты необязательно применимы в других частях мира.

По данным крупного «случай-контроль» исследования, проведённого в 2018 году на базе нескольких клиник в США, в ходе которого использовались цисгендерные люди в качестве контрольной группы в соотношении 10:1, не было обнаружено статистически значимого различия в частоте ИМ или инсультов между трансгендерными женщинами и цисгендерными мужчинами, то же самое касается различий в частоте ИМ, инсультов или венозной тромбоэмболии (ВТЭ) между трансгендерными мужчинами, цисгендерными мужчинами и цисгендерными женщинами. Был обнаружен статистически значимый уровень повышенного риска ВТЭ у трансгендерных женщин по сравнению с цисгендерными мужчинами. В подкогорте трансгендерных женщин, начавших ГАГТ на протяжении (а не до начала) шестилетнего периода наблюдения, был обнаружен повышенный риск инсульта. В отношении повышенной частоты ВТЭ в общей когорте трансгендерных женщин, а также повышенной частоты инсультов в подкогорте трансгендерных женщин, начавших ГАГТ, рассчитанное число для определения вреда (NNH) (в публикации не отражено) составило 71–123 [Getahun et al., 2018]. В ходе других исследований не было обнаружено повышенного риска сердечно-сосудистых нарушений или инсульта у трансгендерных мужчин, проходящих терапию тестостероном, хотя у исследований имелись ограничения в виде малого размера выборки, короткого периода наблюдения и в среднем более молодого возраста людей, вошедших в выборку [Martinez et al., 2020; Nota et al., 2019].

В ходе все большего числа исследований в Европе и США с участием трансгендерных женщин, проходящих феминизирующую

ГАГТ, обнаруживается повышенный риск ССЗ и/или инсульта по сравнению с цисгендерными женщинами и, по данным некоторых исследований, с цисгендерными мужчинами [Getahun et al., 2018; Nota et al., 2019; Wierckx et al., 2013]. У многих из этих исследований имеются значительные ограничения, такие как вариабельность учёта факторов риска ССЗ, малые размеры выборки, особенно в исследованиях с участием трансгендерных женщин старшего возраста, а также неодинаковые продолжительность и схемы ГАГТ [Connelly et al., 2019; Defreyne et al., 2019, Martinez et al., 2020]. Кроме этого, повышение риска в целом было незначительным. Во многих из этих исследований большинство трансгендерных участниц, у которых развились сердечно-сосудистые нарушения или произошёл инсульт, были старше 50 лет, при этом у них имелся один или несколько факторов риска ССЗ, а также использовались различные схемы гормональной терапии, в том числе (но не только) схемы с использованием этинил-эстрадиола, синтетического эстрогена, значительно повышающего риск тромбообразования и не рекомендованного для приёма в рамках феминизирующей ГАГТ [Gooren et al., 2014; Martinez et al., 2020]. Имеющиеся на сегодняшний день ограниченные данные говорят о том, что ГАГТ препаратами эстрогенов связана с повышенным риском развития инфаркта миокарда или инсульта, но неясно, является ли это небольшое повышение риска последствием ГАГТ, или же оно вызвано изначально присутствовавшими факторами риска ССЗ. Нам неизвестно об исследованиях на тему ССЗ и связанных с ними нарушений у небинарных людей, у людей, проходящих гендерно-аффирмативную гормональную терапию в субфизиологических дозировках, а также же у взрослых, ранее проходивших терапию, подавляющую половое созревание.

МППЗ может контролировать риск ССЗ во время прохождения ГАГТ путём обследования ТГО-пациентов на предмет поддающихся изменению факторов риска ССЗ, таких как сахарный диабет, повышенное артериальное давление, гиперлипидемия, ожирение и табакокурение, а также учитывая влияние стресса меньшинств на риск ССЗ [Streed et al., 2021]. Кроме этого, МППЗ может способствовать улучшению показателей здоровья сердечно-сосудистой системы у трансгендерных людей, своевременно диагностируя и принимая меры в отношении факторов риска, а также адаптируя принимаемые

меры с учётом параллельно проводящихся гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств.

Рекомендации по оценке риска различаются в зависимости от национального и международного контекста, а также научных взглядов разработчиков этих рекомендаций. Рекомендации по оценке риска ССЗ также различаются с точки зрения методов и частоты обследования здоровых взрослых людей младше 40 лет [Arnett et al., 2019; Piepoli et al., 2020; Précoma et al., 2019; Streed et al., 2021; WHO, 2007]. Людям, чей возраст превышает 40 лет, когда риск развития сердечно-сосудистой патологии повышается, однозначно рекомендуется проводить регулярный скрининг, при этом риск развития ССЗ в ближайшие 10 лет рассчитывается при помощи прогностических уравнений, основанных на крупных популяционных выборках. Среди примеров калькуляторов риска можно назвать шкалу SCORE (Европейские рекомендации по профилактике ССЗ), шкалу десятилетнего риска АНА/АСС [Рекомендации по оценке риска ССЗ, 2013], Фрамингемскую шкалу, а также схемы по оценке риска, разработанные Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Схемы ВОЗ были разработаны на основе данных из стран, относящихся к каждому подрегиону ВОЗ. На многих территориях с нехваткой материальных ресурсов возможность измерения уровня холестерина или глюкозы отсутствует. Для подобных условий имеются альтернативные схемы, без использования этих показателей.

Следует отметить, что все ныне существующие калькуляторы риска гендерированы, при этом пол пациента представляет собой значимую переменную риска. На данный момент недостаточно данных о риске сердечно-сосудистой патологии у ТГО-людей различных возрастов, у которых были выполнены те или иные медикаментозные и хирургические вмешательства, для того чтобы адаптировать имеющиеся прогностические формулы. Тем не менее ясно, что как пол, приписанный человеку при рождении, так и факт совершения медицинского трансгендерного перехода могут влиять на параметры, используемые при расчёте риска сердечно-сосудистой патологии [Connelly et al., 2019; Defreyne et al., 2019; Maraka et al., 2017; Martinez et al., 2020]. У ТГО-пациентов калькуляторы риска могут применяться по-разному: можно использовать калькулятор риска для пола, приписанного при рождении, или для гендера, в котором живёт пациент, или же средневзвешенные данные обоих, с учётом полного времени

прохождения ГАГТ. Несмотря на то что данных недостаточно, наиболее адекватным подходом для взрослых ТГО-пациентов, начавших ГАГТ в подростковом возрасте, представляется использование калькулятора для гендерной идентичности пациента. Для пациентов, принимающих гормональные препараты в низких дозировках, или же для тех, у кого были длительные периоды без прохождения заместительной гормональной терапии после удаления гонад и не достигших возраста 50 лет, может потребоваться ещё более тонкий подход. Медицинский персонал должен осознавать особенности и ограничения используемых калькуляторов риска, и принимать решение касательно этих специфических вопросов совместно с пациентами.

На данное время исследования, сопоставляющие распространённость нарушений липидного обмена у трансгендерных и цисгендерных людей с учётом гормональной терапии, не проводились. Как было отмечено ранее, данные исследований других групп населения говорят о наличии связи между психосоциальным стрессом на протяжении детства, тучностью и нарушениями липидного обмена во взрослом возрасте. ГАГТ препаратами тестостерона и эстрогенов оказывает влияние на липидный обмен, однако данные ограничены в связи с разнообразием схем терапии и наличием дополнительных переменных [Connelly et al., 2019; Defreyne et al., 2019; Deutsch, Glidden et al., 2015; Maraka et al., 2017; Martinez et al., 2020]. В целом эстрогенам свойственно повышать уровень липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) и триглицеридов, при этом они могут по-разному влиять на уровень липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), в то время как тестостерон по-разному влияет на уровень триглицеридов, снижает уровень ЛПВП и повышает уровень ЛПНП. Метод введения гормональных препаратов может также иметь значение, особенно это касается различий между оральными и трансдермальными эстрогенами и их влиянием на уровень триглицеридов [Maraka et al., 2017]. В целом эти различия являются минимальными, и их влияние на сердечно-сосудистую систему и мозговое кровообращение остаётся неясным. Исследований в отношении последствий гормональной терапии у ТГО-людей с изначально присутствовавшими нарушениями липидного обмена, людей, начавших ГАГТ в возрасте старше 50 лет, или же с периодом наблюдения дольше 2–5 лет прохождения гормональной терапии, не проводилось.

Исследования, сопоставляющие распространённость гипертонии у ТГО-людей с учётом прохождения гормональной терапии и у цисгендерных людей, не проводились. По данным исследований прочих групп населения хронический стресс и острый психосоциальный стресс, включая опыт дискриминации, могут играть роль в развитии гипертонии [Din-Dzietham et al., 2004; Spruill, 2010]. В исследованиях в США, проводившихся на базе Системы отслеживания поведенческих факторов риска, крупной общенациональной системы телефонных опросов населения в области здравоохранения, различий в распространённости гипертонии между трансгендерными мужчинами и женщинами, а также по сравнению с цисгендерными людьми, обнаружено не было [Alzahrani et al., 2019; Nokoff et al., 2018].

Результаты исследований на тему влияния ГАГТ препаратами эстрогенов и тестостерона на систолическое и диастолическое артериальное давление противоречивы. В ходе ретроспективного исследования на тему влияния ГАГТ препаратами эстрогенов и тестостерона на кровяное давление было обнаружено незначительное снижение систолического артериального давления после начала гормональной терапии препаратами эстрогенов; при этом при прохождении гормональной терапии препаратами тестостерона в долгосрочной перспективе наблюдалось незначительное повышение (4 мм Hg) среднего систолического артериального давления. Обнаруженная разница находилась на грани статистической значимости, и её клиническая значимость была ограничена [Banks et al., 2021]. В ходе проведения систематического обзора исследователи пришли к выводу, что, учитывая ограничения имеющихся исследований, данных для окончательного вывода о влиянии гендерно-аффирмативной гормональной терапии на артериальное давление недостаточно [Connelly et al., 2021]. Спиронолактон, часто используемый в качестве препарата, подавляющего выработку андрогенов в рамках феминизирующей ГАГТ, является калийсберегающим диуретиком и может приводить к повышению концентрации калия при использовании в сочетании с ингибиторами АПФ или блокаторами рецепторов ангиотензина, а также заменителями соли. Исследований в отношении последствий гормональной терапии у ТГО-людей с изначально присутствовавшим повышенным артериальным давлением, людей, начавших ГАГТ в возрасте старше 50 лет, или же с периодом наблюдения дольше

2–5 лет прохождения гормональной терапии, не проводилось. У трансгендерных людей, проходящих ГАГТ, следует регулярно отслеживать уровень артериального давления в соответствии с рекомендациями WPATH при прохождении ГАГТ.

Данные, сопоставляющие распространённость сахарного диабета у ТГО-людей с учётом прохождения гормональной терапии и у цисгендерных людей, ограничены. По данным недавнего когортного исследования STRONG [Islam et al., 2021], распространённость сахарного диабета 2-го типа и заболеваемость им была выше в когорте трансгендерных женщин по сравнению с контрольной группой цисгендерных женщин, но не цисгендерных мужчин. В трансмаскулинной когорте и в целом у ТГО-людей, начавших гормональную терапию, значимых различий в распространённости сахарного диабета 2-го типа обнаружено не было. Однако продолжительность наблюдения в когортах составила приблизительно 2,8 и 3,1 года соответственно [Islam et al., 2021]. По данным исследований других групп населения, включая сексуальные меньшинства, хронический стресс и острый психосоциальный стресс могут оказывать влияние на развитие и контроль диабета 2-го типа [Beach et al., 2018; Kelly & Mubarak, 2015].

В ходе исследований в США, проводившихся на базе Системы отслеживания поведенческих факторов риска, не было обнаружено различий в распространённости диабета у трансгендерных мужчин, трансгендерных женщин и небинарных людей по сравнению с цисгендерными людьми [Alzahrani et al., 2019; Saceres et al., 2020; Nokoff et al., 2018]. В ходе нескольких небольших исследований была обнаружена бóльшая распространённость синдрома поликистоза яичников или гиперандрогенемии у трансгендерных мужчин по сравнению с ожидаемой [Feldman et al., 2016], при этом оба эти состояния связаны с резистентностью к инсулину и риском развития диабета. Несмотря на то что, по данным исследований, ГАГТ препаратами как тестостерона, так и эстрогенов может оказывать разное влияние на массу тела / количество жировой ткани, метаболизм глюкозы и инсулинорезистентность [Defreyne et al., 2019], большинство из них не демонстрируют повышения распространённости диабета или преддиабетического состояния [Chan et al., 2018; Connelly et al., 2019]. Исследований в отношении последствий гормональной терапии у ТГО-людей с изначально присутствовавшим сахарным

диабетом, людей, начавших ГАГТ в возрасте старше 50 лет, или же с периодом наблюдения дольше 2–5 лет прохождения гормональной терапии, не проводилось. Также не проводилось исследований на тему диабета у взрослых, ранее проходивших терапию, подавляющую половое созревание.

Несмотря на то что исследования, оценивающие влияние ГАГТ на артериальное давление и липидный обмен в промежуточной перспективе, полезны с точки зрения формулирования гипотез и этиологии, желательно, чтобы в ходе дальнейших исследований изучалось влияние ГАГТ на сердечно-сосудистую систему на более отдалённых сроках. При этом особенное внимание должно уделяться индивидуальным прогностическим факторам, таким как возраст, метод введения и дозировка гормональных препаратов, а также общий срок прохождения ГАГТ. При интерпретации данных необходимо всегда учитывать, какая популяция трансгендерных людей (того же приписанного при рождении пола или того же гендера) использовалась в качестве контрольной группы.

**Рекомендация 15.4.** Мы рекомендуем консультировать трансгендерных и гендерно отличных пациентов на тему табакокурения и рекомендовать им воздержание от потребления табака/никотина перед выполнением гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств.

Табакокурение является одним из лидирующих факторов развития сердечно-сосудистых, лёгочных и онкологических заболеваний по всему миру [World Health Organization, 2020]. Распространённость табакокурения среди ТГО-людей выше, чем среди трансгендерных людей, при этом имеются различия между людьми с разной гендерной идентичностью [Azagba et al., 2019; Buchting et al., 2017]. Аналогичное положение вещей наблюдается у прочих групп населения, подверженных стрессу меньшинств [Gordon et al., 2021]. МППЗ может способствовать усилению влияния факторов защиты от табакокурения, таких как снижение дискриминации на индивидуальном и структурном уровне, юридическое признание гендерной идентичности, а также наличие медицинской страховки [Kidd et al., 2018; Shires & Jafee, 2016].

ТГО-люди в значительно большей степени подвержены рискам, которые табакокурение несёт для здоровья, главным образом по

причине ограниченного доступа, в том числе финансового, к скринингу и лечению заболеваний, связанных с табакокурением, в условиях, учитывающих их культурные особенности [Shires & Jafee, 2016]. Курение может повышать уже имеющийся риск сердечно-сосудистой патологии и ВТЭ у ТГО-людей, проходящих феминизирующую ГАГТ [Hontscharuk, Alba, Manno et al., 2021]. Курение также в два или три раза повышает риск развития послеоперационных осложнений, таких как затруднённое заживление, образование шрамов и инфицирование [Yoong et al., 2020], и, таким образом, повышает эти риски у ТГО-людей при выполнении гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств. По данным исследований цисгендерных людей, прекращение курения до выполнения вмешательства и воздержание на протяжении шести недель в послеоперационный период значительно снижает риск этих осложнений [Yoong et al., 2020].

На данный момент исследований, посвящённых применению программ по прекращению курения среди ТГО-людей, немного [Berger & Mooney-Somers, 2017]. Однако, по некоторым данным, МППЗ может способствовать отказу от курения у пациентов путём борьбы с последствиями стресса меньшинств [Gamarel et al., 2015], а также готовности оказывать пациентам гендерно-аффирмативную медицинскую помощь, такую как ГАГТ [Myers & Safer, 2016].

Необходимо учитывать значительные препятствия, с которыми сталкиваются люди, привыкшие к никотину, при попытках отказа от курения. Пациентам следует предлагать никотин-заместительную терапию и/или иные вспомогательные средства с учётом их индивидуальных предпочтений, при этом необходимо осознавать важность глубинных поведенческих и психологических факторов, поддерживающих потребность в никотине. Принятие решений о назначении ГАГТ или хирургических вмешательств должно основываться в первую очередь на принципе медицинской практики «не навреди» с учётом потребностей и возможностей конкретного пациента.

**Рекомендация 15.5.** Мы рекомендуем обсуждать психологические, медицинские и социальные аспекты старения с трансгендерными и гендерно отличными людьми и при необходимости принимать меры.

Старение для ТГО-людей сопряжено с рядом специфических проблем социального, физического и психологического характера.

Хотя число публикаций, посвящённых старению и трансгендерным людям старшего возраста, ограничено, многие ТГО-люди старшего возраста прожили всю жизнь, сталкиваясь со стигматизацией, дискриминацией и необходимостью подавлять свою гендерную идентичность [Fabbre & Gaveras, 2020; Witten, 2017]. Этот опыт отражается на характере взаимодействия пожилых ТГО-людей с медицинскими учреждениями [Fredriksen-Goldsen et al., 2014; Kattari & Hasche, 2016; Walker et al., 2017]. У трансгендерных людей пожилого возраста имеется более высокая вероятность плохого состояния физического здоровья по сравнению с цисгендерными ЛГБ-людьми, даже при учёте социально-демографических факторов [Fredriksen-Goldsen, 2011; Fredriksen-Goldsen et al., 2014]. Труднодоступность культурно компетентной медицинской помощи вкупе с последствиями стресса меньшинств зачастую приводят к несвоевременному лечению и потенциальному усугублению хронических заболеваний, сопутствующих старению [Bakko & Kattari, 2021; Fredriksen-Goldsen et al., 2014].

Несмотря на то что исследований на тему гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств у ТГО-людей старшего возраста немного, по некоторым данным, совершение медицинского трансгендерного перехода способствует значительному улучшению качества жизни даже по сравнению с ТГО-людьми более молодого возраста [Cai et al., 2019]. Хотя возраст сам по себе не является абсолютным противопоказанием или ограничением в том, что касается гендерно-аффирмативных медикаментозных и хирургических вмешательств, ТГО-люди старшего возраста могут быть не осведомлены обо всём спектре доступных альтернатив социального, медикаментозного и хирургического характера, которые могут отвечать их индивидуальным потребностям [Hardacker et al., 2019; Houlberg, 2019].

Хотя число исследований на тему психического здоровья ТГО-людей старшего возраста ограничено, у ТГО-людей старше 50 лет наблюдается значительно повышенный уровень депрессивной симптоматики и ощущаемого стресса по сравнению с цисгендерными ЛГБ- и гетеросексуальными людьми старшего возраста [Fredriksen-Goldsen, 2011, Fredriksen-Goldsen et al., 2014]. Среди факторов риска, специфических для пожилых ТГО-людей, присутствуют дискриминация по признаку гендерной принадлежности и возраста, стресс общего характера, необходимость скрывать свою идентичность,

виктимизация и интернализованная стигма, в то время как социальная поддержка и ощущение общности с другими людьми, очевидно, выполняют защитную функцию [Fredriksen-Goldsen et al., 2014; Hoy-Ellis & Fredriksen-Goldsen, 2017; White Hughto & Reisner, 2018]. МППЗ может оказывать поддержку пациентам, приветствуя у них стремление к духовности, принятие себя и готовность отстаивать свои интересы, а также активный и здоровый образ жизни, поскольку все эти факторы связаны с жизнестойкостью и благополучным старением [McFadden et al., 2013; Witten, 2014].

ТГО-люди старшего возраста нередко сталкиваются с социальной изоляцией, утратой систем поддержки и разрывом связей с близкими друзьями и детьми [Fredriksen-Goldsen, 2011; Witten, 2017]. Среди своих самых распространённых опасений ТГО-люди называют утрату способности ухаживать за собой, а также необходимость помещения в дом престарелых или аналогичное учреждение [Henry et al., 2020]. Несмотря на то что в подобных учреждениях предоставляется необходимая помощь, в них также существует риск встретиться с физическим и эмоциональным насилием, отказом в ГАГТ и регулярной медицинской помощи, так называемым аутигом<sup>27</sup>, а также препятствиями к тому, чтобы жить и выглядеть в соответствии со своей гендерной идентичностью [Auldridge et al., 2012; Pang et al., 2019; Porter et al., 2016]. Среди самых необходимых услуг ТГО-люди старшего возраста называют жильё, транспорт, социальные мероприятия и группы поддержки [Auldridge et al., 2012; Witten, 2014].

Несмотря на преграды, большинству ТГО-людей удаётся добиться того, чтобы процесс старения проходил благополучно, чему способствуют самопринятие, наполненные заботой отношения, а также защита своих интересов [Fredriksen-Goldsen, 2011; Witten, 2014]. МППЗ следует принимать меры в отношении основных проблем, с которыми сталкиваются ТГО-люди в пожилом возрасте, включая вопросы психического здоровья, гендерно-аффирмативные медицинские вмешательства, социальную поддержку, а также вопросы ухода в последние годы жизни.

Помимо внешних факторов, таких как стресс меньшинств и социальные детерминанты здоровья в пожилом возрасте, недостаточно данных касательно специфических проблем со здоровьем,

---

<sup>27</sup> Аутинг — раскрытие трансгендерного статуса без согласия самого человека. — *Прим. пер.*

с которыми могут сталкиваться трансгендерные люди, проходящие ГАГТ в старшем возрасте; люди, начавшие ГАГТ в более раннем возрасте; а также люди, планирующие начать или продолжить ГАГТ в возрасте старше 50, 60, 70 лет и позже. Учитывая тот факт, что всё больше трансгендерных людей начинает ГАГТ во всё более раннем возрасте, включая тех, кто начинает ГАГТ в период подросткового созревания, исследования на тему последствий прохождения этой терапии на протяжении десятилетий для здоровья в долгосрочной перспективе приобретают всё большую важность.

**Рекомендация 15.6.** Мы рекомендуем следовать местным рекомендациям касательно скрининга рака молочной железы, разработанным для трансгендерных женщин, при работе с трансгендерными и гендерно отличными пациентами, принимающими препараты эстрогенов, учитывая длительность и дозировки гормональной терапии, возраст, а также возраст начала гормональной терапии.

Поскольку у ТГО-людей, проходящих ГАГТ препаратами эстрогенов, происходит развитие молочных желёз, этим людям требуется скрининг на рак молочной железы. Экзогенные эстрогены могут быть одним из факторов, влияющих на развитие рака молочной железы у трансгендерных людей. Было опубликовано два когортных исследования, оценивающих распространённость рака молочной железы у трансгендерных женщин, одно в Нидерландах [Gooren et al., 2013] и одно в США [Brown & Jones, 2015]. В обоих была использована ретроспективная когортная модель с клиническими выборками, при этом как интересующий исход был определён диагноз рака молочной железы, а в качестве контрольной использовалась группа трансгендерных людей. Ни в одном из исследований не проводилось проспективного скрининга на рак молочной железы, и оба имели значительные методологические ограничения. Было опубликовано множество руководств [Deutsch, 2016a], в соответствии с которыми следует использовать «возраст плюс длительность влияния эстрогенов» в той или иной комбинации в качестве определяющего критерия для начала скрининга. Эти рекомендации основываются исключительно на мнении экспертов и имеют слабую доказательную базу.

Генетические мутации BRCA1 и BRCA2 повышают риск развития рака молочной железы, однако роль воздействия половых гормонов в связи с этим повышенным риском остаётся неясной [Rebbeck et al., 2005]. Степень влияния гендерно-аффирмативной терапии эстрогенами на повышение риска, если оно имеет место, неизвестна. Пациентов, имеющих мутацию BRCA1, необходимо консультировать в отношении этих неизвестных, при этом решение о начале ГАГТ, в соответствии с принципом информированного согласия, должно приниматься пациентом и врачом совместно, учитывая её многочисленные преимущества.

При проведении скрининга на рак молочной железы у трансгендерных женщин необходимо также принимать во внимание вероятность того, что ткань молочных желёз трансгендерных женщин может иметь более высокую плотность при выполнении маммографии. Повышенная плотность молочных желёз, использование инъекционных филлеров, в том числе силикона, в области молочных желёз, а также наличие грудных имплантов могут усложнять интерпретацию результатов маммографии [Sonnenblick et al., 2018]. В подобных случаях могут потребоваться особые техники выполнения процедуры. У людей, использовавших силикон или иные филлеры для увеличения молочных желёз, могут также развиваться осложнения, такие как склерозирующие липогранулемы, способные заслонять здоровые ткани при выполнении маммографии или ультразвукового обследования.

**Рекомендация 15.7.** Мы рекомендуем следовать местным рекомендациям касательно скрининга на рак молочной железы, разработанным для трансгендерных женщин, при работе с трансгендерными и гендерно отличными пациентами, у которых молочные железы развились в период подросткового полового созревания и у которых не было выполнено гендерно-аффирмативное хирургическое вмешательство в области груди.

Вопрос, является ли прямое воздействие тестостерона, а также эстрогена, образующегося в результате ароматизации экзогенного тестостерона, имеющего место при прохождении терапии тестостероном, фактором риска развития рака молочной железы у ТГО-людей с приписанным при рождении женским полом, чьи молочные железы развились в результате естественного полового созревания

в подростковом возрасте, остаётся до конца не выясненным. Ограниченные данные, полученные в ходе ретроспективных исследований, свидетельствуют об отсутствии повышенного риска развития рака молочной железы у трансгендерных мужчин [Gooren et al., 2013; Grynberg et al., 2010], однако сравнительные и проспективные данные отсутствуют. У большинства людей из этой группы имеется некоторое количество ткани молочных желёз, и, таким образом, медицинскому персоналу следует понимать, что риск рака молочной железы у этой группы не является нулевым. Временные рамки и подход к скринингу в группе людей, у которых была выполнена мастэктомия, на данный момент не установлены, и, аналогично рекомендациям для цисгендерных мужчин, у которых имеется рак молочной железы в семейном анамнезе или мутация BRCA, приемлемо осуществлять скрининг путём МРТ или ультразвукового обследования. Поскольку польза и эффективность подобного подхода не изучалась, а также поскольку мануальный осмотр груди самими пациентами или врачом не рекомендуется для цисгендерных женщин ввиду потенциального вреда ложноположительных результатов и гипердиагностики (случаев обнаружения опухоли, которая регрессировала бы самостоятельно без медицинского вмешательства), решение о выборе скринингового подхода в этой группе должно приниматься врачом и пациентом совместно, с учётом потенциального вреда, пользы и неизвестных факторов в связи с доступными подходами.

**Рекомендация 15.8.** Мы рекомендуем использовать местные рекомендации по скринингу (включая рекомендацию об отсутствии необходимости в скрининге), разработанные для цисгендерных женщин со средним и повышенным риском развития рака яичников или эндометрия, при работе с трансгендерными и гендерно отличными пациентами, имеющими аналогичные риски.

В настоящее время, согласно имеющимся рекомендациям, проводить рутинный скрининг на рак яичников цисгендерным женщинам не нужно. У трансгендерных мужчин были описаны случаи рака яичников [Dizon et al., 2006; Hage et al., 2000]. На данный момент нет данных о том, что терапия тестостероном связана с повышенным риском рака яичников, однако долгосрочных проспективных исследований на эту тему не проводилось [Joint et al., 2018].

**Рекомендация 15.9.** Мы рекомендуем избегать рутинной овариэктомии или гистерэктомии с единственной целью профилактики рака яичников или матки у трансгендерных и гендерно отличных людей, проходящих терапию препаратами тестостерона, у которых при этом отсутствует риск развития онкологии выше среднего.

ТГО-люди с яичниками, проходящие ГАГТ препаратами тестостерона, часто находятся в олиго- или ановуляторном состоянии, или у них происходят иные сдвиги в функции лютеинизирующей фазы и выработке прогестерона. В связи с подобным состоянием в сочетании с воздействием эстрогенов, образующихся в результате ароматизации экзогенного тестостерона, возникают опасения в отношении чрезмерного или нескомпенсированного воздействия эстрогенов на эндометрий, хотя клиническая значимость этого фактора неизвестна. Данные гистологических исследований ткани эндометрия у ТГО-людей, принимающих тестостерон, свидетельствуют о его атрофии, а не гиперплазии [Grimstad et al., 2018; Grynberg et al., 2010; Perrone et al., 2009]. В крупной когорте трансмаскулинных людей, у которых была выполнена гистерэктомия в сочетании с овариэктомией, доброкачественные изменения ткани яичников были обнаружены во всех случаях ( $n = 85$ ) [Grimstad et al., 2020]. Несмотря на отсутствие проспективных исследований, в настоящее время данных в пользу рутинного выполнения гистерэктомии и овариэктомии исключительно с целью предотвращения рака яичников или эндометрия у трансгендерных мужчин недостаточно, поэтому мы не даём подобной рекомендации. Конечно, в случаях появления признаков/симптомов рака эндометрия или яичников необходимо проводить тщательное обследование для выяснения причин.

**Рекомендация 15.10.** Мы рекомендуем предоставлять скрининг рака шейки матки трансгендерным и гендерно отличным людям, у которых этот орган имеется в настоящем или имелся в прошлом, в соответствии с местными рекомендациями для трансгендерных женщин.

Людям, у которых есть шейка матки, необходимы регулярный скрининг и профилактика в соответствии с местными протоколами и рекомендациями для людей их возраста. Сюда входит вакцинация от вируса папилломы человека (ВПЧ) и скрининг в соответствии

с местными рекомендациями, включая при возможности гистологический анализ с ВПЧ-тестом. Важно помнить о том, что при осмотре органов малого таза с помощью зеркала у трансмаскулинных людей необходимо стремиться к минимизации боли и дистресса у пациентов. ТГО-пациенты, имеющие шейку матки, с меньшей вероятностью проходят регулярный скрининг на рак этого органа, как по причине ухудшения дисфории в связи с подобными манипуляциями, так и в силу неосведомлённости медицинского персонала и самих пациентов о необходимости скрининга [Agenor et al., 2016; Potter et al., 2015]. Кроме этого, терапия тестостероном может приводить к атрофическим изменениям гениталий, при этом продолжительность терапии повышает вероятность получения аномальных результатов цитологических анализов на рак шейки матки [Peitzmeier et al., 2014]. Альтернативы осмотру с использованием зеркала и взятием цервикального мазка, такие как тесты на ВПЧ высокого риска, выполняемые самостоятельно или в кабинете врача, могут быть особенно полезны в контексте скрининга у людей с шейкой матки. В настоящее время ведутся исследования на тему вагинального самотестирования на ВПЧ высокого риска у трансмаскулинных людей. Сообщество трансгендерных мужчин весьма положительно отнеслось к наборам для самотестирования на ВПЧ высокого риска с чувствительностью 71,4% (прогностическая ценность отрицательного результата 94,7%) и специфичностью 98,2% [Reisner et al., 2018]. Для оценки вреда первичного скрининга ВПЧ у трансгендерных мужчин в контексте потенциально большего вреда, связанного с инвазивными осмотрами и кольпоскопией, требуются дальнейшие исследования.

**Рекомендация 15.11.** Мы рекомендуем информировать трансгендерных или гендерно отличных людей о том, что приём антиретровирусных препаратов не является противопоказанием к прохождению гендерно-аффирмативной гормональной терапии.

Распространённость вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) непропорционально велика в ТГО-сообществах. По данным недавнего крупного метаанализа, глобальное отношение шансов ВИЧ-инфицирования составило 66 для трансфеминных людей и 6,8 для трансмаскулинных людей [Stutterheim et al., 2021]. МППЗ обладают уникальными возможностями для информирования пациентов,

а также реализации стратегий профилактики, особенно в том, что касается снижения нагрузки ВИЧ у ТГО-людей. Недоверие ТГО-людей к медицинскому персоналу в связи с прошлым опытом дискриминации и трансфобии влияет на эффективность профилактики ВИЧ и препятствует сотрудничеству между пациентами и врачами [Sevelius et al., 2016]. Стигма, недостаток профессиональной подготовки, а также неотъемлемая иерархия власти внутри медицинских учреждений способствуют формированию двойственного отношения и неуверенности у МС при работе с ТГО-пациентами [Poteat et al., 2013]. Наконец, отсутствие инклюзивности и гендерно-аффирмативных практик внутри медицинских учреждений могут приводить к ощущению небезопасности у ТГО-пациентов при обсуждении чувствительных тем, таких как диагноз ВИЧ, и избеганию обращения за помощью по причине страха [Bauer et al., 2014; Gibson et al., 2016; Seelman et al., 2017].

Следует иметь в виду все эти обстоятельства, сопутствующие обращению многих ТГО-людей за гендерно-аффирмативной гормональной терапией и/или препаратами доконтактной профилактики / лечения ВИЧ. Существуют разнообразные заблуждения на тему безопасности сочетания гендерно-аффирмативной гормональной терапии и антиретровирусной терапии (профилактики или лечения).

Число исследований, непосредственно изучающих проведение антиретровирусной терапии в сочетании с гендерно-аффирмативной гормональной терапией (АРТ/ГАГТ), ограничено. Субанализ трансгендерных женщин и трансфеминных людей в рамках международного исследования iPrEx (Инициатива доконтактной профилактики, the Preexposure Prophylaxis Initiative) показал низкую эффективность ДКП в этой группе при анализе в зависимости от назначенного лечения, несмотря на то, что эффективность профилактики у трансгендерных людей, принимавших препараты в соответствии с назначением, была сравнима с эффективностью у цисгендерных гомосексуальных мужчин, что говорит о проблемах с приверженностью терапии ДКП в этой группе населения. В ходе двух исследований на тему влияния ГАГТ на терапию тенофовира дифосфатом [Grant et al., 2021], а также сочетанием тенофовира дифосфата и эмтрицитабина [Shieh et al., 2019] было показано, что значительное снижение концентрации препаратов АРТ может не иметь клинической значимости. В целом данные о взаимодействии

между гормональными контрацептивами и антиретровирусными препаратами представляются обнадёживающими с точки зрения влияния гормональных препаратов на АРТ [Nanda et al., 2017]. Поскольку эстрадиол частично метаболизируется ферментами 3A4 и 1A2 из семейства цитохромов P450 (CYP), возможно потенциальное взаимодействие с другими препаратами, способными активировать или блокировать эти пути, такими как нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ, такие как эфавиренз (EFV) и невирапин (NVP) [Badowski et al., 2021]). Однако в большинстве стран предпочтительными препаратами АРТ первого ряда являются ингибиторы интегразы, которые практически не взаимодействуют с гормональными препаратами, используемыми для ГАГТ, и их применение безопасно [Badowski, 2021; Министерство здравоохранения и социальных служб США, Форум, посвящённый рекомендациям по ведению антиретровирусной терапии у подростков и взрослых, 2021]. При возникновении опасений касательно потенциального взаимодействия препаратов рекомендуется отслеживать их концентрацию в крови. Таким образом, следует информировать ТГО-людей, живущих с ВИЧ и принимающих антиретровирусные препараты, о том, что их сочетание с ГАГТ является безопасным.

**Рекомендация 15.12.** Мы рекомендуем собирать у трансгендерных и гендерно отличных пациентов подробный анамнез, включая прохождение гормональной терапии в прошлом и настоящем, хирургические вмешательства по удалению гонад, а также наличие общепризнанных факторов риска развития остеопороза для определения оптимального возраста начала скрининга остеопороза.

Сопроводительный текст — см. рекомендацию 15.13.

**Рекомендация 15.13.** Мы рекомендуем обсуждать вопросы здоровья костной ткани с трансгендерными и гендерно отличными пациентами, включая необходимость активных упражнений с использованием весов, здоровой диеты, а также приёма препаратов кальция и витамина D.

Как эстроген, так и тестостерон участвуют в формировании и обновлении костной ткани. Сниженные уровни половых гормонов связаны с повышенным риском остеопороза в старшем возрасте

[Almeida et al., 2017]. ТГО-люди могут подвергаться медикаментозным и хирургическим вмешательствам, способным повлиять на здоровье костной ткани, таким как гормональная терапия, подавление выработки тестостерона, а также гонадэктомия. Таким образом, для выяснения необходимости скрининга остеопороза требуется подробный анамнез, включая гормональную терапию в прошлом и настоящем, а также хирургические вмешательства в области половых желёз.

В ходе нескольких наблюдательных исследований была сопоставлена минеральная плотность костной ткани (МПКТ) у взрослых ТГО-людей до и после начала гормональной терапии с показателями у цисгендерных людей того же пола, приписанного при рождении.

Сниженная МПКТ может присутствовать до начала гормональной терапии. В ходе одного исследования была обнаружена сниженная средняя локальная МПКТ в области шейки бедренной кости, тазобедренного сустава и позвоночника у трансгендерных женщин по сравнению с цисгендерными мужчинами такого же возраста [Van Caenegem, Taes et al., 2013]. В ходе другого исследования была обнаружена повышенная распространённость сниженных показателей МПКТ у ТГО-подростков до начала приёма препаратов, подавляющих половое созревание [Lee, Finlayson et al., 2020]. Авторы обеих публикаций высказали предположение, что важным фактором, объясняющим эти результаты, мог быть низкий уровень физической активности.

Ускоренная потеря массы костной ткани может происходить после удаления гонад в случаях, когда гормональная терапия прекращается или ведётся в недостаточной дозировке. По данным одного исследования, у 30% трансгендерных женщин, у которых была выполнена гонадэктомия, была снижена масса костной ткани, что коррелировало со сниженным уровнем  $17\beta$ -эстрадиола и низкой приверженностью ГАГТ [Motta et al., 2020].

В ходе исследований на тему влияния ГАГТ на МПКТ было обнаружено, что у ТГО-женщин приём препаратов эстрогенов приводит к улучшению показателей МПКТ. В ходе систематического обзора было выделено девять исследований с участием трансгендерных женщин ( $n = 392$ ) и восемь с участием трансгендерных мужчин ( $n = 247$ ), опубликованных на промежутке между 2008 годом и 2015 годом. По данным метаанализа, у трансгендерных женщин

наблюдалось статистически значимое повышение МПКТ в поясничном отделе позвоночника (но не в области шейки бедренной кости) по сравнению с исходными показателями. У трансгендерных мужчин статистически значимых изменений показателей МПКТ в поясничном отделе позвоночника, области шейки бедренной кости и тазобедренного сустава на сроках 12 и 24 месяца после начала терапии тестостероном по сравнению с исходными показателями обнаружено не было [Singh-Ospina et al., 2017]. Со времени публикации этого обзора были опубликованы результаты исследования, выполненного Европейской сетью по исследованию гендерного несоответствия (European Network for Investigation of Gender Incongruence, ENIGI), — проспективного наблюдательного исследования на базе нескольких клиник (Бельгия, Норвегия, Италия, Нидерланды), включая данные о состоянии МПКТ у 231 трансгендерной женщины и 199 трансгендерных мужчин после одного года прохождения ГАГТ [Wierjes et al., 2017]. У трансгендерных женщин было обнаружено увеличение МПКТ в поясничном отделе позвоночника, тазобедренного сустава и шейки бедренной кости, у трансгендерных мужчин наблюдалось увеличение МПКТ в области тазобедренного сустава. В ходе одного исследования с участием 53 трансгендерных мужчин и 53 трансгендерных женщин по прошествии 12 месяцев после начала ГАГТ у участников не было зафиксировано ни одного перелома [Wierckx, van Caenegem et al., 2014]. Нет данных, свидетельствующих о том, что факт прохождения ГАГТ является показанием для более тщательного скрининга остеопороза. Напротив, основанием для усиленного скрининга являются перерывы в ГАГТ у людей, у которых была выполнена гонадэктомия.

Рекомендации касательно скрининга остеопороза у ТГО-людей входят в уже опубликованные клинические руководства [Deutsch, 2016a; Nembree et al., 2017; Rosen et al., 2019]. Как Международное общество клинической денситометрии, так и Эндокринологическое общество предлагают измерять показатели МПКТ перед началом гормональной терапии у ТГО-пациентов. Рекомендации касательно скрининга в дальнейшем основываются на нескольких факторах, включая пол, приписанный при рождении, возраст, а также наличие таких признанных факторов риска развития остеопороза, как переломы в анамнезе, приём некоторых препаратов, заболевания, приводящие к потере костной массы, а также низкая масса тела [Rosen

et al., 2019]. В частности, согласно рекомендациям Международного общества клинической денситометрии, рекомендуется измерять плотность костной ткани у ТГО-людей при выполненной гонадэктомии или приёме препаратов, подавляющих выработку эндогенных половых гормонов до начала ГАГТ, в анамнезе; при гипогонадизме, если пациент не планирует ГАГТ; а также при наличии признанных показаний к контролю ПМКТ [Rosen et al., 2019]. Однако доказательная база этих рекомендаций слаба.

Для скрининга остеопороза рекомендуется использовать метод двухэнергетической рентгеновской абсорпциометрии (dual energy x-ray absorptiometry, DXA) поясничного отдела позвоночника, тазобедренного сустава и шейки бедренной кости [Kanis, 1994]. Однако во многих странах с низким и средним уровнем дохода измерение МПКТ путём DXA не представляется возможным, при этом рутинное выполнение скрининга путём DXA выполняется только в нескольких странах, за исключением США.

МППЗ следует обсуждать с пациентами способы оптимизации здоровья костной ткани. Кроме этого, пациентов следует информировать о важности правильного питания и физических упражнений с точки зрения поддержания здоровья костной ткани. ТГО-пациентов с остеопорозом или риском его развития следует информировать о пользе упражнений с подъёмом весов, а также упражнений на силу и сопротивление для профилактики дальнейшей потери костной массы [Benedetti et al., 2018]. Ключевую роль при поддержании здоровья костей играет питание. Дефицит питательных веществ, включая недостаточное потребление кальция и низкий уровень витамина D, могут вести к снижению минерализации костной ткани. Было показано, что дополнительный приём витамина D и кальция способствует снижению частоты переломов шейки бедра и переломов в целом [Weaver et al., 2016]. Хотя эти вопросы важны для всех групп населения, для ТГО-людей они могут иметь особенную важность в связи с повышенной распространённостью недостатка витамина D у этой группы населения [Motta et al., 2020; Van Caenegem, Taes et al., 2013].

**Рекомендация 15.14.** Мы рекомендуем направлять трансгендерных и гендерно отличных пациентов для прохождения процедуры по удалению волос на лице, теле и гениталиях в качестве

**самостоятельной гендерно-аффирмативной процедуры, а также в рамках подготовки к гендерно-аффирмативным хирургическим вмешательствам.**

Процедуры по удалению волос (эпиляция) могут требоваться как для удаления волос на лице [Marks et al., 2019], так и при подготовке к выполнению гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств (ГАХВ), таких как вагинопластика, фаллопластика и метоидиопластика [Zhang et al., 2016]. Удаление волосяного покрова в рамках предоперационной подготовки необходимо в случаях, когда кожа будет контактировать с мочой (при формировании неоуретры) или будет помещена в частично закрытую полость внутри тела (при формировании неовлагалища) [Zhang et al., 2016]. В гендерно-аффирмативном контексте используются два способа удаления волос: электроэпиляция и лазерная эпиляция [Fernandez et al., 2013]. В настоящее время электроэпиляция является единственным видом эпиляции, одобренным Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США в качестве способа перманентного удаления волос, в то время как лазерная эпиляция считается способом перманентного ослабления роста волос [Thoreson et al., 2020].

При электроэпиляции тончайший электрод вводится вручную последовательно в каждый отдельный волосяной фолликул [Martin et al., 2018]. Поскольку при этом методе происходит механическое разрушение пути кровоснабжения волоса, он может применяться для удаления волос любого цвета и подходит для людей с любым цветом кожи [Martin et al., 2018]. Электроэпиляция занимает много времени и является дорогостоящей процедурой, поскольку при этом методе каждый волос обрабатывается индивидуально, но она позволяет добиться их перманентного удаления. Удаление волос в области гениталий в рамках подготовки к ГАХВ должно выполняться специалистом, прошедшим подготовку по электроэпиляции именно этой зоны, поскольку удаление волос на гениталиях технически отличается от их удаления на лице и других частях тела. Электроэпиляция более болезненна по сравнению с лазерной эпиляцией и может приводить к таким побочным эффектам, как эритема, образование корок и отёк [Harris et al., 2014]. Люди с тёмным цветом кожи могут быть склонны к развитию поствоспалительной гиперпигментации [Richards & Meharg, 1995]. Болевые ощущения могут

контролироваться при помощи местных обезболивающих препаратов и техник охлаждения, при этом со временем может развиваться толерантность к электроэпиляции, и многие люди постепенно становятся способны выдерживать более длительные процедуры [Richards & Meharg, 1995].

При лазерной эпиляции волосяные фолликулы подвергаются воздействию энергии света. Этот метод подходит для обработки обширных зон. Механизм действия основан на фототермолизе, при этом световое излучение, испускаемое лазером, поглощается меланином, содержащимся в стволе волоса [Gao et al., 2018]. Эта энергия трансформируется в тепловую, что приводит к повреждению фолликулов, в которых образуются волосы, и, таким образом, препятствует их росту. Для наилучшего результата требуется несколько процедур, которые, как правило, проводятся с промежутком в шесть недель, с учётом цикла роста волос [Zhang et al., 2016]. Поскольку для достижения эффекта требуется наличие меланина, лазерная эпиляция может иметь ограниченную эффективность у людей с седыми, светлыми или рыжими волосами. Также имеет специфику использование лазерной эпиляции у людей с тёмной кожей (это касается людей с типами кожи IV–VI по шкале Фитцпатрика [Fayne et al., 2018]). Более высокое содержание меланина в эпидермисе может препятствовать проникновению световой энергии в хромофор-мишень, которой является меланин, содержащийся в стволе волоса, растущего из волосяного фолликула. Для осуществления селективного термолиза тепловая энергия, распространяющаяся по стволу волоса, должна достичь клеток фолликула и привести к их повреждению. У людей с более тёмной кожей световая энергия поглощается эпидермисом, где она трансформируется в тепловую, не достигая меланина, содержащегося в волосах. Это может приводить к неудовлетворительным результатам, а также к высокой частоте негативных последствий, связанных с тепловым воздействием, таким как гипо- и гиперпигментация, образование волдырей и корок [Fayne et al., 2018]. Для снижения этого риска крайне важен правильный подбор длины волны лазерного излучения, при этом более длинноволновое излучение будет в минимальной степени поглощаться меланином эпидермиса, и, таким образом, будет повышаться эффективность процедуры для людей с тёмной кожей с минимальным количеством негативных побочных эффектов [Zhang et al., 2016]. Среди

побочных эффектов лазерной эпиляции могут быть ощущение, похожее на солнечный ожог, непосредственно после процедуры, а также воспаление, покраснение, гиперпигментация и отёк. Яркие световые вспышки также могут вызывать судороги у пациентов, имеющих к ним предрасположенность, так что необходимо отслеживать этот риск. Также значительным препятствием могут быть болевые ощущения и дискомфорт во время процедуры, поэтому МППЗ должны быть готовы назначать местные или системные болеутоляющие средства, такие как эвтетическая смесь местных анестетиков (eutectic mixture of local anesthetics, EMLA), или же системный опиоид в низкой дозировке. Перед выполнением ГАХВ в области гениталий иногда рекомендуется выждать три месяца перед проведением операции для того, чтобы удостовериться, что рост волос не возобновляется [Zhang et al., 2016].

## ГЛАВА 16. РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Все люди, включая трансгендерных, обладают репродуктивным правом решать, иметь или не иметь детей [Фонд ООН в области народонаселения, UNFPA, 2014]. Медицински необходимые гендерно-аффирмативные вмешательства, такие как гендерно-аффирмативная гормональная терапия (ГАГТ) и хирургические вмешательства (см. рекомендацию 2.1 в главе 2 «Глобальная применимость»), изменяющие анатомию или функцию репродуктивных органов, могут накладывать те или иные ограничения на будущие репродуктивные возможности [Hembree et al., 2017; Nahata et al., 2019]. Таким образом, обсуждение риска бесплодия и возможностей сохранения фертильности с трансгендерными пациентами и их семьями перед началом любых вмешательств, а также возобновление этого обсуждения на регулярной основе крайне важны [Hembree et al., 2017]. Признанные репродуктивные технологии, такие как криоконсервация эмбрионов, ооцитов и спермы, могут быть доступны трансгендерным людям, у которых завершилось половое созревание [Nahata et al., 2019]. Были также разработаны и изучены протоколы криоконсервации тканей яичников и тестикул [Borgström et al., 2020; Nahata et al., 2019; Rodriguez-Wallberg, et al., 2019]. В то время как использование эмбрионов, зрелых ооцитов и спермы доказало свою эффективность в рамках клинических процедур, криоконсервированные ткани гонад потребуют дальнейшей ретрансплантации с целью получения функциональных гамет или же методов культивации в лабораторных условиях, которые всё ещё находятся на стадии фундаментальных научных исследований. Следует отметить, что в соответствии с недавно выпущенными рекомендациями Американского общества репродуктивной медицины с процедуры криоконсервации ткани яичников было снято обозначение «экспериментальная», но данные исследований с участием детей, у которых ещё не началось половое созревание, ограничены [Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019].

Оказываемая помощь должна носить индивидуализированный характер и соответствовать репродуктивным целям конкретных пациентов. По данным некоторых исследований, трансгендерные и гендерно отличные (ТГО) люди могут быть менее заинтересованы в биологическом родительство или в родительстве вообще, чем

трансгендерные люди [Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Russell et al., 2016; von Doussa et al., 2015]. Однако данные некоторых других исследований говорят о том, что многие ТГО-люди 1) желают иметь детей, связанных с ними генетически; 2) сожалеют об упущенной возможности сохранить свой репродуктивный потенциал; 3) желают или готовы прервать гормональную терапию с целью сохранить репродуктивный потенциал и/или зачать [Armuan, Dhejne et al., 2017; Auer et al., 2018; De Sutter et al., 2002; Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Tornello & Bos, 2017].

Имеются данные о множестве препятствий к сохранению фертильности, таких как стоимость (что усугубляется при отсутствии покрытия соответствующих процедур медицинской страховкой), острая потребность в прохождении гендерно-аффирмативных процедур, неспособность принять решение, ориентированное на отдалённое будущее, нехватка знаний / предвзятое отношение медицинского персонала, влияющее на предложение репродуктивных услуг, а также труднодоступность репродуктивных услуг [Baram et al., 2019; Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020]. Кроме этого, дисфория у трансгендерных людей может усугубляться в связи с различными этапами прохождения репродуктивных процедур, неразрывно связанных с полом/гендером, приписанным человеку при рождении [Armuan, Dhejne et al., 2017; Baram et al., 2019]. При возможности подход с привлечением междисциплинарной команды, в которую, наряду со специалистами по гендерно-аффирмативной репродуктологии, будут входить другие медицинские специалисты, а также специалисты в области психического здоровья, поможет преодолеть некоторые из этих препятствий [Tishelman et al., 2019]. ТГО-пациентов необходимо информировать о различии между фертильностью (использованием собственных гамет / репродуктивных тканей) и беременностью. Помимо соображений фертильности, следует также прилагать усилия для обеспечения качественной помощи при планировании и создании семьи в любых формах на протяжении всего репродуктивного цикла. Это касается таких аспектов деторождения, как перинатальный уход, беременность, роды и послеродовой уход, а также семейное планирование и контрацепция с целью избежания нежелательной беременности и при необходимости прерывание беременности [Bonnington et al., 2020; Cipres et al., 2017; Krempasky et al., 2020; Light et al., 2018; Moseson, Fix et al., 2020]. ТГО-люди,

желающие выносить ребёнка, должны получать помощь в соответствии с рекомендованным протоколом подготовки к зачатию и предродового наблюдения, а также получать консультации на тему грудного вскармливания в условиях, поддерживающих гендерное разнообразие [MacDonald et al., 2016; Obedin-Maliver & Makadon, 2016].

Все рекомендации, вошедшие в эту главу, были сформулированы после подробного анализа доказательной базы, оценки преимуществ и вреда, ценностей и предпочтений специалистов и пациентов, а также использования ресурсов и реализуемости. В некоторых случаях мы были вынуждены признать недостаточность доказательной базы и/или факт недоступности некоторых услуг или их нежелательности.

## *Рекомендации*

16.1. Мы рекомендуем медицинским специалистам, работающим с трансгендерными и гендерно отличными пациентами, при назначении им гормональных препаратов / хирургических вмешательств информировать пациентов:

16.1а) о доказанных последствиях гормональной терапии / хирургических вмешательств для будущей репродуктивной способности;

16.1б) о потенциальных последствиях гормональной терапии, которые ещё недостаточно изучены и степень обратимости которых неизвестна;

16.1в) о возможностях сохранения репродуктивного потенциала (как признанных, так и экспериментальных);

16.1г) о психосоциальных последствиях бесплодия.

16.2. Мы рекомендуем медицинским специалистам направлять трансгендерных и гендерно отличных пациентов, заинтересованных в сохранении репродуктивного потенциала, для дальнейшего обсуждения к специалистам, квалифицированным в области репродуктологии.

16.3. Мы рекомендуем специалистам, работающим с трансгендерными людьми, сотрудничать с местными

специалистами в области репродуктологии и репродуктологическими клиниками, чтобы обеспечить своевременное информирование пациентов и оказание репродуктологических услуг до назначения медицинских вмешательств, способных повлиять на фертильность.

16.4. Мы рекомендуем медицинским специалистам информировать трансгендерных и гендерно отличных подростков, у которых ещё не началось половое созревание и находящихся на его ранних стадиях, обращающихся за гендерно-аффирмативной медицинской помощью, а также их семьи в отношении того, что возможности сохранения фертильности с доказанной эффективностью в этом случае ограничены.

16.5. Мы рекомендуем, чтобы трансгендерным и гендерно отличным людям с маткой, желающим выносить ребёнка, оказывалась помощь по подготовке к зачатию и беременности, включая консультации по ведению и прерыванию гендерно-аффирмативной гормональной терапии, помощь на протяжении беременности, родов и послеродового периода, а также помощь при грудном вскармливании в соответствии с местными рекомендациями с уважением к гендерной идентичности пациентов.

16.6. Мы рекомендуем медицинским специалистам обсуждать с трансгендерными и гендерно отличными пациентами вопросы контрацепции и сексуальные практики, которые могут привести к беременности.

16.7. Мы рекомендуем медицинскому персоналу, оказывающему услуги по прерыванию беременности, обеспечивать уважение к гендерной идентичности трансгендерных и гендерно отличных пациентов.

**Рекомендация 16.1.** Мы рекомендуем медицинским специалистам, работающим с трансгендерными и гендерно отличными пациентами, при назначении им гормональных препаратов / хирургических вмешательств информировать пациентов:

16.1a) о доказанных последствиях гормональной терапии / хирургических вмешательств для будущей репродуктивной способности;

**16.1б) о потенциальных последствиях гормональной терапии, которые ещё недостаточно изучены и степень обратимости которых неизвестна;**

**16.1в) о возможностях сохранения репродуктивного потенциала (как признанных, так и экспериментальных);**

**16.1г) о психосоциальных последствиях бесплодия.**

*ТГО-люди с приписанным при рождении женским полом*

ГАГТ может негативно отражаться на будущей репродуктивной способности [Nembree et al., 2017]. По имеющимся данным о трансгендерных мужчинах и гендерно отличных людях с приписанным при рождении женским полом, риски могут быть следующими.

Агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона (аГнРГ) могут использоваться для подавления полового созревания с целью остановки дальнейшего развития вторичных половых признаков до тех пор, когда подросток будет готов начать маскулинизирующую гормональную терапию. АГнРГ также могут использоваться для подавления менструального цикла. АГнРГ препятствуют созреванию гамет, но не наносят необратимого вреда функции гонад. Таким образом, при прекращении приёма аГнРГ созревание ооцитов должно возобновляться.

Исследований на тему влияния терапии тестостероном на репродуктивную функцию у трансгендерных мужчин немного [Moravec et al., 2020]. После прекращения приёма тестостерона у трансгендерных мужчин было продемонстрировано восстановление нормальной функции яичников с созреванием ооцитов; затем эти мужчины смогли зачать естественным способом. В ходе ретроспективного исследования на тему криоконсервации ооцитов не было обнаружено различий в общем количестве ооцитов, а также в количестве полученных зрелых ооцитов между трансгендерными мужчинами и цисгендерными женщинами того же возраста и с таким же ИМТ [Adeleye et al., 2018, 2019]. Недавно были опубликованы первые результаты исследования, в ходе которого оценивались показатели рождаемости в результате контролируемой стимуляции яичников у трансгендерных мужчин по сравнению с цисгендерными женщинами [Leung et al., 2019]. Терапия тестостероном была

прервана до начала стимуляции яичников. Результаты исследования представляются обнадеживающими с точки зрения влияния тестостерона на органы репродуктивной системы и их функцию. Однако проспективных исследований, оценивающих влияние гормональной терапии на фертильность в долгосрочной перспективе (например, при начале в подростковом возрасте) или у людей, начавших принимать агонисты ГнРГ на ранней стадии полового созревания до начала терапии тестостероном, не проводилось. Важно учитывать, что препараты и процедуры, необходимые в связи с криоконсервацией ооцитов (осмотр органов малого таза, ультразвуковые обследования, а также процедура по забору ооцитов) могут усиливать гендерную дисфорию у трансгендерных мужчин [Armuaud, Dhejne et al., 2017].

Хирургические вмешательства, выполняющиеся у трансгендерных мужчин, будут иметь очевидные последствия для репродуктивной возможности. В случаях, когда пациенты обращаются за гистерэктомией, им следует предложить возможность сохранить яичники с целью обеспечения возможности иметь генетическое потомство. В ином случае, когда яичники удаляются в рамках отдельного вмешательства или же одновременно с выполнением гистерэктомии, следует предлагать пациентам криоконсервацию ооцитов до выполнения вмешательства, или же криоконсервация ткани яичников может совершаться при выполнении овариэктомии. Несмотря на то что эта процедура более не считается экспериментальной, многие трансгендерные мужчины могут отдать предпочтение культивации ооцитов в лабораторных условиях в ходе процедуры, которая всё ещё является экспериментальной. По данным исследований, ооциты, полученные в результате овариэктомии у трансгендерных мужчин, проходивших терапию тестостероном на момент выполнения вмешательства, могут созревать *in vitro* до стадии формирования нормального веретена деления, соответствующей метафазе II [De Roo et al., 2017; Lierman et al., 2017].

### *ТГО-люди с приписанным при рождении мужским полом*

По имеющимся данным о трансгендерных женщинах и гендерно отличных людях с приписанным при рождении мужским полом, влияние медицинских вмешательств на репродуктивную способность может быть следующим.

Агонисты ГнРГ препятствуют сперматогенезу. По данным исследований, прерывание терапии ведёт к возобновлению сперматогенеза, хотя для этого может потребоваться не менее трёх месяцев и, скорее всего, дольше [Bertelloni et al., 2000]. Кроме этого, следует учитывать психологическую нагрузку в связи с возобновлением воздействия тестостерона.

Приём препаратов, подавляющих выработку андрогенов, а также эстрогенов приводит к угнетению сперматогенеза [de Nie et al., 2020; Jindarak et al., 2018; Kent et al., 2018]. Сперматогенез может восстанавливаться после прерывания продолжительной терапии антиандрогенами и эстрогенами, но данные в этом отношении ограничены [Adeleye et al., 2019; Alford et al., 2020; Schneider et al., 2017]. Объём тестикул уменьшается под действием гендерно-аффирмативной гормональной терапии [Matoso et al., 2018]. На качество спермы у трансгендерных женщин могут также оказывать негативное влияние специфические факторы образа жизни, такие как редкая мастурбация и практика утягивания гениталий (например, при помощи тесного нижнего белья) [Jung & Schuppe, 2007; Mieusset et al., 1985, 1987; Rodriguez-Wallberg, Häljestic et al., 2021].

**Рекомендация 16.2.** Мы рекомендуем медицинским специалистам направлять трансгендерных и гендерно отличных пациентов, заинтересованных в сохранении репродуктивного потенциала, для дальнейшего обсуждения к специалистам, квалифицированным в области репродуктологии.

Исследования говорят о том, что многие взрослые трансгендерные люди желают иметь генетических детей [De Sutter et al., 2002; Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Wierckx, Van Caenegem et al., 2012], однако показатели сохранения фертильности могут широко различаться, особенно у подростков (< 5–40%) [Brik et al., 2019; Chen et al., 2017; Chiniara et al., 2019; Nahata et al., 2017; Segev-Becker et al., 2020]. В ходе недавнего опроса многие подростки признали, что их чувства в отношении возможности иметь биологических детей могут измениться в будущем [Strang, Jarin et al., 2018]. Принудительная стерилизация является нарушением прав человека [Этический комитет американского общества репродуктивной медицины, 2015; Комиссия по равноправию и правам человека (EHRC), 2021; Meyer III et al., 2001], при этом, учитывая прогресс, достигнутый

в области общественных представлений, репродуктивной и гендерно-аффирмативной медицины, следует способствовать реализации репродуктивных возможностей трансгендерных людей в процессе совершения трансгендерного перехода. Учитывая влияние, которое мнение специалистов может оказывать на решения ТГО-людей в отношении репродукции и родительства, возможности сохранения фертильности должны обсуждаться с пациентами наряду с такими альтернативами, как патронатное воспитание, усыновление/удочерение, воспитание детей партнёров и др. [Bartholomaeus & Riggs, 2019]. По отзывам трансгендерных людей, с которыми велись подобные обсуждения и которым было предложено воспользоваться репродуктивными технологиями, их опыт в этом отношении был в целом положительным [Armuan, Dhejne et al., 2017; De Sutter et al., 2002; James-Abra et al., 2015].

У других групп населения направление к специалистам в области репродуктологии, а также официальные программы по поддержке фертильности приводили к повышению репродуктивных показателей и большей удовлетворённости пациентов [Kelvin et al., 2016; Klosky, Anderson et al., 2017; Klosky, Wang et al., 2017; Shnorhavorian et al., 2012]. Также было изучено отношение со стороны медицинского персонала, и последние исследования говорят об осведомлённости и желании информировать детей и их семьи о вопросах фертильности [Armuan et al., 2020]. Однако были обнаружены и некоторые препятствия, включая недостаток знаний, ресурсов, а также психологический дискомфорт [Armuan, Nilsson et al., 2017; Frederick et al., 2018]. Таким образом, необходима адекватная подготовка медицинского персонала, при этом особое внимание должно уделяться консультированию по вопросам фертильности, а также предложению возможностей по сохранению фертильности всем пациентам из группы риска, без предубеждений [Armuan, Nilsson et al., 2017]. Было также показано, что мнение родителей оказывает значительное влияние на показатели сохранения фертильности у подростков и молодых мужчин с онкологическими заболеваниями [Klosky, Flynn et al., 2017]. Несмотря на чёткие клинические различия между этими группами пациентов, эти данные могут ложиться в основу оптимального подхода к консультированию по вопросам фертильности и направлению трансгендерных людей в клиники репродуктивного здоровья.

**Рекомендация 16.3.** Мы рекомендуем специалистам, работающим с трансгендерными людьми, сотрудничать с местными специалистами в области репродуктологии и репродуктологическими клиниками, чтобы обеспечить своевременное информирование пациентов и оказание репродуктологических услуг до назначения медицинских вмешательств, способных повлиять на фертильность.

Криоконсервация спермы и криоконсервация ооцитов являются признанными репродуктивными технологиями и могут предлагаться подросткам всех возрастов и взрослым людям с приписанным при рождении мужским и женским полом соответственно, при этом желательно предлагать их до начала терапии агонистами ГнРГ [Hembree et al., 2017; Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019]. Криоконсервация эмбрионов может предлагаться взрослым (после завершения полового созревания) ТГО-людям, желающим иметь ребёнка и имеющим партнёра. Последующее использование криоконсервированных гамет также зависит от типа гамет и репродуктивных органов будущего партнёра человека [Fischer, 2021; Maxwell et al., 2017]. Несмотря на данные о сниженных показателях качества спермы в случаях, когда репродуктивные технологии применяются после начала ГАГТ [Adeleye et al., 2019], по данным одного небольшого исследования, при перерыве ГАГТ показатели качества спермы были сравнимы с этими показателями у ТГО-пациентов, никогда не проходивших ГАГТ. Касательно стимуляции яичников, процедуры витрификации ооцитов и их последующего использования для экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), нет оснований ожидать, что в случаях, когда гаметы подвергаются криоконсервации до начала каких-либо медицинских вмешательств, результаты использования у ТГО-пациентов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) будут отличны от результатов использования этих технологий у цисгендерных людей, кроме наличия индивидуальных неучтённых факторов, влияющих на фертильность [Adeleye et al., 2019]. Положительные результаты, полученные у ТГО-пациентов при использовании ооцитов в рамках ВРТ, сравнимы с результатами у контрольной группы цисгендерных пациентов с теми же исходными данными [Adeleye et al., 2019; Leung et al., 2019; Maxwell et al., 2017].

Несмотря на то что описанные альтернативы давно вошли в привычную практику, к репродуктивным технологиям прибегают немногие ТГО-подростки и взрослые [Nahata et al., 2017], также ТГО-люди сталкиваются с трудностями при прохождении процедур по сохранению фертильности. Помимо финансовой труднодоступности (особенно в регионах, где эти процедуры не покрываются страховкой), эти процедуры зачастую связаны с физическим и эмоциональным дискомфортом, при этом многих пациентов беспокоит необходимость отсрочки трансгендерного перехода [Chen et al., 2017; De Sutter et al., 2002; Nahata et al., 2017; Wierckx, Stuyver et al., 2012]. Особенно это касается людей с приписанным женским полом: инвазивность процедур трансвагинального ультразвукового наблюдения при стимуляции яичников и процедуры по забору ооцитов (и связанный с ними психологический дистресс) нередко упоминаются в числе прочих препятствий [Armuaud, Dhejne et al., 2017; Chen et al., 2017]. Имеется также соображение касательно того, что молодые люди в процессе совершения трансгендерного перехода не задумываются о будущем родителстве и с высокой вероятностью могут отказываться от репродуктивных технологий, при этом во взрослом состоянии они могут изменить своё мнение в этом отношении [Cauffman & Steinberg, 2000]. Облегчение гендерной дисфории в процессе трансгендерного перехода может также повлиять на процесс принятия решения касательно репродуктивных технологий [Nahata et al., 2017]. Учитывая данные исследований, говорящие о том, что ТГО-подростки со временем могут изменять своё мнение в отношении фертильности [Nahata et al., 2019; Strang, Jarin et al., 2018], репродуктивные технологии следует обсуждать на регулярной основе.

**Рекомендация 16.4.** Мы рекомендуем медицинским специалистам информировать трансгендерных и гендерно отличных подростков, у которых ещё не началось половое созревание и находящихся на его ранних стадиях, обращающихся за гендерно-аффирмативной медицинской помощью, а также их семьи в отношении того, что возможности сохранения фертильности с доказанной эффективностью в этом случае ограничены.

У детей препубертатного возраста и на ранней стадии полового созревания доступные репродуктивные технологии ограничиваются возможностью криоконсервации тканей гонад. Несмотря на то что

эта процедура может выполняться у ТГО-детей аналогично тому, как это происходит у трансгендерных детей и подростков с онкологическими заболеваниями, публикаций на тему применения этого подхода в трансгендерном контексте нет. В результате аутотрансплантации тканей яичников у трансгендерных женщин появилось на свет более 130 детей. Большинство этих пациенток смогли зачать естественным путём без применения ВРТ [Donnez & Dolmans, 2015; Jadoul et al., 2017], при этом большинство из них прибегли к криоконсервации тканей яичников во взрослом или подростковом возрасте. Хотя в соответствии с последними рекомендациями Американского общества репродуктивной медицины процедура криоконсервации тканей яичников более не считается экспериментальной [Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019], описанных случаев успешного наступления беременности у женщин после трансплантации тканей яичников, криоконсервированных до наступления полового созревания, крайне мало. Demeestere et al. [2015] и Rodriguez-Wallberg, Milenkovic et al. [2021] были описаны случаи успешного наступления беременности в результате трансплантации тканей яичников, взятых в возрасте 14 лет, и недавно Matthews et al. [2018] был описан случай, когда ткани яичника были криоконсервированы у девочки девяти лет с диагнозом «талассемия» и трансплантированы 14 лет спустя. Она смогла успешно зачать с помощью ЭКО и произвела на свет здорового ребёнка.

В настоящее время единственной клинической альтернативой использования сохранённых тканей яичников является их ауто-трансплантация, что может быть нежелательным для трансгендерных мужчин (в связи с потенциально нежелательным воздействием эстрогенов). Возможность культивации ооцитов из тканей яичников в лабораторных условиях могла бы стать идеальным способом использования сохранённых тканей яичников для трансгендерных людей, но эта технология сейчас находится на этапе изучения и оптимизации в рамках фундаментальных научных исследований [Ladanyi et al., 2017; Oktay et al., 2010].

Данные свидетельствуют о том, что процедура по забору тканей тестикул до начала полового созревания имеет низкий уровень риска [Borgström et al., 2020; Ming et al., 2018]. По мнению некоторых авторов, подобный подход теоретически может быть использован для трансгендерных людей [De Roo et al., 2016; Martinez et al., 2017; Nahata,

Curci et al., 2018]. Однако применение этой репродуктивной технологии у ТГО-пациентов в клиническом или исследовательском контексте в настоящее время не описано. Кроме того, данные о клинической осуществимости аутотрансплантации ткани тестикул у людей пока отсутствуют, в то время как технология их культивации *in vitro* находится на стадии фундаментального исследования. Таким образом, в настоящее время эта процедура считается экспериментальной [Piston et al., 2015]. Возможность криоконсервации тканей гонад следует обсуждать с пациентами на этапе планирования любого хирургического вмешательства, которое приведёт к стерилизации, даже учитывая тот факт, что проблема последующего использования этих тканей остаётся нерешённой.

**Рекомендация 16.5.** Мы рекомендуем, чтобы трансгендерным и гендерно отличным людям с маткой, желающим выносить ребёнка, оказывалась помощь по подготовке к зачатию и беременности, включая консультации по ведению и прерыванию гендерно-аффирмативной гормональной терапии, помощь на протяжении беременности, родов и послеродового периода, а также помощь при грудном вскармливании в соответствии с местными рекомендациями с уважением к гендерной идентичности пациентов.

Большинство трансгендерных мужчин и гендерно отличных людей с приписанным при рождении женским полом не прибегают к удалению матки и яичников и, таким образом, могут зачать и выносить ребёнка даже после продолжительного приёма препаратов тестостерона [Light et al., 2014]. Многие трансгендерные мужчины желают стать родителями [Light et al., 2018; Wierckx, van Caenegem et al., 2012] и готовы вынашивать ребёнка [Moseson, Fix, Hastings et al., 2021; Moseson, Fix, Ragosta et al., 2021]. Благодаря ВРТ многие трансгендерные мужчины получают дополнительные возможности достичь зачатия и реализовать свои потребности в связи с планированием семьи [De Roo et al., 2017; Ellis et al., 2015; Maxwell et al., 2017]. Некоторые трансгендерные мужчины сообщают об ощущениях психологической изоляции и дисфории в связи с беременностью и изменениями в молочных железах, а также о депрессии [Charter, 2018; Ellis et al., 2015; Hoffkling et al., 2017; Obedin-Maliver & Makadon, 2016]. При этом, по данным других исследований, беременность

может приносить и положительный опыт [Fischer, 2021; Light et al., 2014]. Для оказания поддержки пациентам следует привлекать специалистов в области психического здоровья, при этом пациентов необходимо консультировать на тему временных рамок прерывания и возобновления гендерно-аффирмативной гормональной терапии, а также способов родоразрешения и вскармливания [Hoffkling et al., 2017]. Наконец, необходимо принимать меры как на системном, так и на межличностном уровне для того, чтобы обеспечить оказание пациентоориентированной репродуктивной медицинской помощи всем людям [Hahn et al., 2019; Hoffkling et al., 2017; Moseson, Zazanis et al., 2020; Snowden et al., 2018].

Учитывая потенциальное негативное влияние тестостерона на развивающийся эмбрион, рекомендуется приостанавливать приём тестостерона и любую маскулинизирующую гормональную терапию до зачатия и на весь срок беременности. Однако оптимальные временные рамки прерывания терапии тестостероном до наступления беременности и её возобновления после завершения беременности неизвестны. Поскольку прерывание гендерно-аффирмативной гормональной терапии может вызывать дистресс и усугубление дисфории у трансгендерных мужчин, сроки и порядок прекращения терапии следует обсуждать на этапе планирования беременности [Hahn et al., 2019]. Ввиду отсутствия данных о продолжительности воздействия тестостерона на плод и риске тератогенности следует прекращать приём препаратов тестостерона до того, как будут предприняты попытки зачать, а также до прекращения использования средств контрацепции. Кроме того, данные о состоянии здоровья детей, рождённых трансгендерными мужчинами, ограничены. По данным нескольких описанных случаев, негативных последствий для физического или социально-психологического здоровья детей, рождённых трансгендерными мужчинами, по сравнению с детьми из общей популяции не обнаружено [Chiland et al., 2013].

### *Грудное вскармливание*

По данным небольшого количества исследований на тему лактации и грудного вскармливания, у большинства трансгендерных мужчин и ТГО-людей с приписанным при рождении женским полом, желавших самостоятельно вскармливать младенцев, грудное вскармливание было успешным, при этом есть основания предполагать,

что успех лактации частично зависит от консультирования на этапе планирования беременности, а также помощи квалифицированных специалистов по лактации [MacDonald et al., 2016; Wolfe-Roubatis & Spatz, 2015]. В частности, трансгендерных мужчин и ТГО-людей, принимающих тестостерон, следует информировать о том, что 1) тестостерон попадает в грудное молоко, хотя и в небольшом количестве; 2) его влияние на новорождённого не изучено, по этой причине не рекомендуется принимать препараты тестостерона на всём сроке грудного вскармливания, при этом гендерно-аффирмативная гормональная терапия может быть возобновлена после прекращения вскармливания [Glaser et al., 2009]. Трансгендерных мужчин и ТГО-людей следует также информировать о том, что у некоторых людей может наблюдаться нежелательное развитие тканей молочных желёз и/или лактация даже после выполнения маскулинизирующей маммопластики, по этой причине таким пациентам может потребоваться помощь в подавлении лактации [MacDonald et al., 2016].

Данных о лактации у трансгендерных женщин и ТГО-людей с приписанным при рождении мужским полом немного, но многие из этих людей заинтересованы в грудном вскармливании. Несмотря на то что описан случай успешного грудного вскармливания у трансгендерной женщины при помощи гормональной терапии с использованием препаратов эстрогенов, прогестерона и домперидона в сочетании с применением молокоотсоса [Reisman & Goldstein, 2018], питательная и иммунологическая ценность грудного молока, полученного в подобных условиях, не изучалась. Таким образом, пациентов следует информировать о преимуществах и рисках этого подхода к кормлению ребёнка [Reisman & Goldstein, 2018].

**Рекомендация 16.6.** Мы рекомендуем медицинским специалистам обсуждать с трансгендерными и гендерно отличными пациентами вопросы контрацепции и сексуальные практики, которые могут привести к беременности.

Репродуктивная способность может сохраняться у многих ТГО-людей. Имеется риск незапланированной беременности у них самих (в случае, если у них есть матка, яичники и фаллопиевы трубы) или у их партнёров (для людей, способных вырабатывать сперму) [James et al., 2016; Light et al., 2014; Moseson, Fix et al., 2020]. По этой причине

требуется консультирование пациентов на тему осознанного планирования семьи, включая вопросы контрацепции и прерывания беременности, проходящее в обстановке уважения к их гендерной идентичности [Klein, Berry-Bibee et al., 2018; Obedin-Maliver, 2015; Stroumsa & Wu, 2018].

ТГО-люди с приписанным при рождении женским полом могут не использовать средства контрацепции в силу ошибочного представления о том, что терапия тестостероном является надёжным видом контрацепции [Abern & Maguire, 2018; Ingraham et al., 2018; Jones, Wood et al., 2017; Potter et al., 2015]. Однако в соответствии с нынешним пониманием тестостерон не может считаться надёжным методом контрацепции в силу того, что он не приводит к полному подавлению гипоталамно-гипофизарно-надпочечниковой оси [Krempasky et al., 2020]. Описаны случаи возникновения беременности у людей, находившихся в состоянии аменореи в связи с приёмом тестостерона, при этом длительность этого состояния может превышать длительность самой гормональной терапии [Light et al., 2014]. Беременность может также возникать у ТГО-людей, принимавших тестостерон на протяжении длительного времени (как минимум до 10 лет), хотя характер влияния длительной гормональной терапии на ооциты и уровень фертильности по-прежнему неизвестен [Light et al., 2014]. ТГО-люди с приписанным при рождении женским полом могут прибегать к различным средствам контрацепции [Abern & Maguire, 2018; Bentsianov et al., 2018; Bonnington et al., 2020; Chrisler et al., 2016; Cípres et al., 2017; Jones, Wood et al., 2017; Krempasky et al., 2020; Light et al., 2018]. Эти средства могут использоваться как непосредственно с целью предотвращения беременности, так и для подавления менструального цикла, аномальных кровотечений и в связи с иными потребностями гинекологического характера [Bonnington et al., 2020; Chrisler et al., 2016; Krempasky et al., 2020; Schwartz et al., 2019]. В данных об использовании средств контрацепции у этой группы населения всё ещё имеются значительные пробелы. Не проводилось исследований на тему влияния экзогенных андрогенов (таких как тестостерон) на степень эффективности и безопасности гормональных контрацептивов (таких как комбинированные эстроген-и гестаген-содержащие контрацептивы и гестагенные контрацептивы), а также негормональных контрацептивных средств (таких

как внешние и внутренние презервативы, негормональные ВМС, диафрагмы, губки и др.).

Гендерно отличные люди, имеющие пенис и тестикулы, могут вступать в сексуальные отношения с людьми, имеющими матку, яичники и фаллопиевы трубы. У гендерно отличных людей с пенисом и тестикулами может вырабатываться сперма даже при прохождении гендерно-аффирмативной гормональной терапии (приёме эстрогенов), и, хотя показатели качества спермы у людей, проходящих или проходивших гендерно-аффирмативную гормональную терапию, снижаются, полная азооспермия не наступает и активность сперматозоидов полностью не подавляется [Adeleye et al., 2019; Jindarak et al., 2018; Kent et al., 2018]. Таким образом, следует рассматривать необходимость средств контрацепции в случаях, когда наступление беременности нежелательно в контексте сексуальной активности между человеком с маткой, яичниками и фаллопиевыми трубами с одной стороны и человеком с пенисом и тестикулами — с другой, вне зависимости от того, проходит ли кто-либо из них гендерно-аффирмативную гормональную терапию. В настоящее время среди методов контрацепции для партнёров, способных производить сперму, можно назвать главным образом механические средства (внешние и внутренние презервативы), перманентную стерилизацию (вазэктомия) и гендерно-аффирмативные хирургические вмешательства (например, орхиэктомия, которая также приводит к стерилизации). Рекомендуются консультировать всех партнёров на тему контрацепции, в зависимости от того, способны ли они производить сперму, ооциты или вынашивать ребёнка.

**Рекомендация 16.7.** Мы рекомендуем медицинскому персоналу, оказывающему услуги по прерыванию беременности, обеспечивать уважение к гендерной идентичности трансгендерных и гендерно отличных пациентов.

Случаи незапланированной беременности и аборта у ТГО-людей с маткой описаны [Abern & Maguire, 2018; Light et al., 2014; Light et al., 2018; Moseson, Fix et al., 2020], а также задокументированы в ходе исследований на базе клиник, предоставляющих услуги по прерыванию беременности [Jones et al., 2020]. Однако критически недостаёт исследований на тему частоты выполнения абортов у этой группы людей, а также опыта и предпочтений ТГО-людей

с приписанным при рождении женским полом, прибегающих к процедуре аборта [Fix et al., 2020; Moseson, Fix et al., 2020; Moseson, Lunn et al., 2020]. Тем не менее, учитывая, что способность к зачатию сохранена у многих ТГО-людей с приписанным при рождении женским полом, и тот факт, что беременность не всегда оказывается желанной или запланированной, доступ к безопасным, законным услугам по медикаментозному и хирургическому прерыванию беременности, оказываемым в обстановке уважения к гендерной идентичности пациентов, необходим.

## ГЛАВА 17. СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Сексуальное здоровье является крайне важным компонентом физического и психологического благополучия человека вне зависимости от его пола, гендерной идентичности и сексуальной ориентации. Однако стигма, связанная с темой секса, а также с гендерной идентичностью и сексуальной ориентацией, оказывает влияние на возможности человека реализовать свою сексуальность и получить адекватную помощь в том, что касается охраны сексуального здоровья. В частности, в большинстве обществ циснормативность и гетеронормативность приводят к тому, что все люди по умолчанию считаются цисгендерными и гетеросексуальными [Bauer et al., 2009], а также что подобная комбинация является предпочтительной по сравнению с прочими гендерными идентичностями и сексуальными ориентациями [Nieder, Güldenring et al., 2020; Rider, Vencill et al., 2019]. В рамках цисгетеронормативности отрицается многогранность гендера, сексуальной ориентации и сексуальности, при этом разнообразие и изменчивость игнорируются. Это приобретает особую важность ввиду того, что сексуальные идентичности, ориентации и практики у трансгендерных и гендерно отличных (ТГО) людей характеризуются огромным разнообразием [Galupo et al., 2016; Jessen et al., 2021; Thurston & Allan, 2018; T’Sjoen et al., 2020]. Аналогичным образом общая для большинства культур сильная тенденция к алло-нормативности — предположению, что все люди без исключения испытывают сексуальное влечение и стремятся к сексуальной активности — отрицает разнообразие опыта ТГО-людей, особенно тех, кто относят себя к асексуальному спектру [McInroy et al., 2021; Mollet, 2021; Rothblum et al., 2020].

Всемирная организация здравоохранения подчёркивает, что сексуальное здоровье зависит от соблюдения сексуальных прав всех людей, включая право на выражение сексуального разнообразия, а также на уважительное и безопасное обращение, свободное от дискриминации и насилия [ВОЗ, 2010]. В контексте сексуального здоровья внимание часто фокусировалось на праве личности на самостоятельное принятие решений и телесную неприкосновенность, включая вопросы согласия, сексуального удовольствия, сексуального удовлетворения, партнёрства и семейной жизни [Cornwall & Jolly, 2006; Lindley et al., 2021]. В этом свете ВОЗ определяет сексуальное

здоровье как «состояние физического, эмоционального, психического и социального благополучия в том, что касается сексуальности, и не ограничивается отсутствием заболеваний, дисфункции или инвалидности. Сексуальное здоровье требует позитивного и уважительного отношения к сексуальности и сексуальным отношениям, а также возможности получать безопасный сексуальный опыт, который будет приносить наслаждение и будет свободен от принуждения, дискриминации и насилия. Для достижения и поддержания сексуального здоровья необходимо уважение, защита и соблюдение сексуальных прав всех людей» [WHO, 2006]. Это касается и людей, относящихся к асексуальному спектру, которые могут не испытывать сексуального влечения к другим людям, но при этом периодически могут быть сексуально активны (например, путём самостимуляции) и/или быть заинтересованы в формировании и построении романтических отношений [de Oliveira et al., 2021].

Научный интерес в отношении сексуального опыта и поведения ТГО-людей за последние годы возрос [Gieles et al., 2022; Holmberg et al., 2019; Klein & Gorzalka, 2009; Kloer et al., 2021; Mattawanon et al., 2021; Stephenson et al., 2017; Tirapegui et al., 2020; Thurston & Allan, 2018]. Расцвет публикаций на эту тему отражает секс-позитивный взгляд [Harden, 2014], в рамках которого признаются как положительные аспекты, такие как сексуальное наслаждение [Laan et al., 2021], так и потенциальные риски, связанные с сексуальностью [Goldhammer et al., 2022; Mujugira et al., 2021]. Однако в исследованиях на тему сексуальности ТГО-людей зачастую отсутствуют утверждённые критерии оценки, адекватные контрольные группы и перспективный формат [Holmberg et al., 2019]. Кроме того, в фокусе большинства исследований находится исключительно сексуальная функция [Kennis et al., 2022], при этом игнорируются такие аспекты, как сексуальное удовлетворение и более широкие проявления сексуального наслаждения помимо сексуальной функции как таковой. Последствия доступных на сегодняшний день гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств в отношении сексуальности имеют неоднородный характер [Özer et al., 2022; T'Sjoen et al., 2020], при этом сексуальность ТГО-подростков изучена мало [Bungener et al., 2017; Maheux et al., 2021; Ristori et al., 2021; Stübler & Becker-Hebly, 2019; Warwick et al., 2022]. Хотя были предложены секс-позитивные подходы к консультированию и помощи ТГО-людям, сталкивающимся с трудностями

сексуального характера [Fielding, 2021; Jacobson et al., 2019; Richards, 2021], исследований на тему эффективности подобных мер не проводилось. Ставя своей основной целью укрепление сексуального здоровья, Всемирная ассоциация сексуального здоровья (the World Association for Sexual Health, WAS) заявляет о важности сексуального наслаждения, при этом в качестве основных способствующих этому факторов она называет самоопределение, согласие, безопасность, приватность, доверие, а также способность и готовность к обсуждению и совместному поиску решений в контексте сексуальных отношений [Kismödi et al., 2017]. По утверждению WAS, сексуальное наслаждение неотделимо от сексуальных прав и прав человека [Kismödi et al., 2017]. Охрана сексуального здоровья ТГО-людей требует от медицинского персонала знаний о медицинских особенностях ТГО-людей, а также деликатности [Nieder, Güldenring et al., 2020]. Для того чтобы вывести охрану сексуального здоровья ТГО-людей на высокий уровень с точки зрения этики, доказательной базы и качества, медицинскому персоналу необходимо оказывать свои услуги на том же уровне профессионализма (то есть с учётом медицинских особенностей ТГО-людей), с тем же уважением (пониманием культурного контекста, в котором существуют ТГО-люди), а также с той же заботой о сексуальном наслаждении и удовлетворении пациентов, как это происходит при работе с цисгендерными людьми [Holmberg et al., 2019].

Во многих обществах гендерно-неконформное самовыражение может вызывать сильную (эмоциональную) реакцию у людей, включая сотрудников области здравоохранения. Таким образом, в контексте обращения за медицинской помощью и формирования терапевтических отношений безоценочная, открытая и принимающая манера общения с пациентом возможна при готовности МС задуматься о своих эмоциональных, когнитивных и поведенческих реакциях по отношению к пациентам [Nieder, Güldenring et al., 2020]. Знание особенностей ТГО-людей включает в себя понимание того, как интерсекциональные идентичности человека вкупе с опытом маргинализации и стигматизации могут отражаться на всей его личности [Rider, Vencill et al., 2019]. Для того чтобы эффективно действовать в контексте физических, психологических и социальных условий существования ТГО-людей, необходимо понимать, в какой степени эти факторы остаются без внимания в силу

цисгетеронормативности, а также отсутствия знаний и умений [Rees et al., 2021]. Важно также принимать во внимание культурные нормы в связи с сексуальностью. К примеру, в некоторых африканских культурах отношение к сексу как табуированной теме может ограничивать набор терминов, приемлемых при обсуждении сексуального опыта пациента [Netshandama et al., 2017]. Использование языка, учитывающего культурные особенности людей, может способствовать более открытому обсуждению сексуального опыта, уменьшению неясности или стыда [Duby et al., 2016]. Также следует иметь в виду тот факт, что сексуальная идентичность и ориентация долгое время использовались в качестве критериев допуска трансгендерных людей к получению гендерно-аффирмативной медицинской помощи [Nieder & Richter-Appelt, 2011; Richards et al., 2014]. Следующие рекомендации направлены на улучшение охраны сексуального здоровья ТГО-людей.

Все рекомендации, вошедшие в эту главу, были сформулированы после подробного анализа доказательной базы, оценки преимуществ и вреда, ценностей и предпочтений специалистов и пациентов, а также использования ресурсов и реализуемости. В некоторых случаях мы были вынуждены признать недостаточность доказательной базы и/или факт недоступности некоторых услуг или их нежелательности.

## *Рекомендации*

17.1. Мы рекомендуем медицинским специалистам, работающим с трансгендерными и гендерно отличными пациентами, приобретать необходимые знания и умения для работы с проблемами сексуального характера (в контексте предоставления своих услуг).

17.2. Мы рекомендуем медицинским специалистам обсуждать с трансгендерными и гендерно отличными пациентами влияние гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств на сексуальную функцию, наслаждение и удовлетворение.

17.3. Мы рекомендуем медицинским специалистам допускать возможность вовлечения партнёра(-ов) транс-

гендерных и гендерно отличных пациентов при оказании помощи в связи с проблемами сексуального характера в случаях, когда это уместно.

17.4. Мы рекомендуем медицинским специалистам обсуждать с трансгендерными и гендерно отличными пациентами потенциальное влияние стигмы на рискованное сексуальное поведение, избегание секса и сексуальную функцию.

17.5. Мы рекомендуем любым медицинским специалистам, оказывающим услуги, способные повлиять на сексуальное здоровье трансгендерных и гендерно отличных пациентов, информировать об этом пациентов, узнавать об их ожиданиях, а также оценивать уровень их понимания возможных изменений.

17.6. Мы рекомендуем медицинским специалистам обсуждать с трансгендерными и гендерно отличными подростками и взрослыми вопросы предотвращения инфекций, передающихся половым путём.

17.7. Мы рекомендуем медицинским специалистам при работе с трансгендерными и гендерно отличными пациентами следовать местным рекомендациям, а также рекомендациям ВОЗ, в отношении скрининга, профилактики и лечения вируса иммунодефицита человека / инфекций, передающихся половым путём.

17.8. Мы рекомендуем медицинским специалистам при работе с трансгендерными и гендерно отличными пациентами принимать во внимание потенциальное взаимодействие между антиретровирусными препаратами и препаратами, используемыми для гормональной терапии.

**Рекомендация 17.1.** Мы рекомендуем медицинским специалистам, работающим с трансгендерными и гендерно отличными пациентами, приобретать необходимые знания и умения для работы с проблемами сексуального характера (в контексте предоставления своих услуг).

Важно, чтобы медицинские специалисты, работающие с проблемами сексуального здоровья ТГО-людей, были знакомы с лексикой, обычно используемой в этом контексте (см. главу 1 «Терминология»),

и просили пациентов разъяснить незнакомые слова. В этом контексте также важно быть готовыми расспрашивать пациентов об их сексуальном опыте, а также предлагать помощь (в пределах своей компетенции) с уважением к гендерной идентичности пациентов в рамках секс-позитивного подхода [Centers for Disease Control, 2020; Tomson et al., 2021]. При этом при выборе терминологии следует отдавать предпочтение именно тем словам, которые сами ТГО-пациенты используют применительно к своему телу, а не более привычным или широко используемым медицинским сообществом терминам [Wesp, 2016]. При обсуждении сексуальных практик могут быть полезны формулировки с названием частей тела (например: «В качестве сексуальных партнёров вы предпочитаете людей с пенисом, людей с влагалищем или и тех, и других?» [ACON, 2022]) и обозначением их роли в сексуальном взаимодействии (например: «Во время секса вы используете какие-либо части своего тела для проникновения в тело партнёра, например гениталии, анальное отверстие или рот?» [ACON, 2022]).

**Рекомендация 17.2.** Мы рекомендуем медицинским специалистам обсуждать с трансгендерными и гендерно отличными пациентами влияние гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств на сексуальную функцию, наслаждение и удовлетворение.

Для оказания медицинской помощи в гендерно-аффирмативном ключе крайне важно, чтобы МС, предоставляющие услуги, связанные с совершением трансгендерного перехода, были осведомлены об их возможных последствиях для сексуальной функции, наслаждения и удовлетворения [T'Sjoen et al., 2020]. Поскольку, согласно клиническим данным, показатели сексуального наслаждения у ТГО-людей значительно снижены по сравнению с этими показателями у цисгендерных людей, это приобретает особую важность [Gieles et al., 2022]. В случаях, когда специалист не может предоставить пациентам информацию о последствиях вмешательств для сексуальной функции, наслаждения и удовлетворения, по крайней мере ему следует направить пациентов к коллегам, имеющим соответствующую квалификацию. В случаях, когда последствия вмешательств для сексуальности неизвестны, пациентов следует информировать об этом. Как было упомянуто выше, сексуальность ТГО-людей зачастую

бросает вызов гетеронормативным взглядам. Тем не менее существует множество публикаций [Bauer, 2018; Laube et al., 2020; Hamm & Nieder, 2021; Stephenson et al., 2017], в которых подчёркивается спектроподобный характер человеческой сексуальности в целом: она не вписывается в рамки привычных представлений о мужской или женской сексуальности (как цис-, так и трансгендерной), не говоря о гендерно отличных людях (таких как небинарные, агендерные, гендерквир-люди). Все эти аспекты должны тщательно учитываться, поскольку циснормативность, гетеронормативность, а также гендерно-аффирмативные медицинские вмешательства оказывают значительное влияние на сексуальное здоровье.

Сексуальное наслаждение как один из факторов, способствующих улучшению сексуального, психического и физического здоровья, хорошо описано [Anderson, 2013]. Параллельно с сексуальной функцией при оказании помощи в связи с проблемами сексуального характера следует также уделять внимание сексуальному наслаждению и удовлетворению как ключевым компонентам сексуального здоровья. Исторически усилия по охране сексуального здоровья были ориентированы на борьбу с заболеваниями, и это особенно верно в отношении исследований и клинической практики в трансгендерном контексте. Помимо потребности в квалифицированной помощи в связи с ВИЧ и ИППП также необходимо признание клинической значимости сексуального наслаждения ТГО-пациентов. Важность интеграции сексуального наслаждения в качестве одного из ключевых вопросов в контекст образовательных и практических мер по профилактике ИППП основывается на понимании того, что удовольствие является одним из мотиваторов для поведения [Philpott et al., 2006]. Сексуальное удовольствие важно для ТГО-людей, и им требуются МС, осведомлённые о разнообразии сексуальных практик и анатомических функциональных особенностей ТГО-пациентов.

**Рекомендация 17.3.** Мы рекомендуем медицинским специалистам допускать возможность вовлечения партнёра(-ов) трансгендерных и гендерно отличных пациентов при оказании помощи в связи с проблемами сексуального характера в случаях, когда это уместно.

В случаях, когда это уместно и клинически оправдано, привлечение сексуальных и/или романтических партнёров пациентов при

оказании помощи и принятии медицинских решений, связанных с сексуальным здоровьем, может способствовать лучшим результатам с точки зрения сексуального благополучия и удовлетворения пациентов [Kleinplatz, 2012]. ТГО-люди могут прибегать к ряду гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств, способных приводить к неоднозначным результатам в том, что касается колебания уровня дисфории, которую пациенты могут испытывать в отношении своего тела [Bauer & Hammond, 2015]. При обсуждении влияния медицинских вмешательств на сексуальную функцию, наслаждение и удовлетворение участие партнёра может быть информативным с точки зрения понимания происходящих изменений, а также может стимулировать обсуждение этих вопросов между партнёрами [Dierckx et al., 2019]. Поскольку процесс трансгендерного перехода зачастую не происходит в изоляции, вовлечение сексуальных и/или романтических партнёров в обсуждение медицинских мер, связанных с трансгендерным переходом, может облегчить процесс «совместного перехода»<sup>28</sup> [Lindley et al., 2020; Siboni et al., 2022; Theron & Collier, 2013], а также способствовать развитию и адаптации как самого пациента, так и отношений с партнёром. Социальные и психологические преграды к осуществлению сексуальной функции и достижению удовольствия, такие как гендерная дисфория, стигматизация, отсутствие ролевых моделей в том, что касается сексуальности и отношений, а также недостаток навыков могут негативно отражаться на сексуальном здоровье в целом [Kerckhof et al., 2019]. Поддерживающее обсуждение вопросов сексуальности между партнёрами в гендерно-аффирмативном ключе приводит к большему сексуальному удовлетворению у ТГО-людей [Stephenson et al., 2017; Wierckx, Elaut et al., 2011].

Вовлечение сексуальных и/или романтических партнёров представляет собой дополнительную возможность сформировать реалистичные ожидания, распространить полезную и достоверную информацию, а также способствовать позитивной гендерно-аффирмативной коммуникации в связи с вопросами сексуального здоровья. Однако в конечном счёте важно признавать, что личный выбор в том, что касается гендерно-аффирмативных вмешательств, принадлежит самим пациентам, а не их партнёрам. Важно, чтобы партнёры вовлекались в процесс оказания помощи, связанной с сексуальным

<sup>28</sup> Под «совместным переходом» здесь понимаются изменения, которые происходят в паре/союзе в связи с осуществлением гендерно-аффирмативных вмешательств и затрагивают как отношения внутри пары, так и отношения пары с окружением.

здоровьем, только тогда, когда это уместно, и только по желанию пациента. Динамика межличностных отношений, окрашенная жестокостью или насилием, в этом случае является противопоказанием, поскольку безопасность пациента должна находиться в приоритете. Наконец, крайне важно, чтобы МС относились с равной степенью инклюзивности и уважения ко всем людям, включая сексуальных и романтических партнёров пациентов. Это предполагает, к примеру, отслеживание и искоренение у себя предположений и предрассудков касательно гендерной идентичности или сексуальной ориентации партнёра пациента, а также структуры их отношений.

**Рекомендация 17.4.** Мы рекомендуем медицинским специалистам обсуждать с трансгендерными и гендерно отличными пациентами потенциальное влияние стигмы на рискованное сексуальное поведение, избегание секса и сексуальную функцию.

Влияние стигматизации, дискриминации и насилия на ТГО-сообщество непропорционально велико [de Vries et al., 2020; European Union Agency for Fundamental Rights, 2020; McLachlan, 2019]. Подобный опыт зачастую носит травматический характер [Burnes et al., 2016; Mizock & Lewis, 2008] и может становиться препятствием на пути к сексуальному здоровью, здоровой сексуальной функции и получению удовольствия [Bauer & Hammond, 2015]. К примеру, стигматизирующие нарративы в отношении сексуальности трансгендерных людей могут усиливать дисфорию и стыд в связи с сексуальностью, приводя к потенциальному избеганию коммуникации в сексуальном контексте, необходимой для обеспечения безопасности и получения максимального наслаждения [Stephenson et al., 2017]. Данные исследований говорят о том, что стигма, опыт сексуального насилия и проблемы с образом своего тела могут негативно сказываться на сексуальной самооценке и способности активно участвовать в процессе принятия решений, к примеру, когда необходимо сообщить партнёру о том, что приносит удовольствие, или настоять на использовании презерватива [Clements-Nolle et al., 2008; Dharma et al., 2019]. Кроме того, гендерная дисфория может усиливаться опытом травмы в прошлом и сохраняющейся травматической симптоматикой [Giovanardi et al., 2018]. Некоторые ТГО-люди могут испытывать трудности при использовании гениталий, с которыми они родились, и полностью избегать подобной стимуляции, что препятствует

процессу возбуждения и/или достижения оргазма [Anzani et al., 2021; Bauer & Hammond, 2015; Iantaffi & Bockting, 2011] или же ведёт к смешанным чувствам в связи с оргазмом [Chadwick et al., 2019]. МС, оказывающие гендерно-аффирмативную помощь информационного и медицинского характера, должны иметь представление о спектре сексуальных ориентаций и идентичностей (включая асексуальные идентичности и практики), чтобы избежать предположений, основанных на гетеронормативных, циснормативных и аллонормативных модусах поведения или удовлетворения, при этом не оставляя без внимания возможные последствия травмы для сексуального здоровья и наслаждения [Nieder, Güldenring et al., 2020]. Временами у ТГО-людей может возникать некоторый уровень отстранённости или диссоциации, особенно при наличии острой травматической симптоматики [Colizzi et al., 2015]. Важно иметь в виду влияние, которое эти факторы оказывают на сексуальное здоровье, функцию, наслаждение и удовлетворение ТГО-людей, чтобы при необходимости направлять пациентов к специалистам по сексуальному здоровью, имеющим опыт работы с травмой, и/или специалистам в области психического здоровья, способным оказать пациентам дальнейшую помощь, а также нормализовать и валидировать исследование различных путей к восстановлению и достижению сексуального удовольствия.

**Рекомендация 17.5.** Мы рекомендуем любым медицинским специалистам, оказывающим услуги, способные повлиять на сексуальное здоровье трансгендерных и гендерно отличных пациентов, информировать об этом пациентов, узнавать об их ожиданиях, а также оценивать уровень их понимания возможных изменений.

Гендерно-аффирмативные медицинские вмешательства могут оказывать как позитивное, так и негативное влияние на сексуальную функцию, наслаждение и удовлетворение [Holmberg et al., 2018; Kerckhof et al., 2019; Thurston & Allan, 2018; Tirapegui et al., 2020]. С позитивной стороны гендерно-аффирмативные вмешательства могут способствовать улучшению сексуальной функции ТГО-людей, повышая уровень наслаждения и удовлетворения [Kloer et al., 2021; Özer et al., 2022; T'Sjoen et al., 2020]. С негативной стороны, по некоторым данным, гормональные и хирургические вмешательства могут приводить к проблемам в области сексуального здоровья [Holmberg

et al., 2018; Kerckhof et al., 2019, Stephenson et al., 2017; Weyers et al., 2009]. Гендерно-аффирмативная гормональная терапия может влиять на настроение, сексуальное влечение, способность к эрекции и эякуляции, а также здоровье тканей гениталий, что, в свою очередь, может отражаться на сексуальной функции, наслаждении и сексуальном самовыражении [Defreyne, Elaut et al., 2020; Garcia & Zaliznyak, 2020; Kerckhof et al., 2019; Klein & Gorzalka, 2009; Wierckx, Elaut et al., 2014]. ТГО-людям, которые не подвергались гендерно-аффирмативным вмешательствам в области гениталий и хотели бы использовать свои гениталии для проникающего секса, можно рекомендовать медикаменты для компенсации побочных эффектов гормональной терапии, таких как эректильная дисфункция у ТГО-людей, принимающих эстрогены и антиандрогены, а также эстрогены и увлажняющие препараты местного действия для ТГО-людей, сталкивающихся с атрофией тканей влагалища или сухостью в связи с терапией тестостероном.

Психотропные препараты также могут влиять на сексуальное влечение, возбуждение и функцию [Montejo et al., 2015]. Поскольку многие ТГО-люди принимают по назначению врача медикаменты в связи с депрессией [Heylens, Elaut et al., 2014], тревожностью [Millet et al., 2017] и иными проблемами с психическим здоровьем [Dhejne et al., 2016], их потенциальные побочные эффекты в отношении сексуального здоровья также следует учитывать.

Многие гендерно-аффирмативные хирургические вмешательства могут оказывать значительное влияние на чувствительность эрогенных зон, сексуальное влечение и возбуждение, а также на сексуальную функцию и удовольствие. Характер этих изменений может быть смешанным [Holmberg et al., 2018]. К примеру, при помощи маммопластики (уменьшение или увеличение молочных желёз, мастэктомия), а также хирургической коррекции фигуры могут, с одной стороны, достигаться положительные изменения формы тела и внешности и, таким образом, снижаться уровень психологического дистресса, препятствующего сексуальной функции, но, с другой стороны, эти вмешательства могут негативно влиять на уровень чувствительности [Vekeny et al., 2020; Claes et al., 2018; Rochlin et al., 2020]. В частности, хирургические вмешательства в области гениталий могут по-разному негативно отражаться на сексуальной функции и удовольствии, несмотря на то что пациенты могут воспринимать

результаты этих вмешательств позитивно, поскольку тело начинает более соответствовать их гендерной идентичности и тем самым для них могут открываться новые возможности в том, что касается сексуального наслаждения и удовлетворения [Hess et al., 2018; Holmberg et al., 2018; Kerckhof et al., 2019].

В имеющейся литературе можно найти много описаний того, как это происходит.

- Хирургические вмешательства могут приводить к снижению, полной потере или потенциальному повышению отзывчивости на стимуляцию и/или интенсивности ощущений по сравнению с состоянием до выполнения вмешательства [Garcia, 2018; Sigurjónsson et al., 2017].
- Определённый вид хирургического вмешательства может быть связан с определёнными ограничениями в отношении сексуальной функции, которые могут проявляться немедленно и/или в будущем и которые должны быть учтены на этапе выбора и планирования вмешательства [Frey et al., 2016; Garcia, 2018; Isaacson et al., 2017].
- Послеоперационные осложнения могут негативно отражаться на сексуальной функции, снижая её качество (например, вызывая дискомфорт или боль при сексуальной активности) или препятствуя половому акту [Kerckhof et al., 2019; Schardein et al., 2019].

В целом уровень удовлетворённости результатами медицинских вмешательств в значительной степени определяется предшествующими ожиданиями пациента [Padilla et al., 2019]. В случаях, когда ожидания пациентов нереалистичны, вероятность их последующего разочарования в результате и качестве оказанной помощи, а также компетентности оказывавших её специалистов повышается [Padilla et al., 2019]. Таким образом, специалистам важно адекватно информировать пациентов о доступных альтернативах, а также достигать ясного понимания того, чего именно пациент ждёт от планируемой процедуры [Garcia, 2021]. Наконец, важно, чтобы специалисты делали всё возможное для того, чтобы пациенты осознавали потенциальные негативные последствия вмешательства с точки зрения сексуальной функции и удовольствия и чтобы принимаемое ими решение было в полной мере информированным. Это касается стандартной процедуры предоставления информированного согласия (включающей в себя обсуждение и понимание), а также возможности дальнейшего

уточнения и обсуждения с пациентами и, при желании, с их партнёрами [Glaser et al., 2020].

**Рекомендация 17.6.** Мы рекомендуем медицинским специалистам обсуждать с трансгендерными и гендерно отличными подростками и взрослыми вопросы предотвращения инфекций, передающихся половым путём.

ВОЗ [2015] рекомендует, чтобы вопросы сексуальности кратко обсуждались с подростками и взрослыми в рамках оказания первичной медицинской помощи. Для сексуально активных людей или людей, планирующих сексуальную активность, может быть полезным обсуждение вопросов сексуальности в контексте профилактики ВИЧ/ИППП. Подобные разговоры особенно важны ввиду того, что распространённость вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) и других инфекций, передающихся половым путём (ИППП), непропорционально велика среди ТГО-людей по сравнению с цисгендерными людьми [Baral et al., 2013; Becasen et al., 2018; Poteat et al., 2016]. Однако данных о других ИППП, таких как хламидиоз, гонорея, сифилис, вирусные гепатиты и герпес, мало [Tomson et al., 2021]. По оценке Объединённой программы Организации Объединённых Наций по ВИЧ/СПИД (Joint United Nations Programme on HIV and AIDS, UNAIDS), шанс трансгендерных женщин иметь положительный ВИЧ-статус в 12 раз выше по сравнению с другими взрослыми людьми [UNAIDS, 2019]. По данным метаанализа, глобальная распространённость ВИЧ у трансгендерных женщин, предпочитающих секс с мужчинами, составляет 19% [Baral et al., 2013]. Риск ВИЧ/ИППП в различных подгруппах ТГО-людей является продуктом пересечения нескольких биологических, психологических, межличностных и структурных уязвимостей. В частности, риск ВИЧ/ИППП повышен у трансфеминных людей, предпочитающих секс с мужчинами, принадлежащих к расовым/этническим меньшинствам, живущих в бедности и занимающихся секс-работой для того, чтобы выжить [Becasen et al., 2018; Poteat et al., 2015; Poteat et al., 2016]. Меньше известно о риске ВИЧ/ИППП у трансгендерных мужчин и гендерно отличных людей с приписанным при рождении женским полом. По данным небольших исследований из стран с высоким уровнем дохода, подтверждённая лабораторными анализами распространённость ВИЧ среди трансмаскулинных людей составляет 0–4% [Becasen et al., 2018;

Reisner & Murchison, 2016]. Почти не проводилось исследований с участием трансмаскулинных людей, предпочитающих секс с цисгендерными мужчинами, в странах с высокой распространённостью ВИЧ. Несмотря на недостаток эпидемиологических данных, трансмаскулинные люди, предпочитающие секс с цисгендерными мужчинами, нередко сообщают о риске ВИЧ/ИППП в связи с вагинальным/анальным сексом в принимающей позиции [Golub et al., 2019; Reisner et al., 2019; Scheim et al., 2017] и могут быть более подвержены риску заражения ВИЧ через вагинальный секс по сравнению с цисгендерными женщинами (в пременопаузальный период) в связи с атрофией тканей влагалища вследствие гормональной терапии.

Рекомендации общей направленности необходимо дополнять специфическими знаниями и умениями в том, что касается обсуждения вопросов сексуального здоровья с ТГО-людьми, такими как использование гендерно-аффирмативного языка (см. рекомендацию 17.1 в этой главе). Крайне важно избегать предположений в отношении риска ВИЧ/ИППП у пациентов, основываясь исключительно на их гендерной идентичности или анатомии. Например, многие трансгендерные люди не активны сексуально, также ТГО-люди могут предпочитать сексуальные практики с использованием секс-игрушек и ортезов. Для адекватного профилактического консультирования следует узнавать у ТГО-пациентов, какими именно сексуальными практиками они занимаются и какие части тела (или ортезы) при этом используют [ACON, 2022]. Хорошо подготовленный медицинский персонал (включая специалистов в области психического здоровья, но не только) может более углублённо обсуждать с пациентами основные факторы, влияющие на риск ВИЧ/ИППП (см. рекомендацию 17.3 в этой главе).

Во всех случаях следует с уважением относиться к коллективному и индивидуальному опыту ТГО-людей (например, зная о стереотипах и стигме, связанных с сексуальностью ТГО-людей и гендерной дисфорией), мотивируя необходимость вопросов на тему сексуального опыта пациентов и подчёркивая, что ответы на эти вопросы могут быть только добровольными. При обсуждении профилактики ВИЧ/ИППП следует затрагивать весь спектр профилактических мер, включая барьерные методы, постконтактную и доконтактную профилактику, а также терапию ВИЧ с целью предотвращения дальнейшего

распространения [WHO, 2021]. Вопросы доконтактной профилактики у ТГО-людей поднимаются в рекомендации 17.8.

**Рекомендация 17.7.** Мы рекомендуем медицинским специалистам при работе с трансгендерными и гендерно отличными пациентами следовать местным рекомендациям, а также рекомендациям ВОЗ, в отношении скрининга, профилактики и лечения вируса иммунодефицита человека / инфекций, передающихся половым путём.

Как и цисгендерным пациентам, ТГО-подросткам и взрослым следует предлагать скрининг на ВИЧ/ИППП в соответствии с имеющимися рекомендациями, основываясь на их индивидуальном риске заражения ВИЧ/ИППП и учитывая, помимо гендерной идентичности, их анатомические особенности и поведение. При отсутствии местных или государственных рекомендаций применимы глобальные рекомендации ВОЗ [2019a]; более частый скрининг рекомендован ТГО-людям, предпочитающим секс с цисгендерными мужчинами, являющимися ключевой группой населения, подверженной ВИЧ.

Гендерно-аффирмативные хирургические вмешательства в области гениталий, а также техники их выполнения влияют на риск ИППП и необходимость скрининга, как объясняется в недавних рекомендациях Центров по контролю и профилактике заболеваний США [Workowski et al., 2021]. К примеру, у трансфеминных людей, у которых была выполнена вагинопластика методом пенильной инверсии с использованием только кожи пениса и мошонки для выстилки неовлагалища, риск заражения урогенитальной формой хламидиоза (*C. trachomatis*) и гонореи (*N. gonorrhoeae*), может быть снижен, но в случаях, когда техника вмешательства была более новой, с использованием слизистой полости рта или уретры, а также ткани брюшины, подверженность бактериальным ИППП может быть повышена по сравнению с техниками, предполагающими использование только кожи пениса и мошонки [Van Gerwen et al., 2021]. Рутинный скрининг неовлагалища на ИППП (у сексуально активных пациентов) рекомендуется для всех трансфеминных людей, у которых была выполнена вагинопластика [Workowski et al., 2021]. У трансмаскулинных людей, у которых была выполнена метоидиопластика с удлинением уретры, но без вагинэктомии, при тестировании на

бактериальные урогенитальные ИППП необходимо также взятие мазка из влагалища, поскольку в моче инфекция может не обнаружиться [Workowski et al., 2021].

Необходимо брать материал для анализа из нескольких анатомических зон, поскольку у трансгендерных пациентов ИППП могут локализоваться вне зоны гениталий [Hiransuthikul et al., 2019; Pitasi et al., 2019]. В соответствии с рекомендациями ВОЗ [2020] допустим самостоятельный сбор материалов для анализа, особенно в случаях, когда выполнение этих действий медицинским персоналом нежелательно для пациентов или вызывает у них дискомфорт в связи с гендерной дисфорией и/или травматическим опытом. В случаях, когда это актуально, совмещение анализа на ВИЧ/ИППП с рутинным контролем уровня гормонов может иметь практическую пользу с точки зрения доступа к получению помощи [Reisner, Radix et al., 2016; Scheim & Travers, 2017].

**Рекомендация 17.8.** Мы рекомендуем медицинским специалистам при работе с трансгендерными и гендерно отличными пациентами принимать во внимание потенциальное взаимодействие между антиретровирусными препаратами и препаратами, используемыми для гормональной терапии.

Для ТГО-подростков и взрослых со значительным уровнем риска заражения ВИЧ (как правило, определяемым как «продолжающиеся серодискордантные отношения или секс без презерватива за рамками взаимно моногамных отношений с партнёром, ВИЧ-отрицательный статус которого подтверждён» [ВОЗ, 2017]) важным способом профилактики ВИЧ является доконтактная профилактика (ДКП) [Golub et al., 2019; Sevelius et al., 2016; WHO, 2021]. Для стимуляции использования ДКП в 2021 году Центры контроля и профилактики заболеваний США рекомендовали информировать всех сексуально активных подростков и взрослых о ДКП и предлагать эти препараты по запросу [CDC, 2021]. Касательно терапии людей, живущих с ВИЧ, опубликованы рекомендации для работы с трансгендерными пациентами [Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2019].

В связи с дозировками и методом введения антиретровирусных препаратов имеются особые соображения относительно профилактики и терапии ВИЧ у ТГО-людей. Если говорить об оральной ДКП, ТГО-людям на данный момент рекомендован только

ежедневный приём, поскольку исследования на тему эффективности приёма эмтрицитабина / тенофовира дизопроксила фумарата (ТДФ) по запросу (в связи с предполагаемым контактом) проводились только у трансгендерных мужчин [WHO, 2019c]. Кроме того, поскольку эмтрицитабин / тенофовира алафенамид (ТАФ) является новым оральным препаратом ДКП, на начало 2022 года он не рекомендован к приёму людьми, имеющими риск заражения ВИЧ через вагинальный секс в принимающей позиции, в связи с отсутствием данных [CDC, 2021]. Всё большее распространение получают также инъекционные препараты длительного действия для профилактики и терапии ВИЧ (например, каботегавир для ДКП), но, несмотря на то что они рекомендованы к приёму всем пациентам, кому они могут принести пользу, предпочтительные зоны инъекции (ягодичная мышца) могут быть недоступны у людей, которым были введены филлеры мягких тканей [Rael et al., 2020].

Данных, подтверждающих возможность взаимодействия между препаратами, используемыми при гендерно-аффирмативной гормональной терапии, и препаратами ДКП, немного. В ходе нескольких небольших исследований, главным образом опирающихся на результаты опросов участников об использовании ДКП, было обнаружено снижение концентрации препаратов ДКП у трансгендерных женщин, проходящих гормональную терапию, хотя их уровень был достаточным для обеспечения защиты [Yager & Anderson, 2020]. В ходе последующего исследования на тему взаимодействия препаратов, при котором приём ДКП контролировался исследователями, влияния гормональной терапии на концентрацию препаратов ДКП у трансгендерных женщин обнаружено не было, при этом было показано, что уровень защиты от ВИЧ у трансгендерных женщин и мужчин, проходящих гормональную терапию, высок [Grant et al., 2020]. Наибольшее значение для многих ТГО-людей имеет тот факт, что влияния ДКП на уровни половых гормонов также обнаружено не было. Отдельные антиретровирусные препараты, предназначенные для терапии ВИЧ, могут оказывать влияние на уровни гормонов, однако это влияние может быть нейтрализовано путём выбора альтернативных препаратов и/или контроля и изменения дозировки гормональных препаратов [Cirrincione et al., 2020], как объясняется в рекомендациях Министерства здравоохранения и социальных служб США [Форум, посвящённый рекомендациям по ведению антиретровирусной

терапии у подростков и взрослых, 2019]. Тем не менее опасения в связи со взаимодействием препаратов, особенно в случаях, когда это может повлиять на уровень половых гормонов, остаются преградой для внедрения и приверженности антиретровирусной терапии в контексте профилактики или лечения ВИЧ [Radix et al., 2020; Sevelius et al., 2016]. Желательно, чтобы МС занимали проактивную позицию в отношении этих опасений у пациентов, которые являются кандидатами для назначения ДКП или терапии ВИЧ. Интеграция ДКП или терапии ВИЧ и гормональной терапии может способствовать дальнейшему уменьшению преград к началу и приверженности этой терапии [Reisner, Radix et al., 2016]. Интеграция может достигаться путём совмещения или координации со специалистом в области ВИЧ в случае, когда МППЗ не имеет необходимой квалификации. Для некоторых ТГО-людей получение ДКП или помощи в связи с сексуальным здоровьем в обособленном порядке может быть более приемлемо, поскольку оказание услуг в такой форме может носить более приватный и гибкий характер. Поэтому необходимы различные организационные модели оказания услуг [Wilson et al., 2021].

## ГЛАВА 18. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Эта глава предназначена для медицинских специалистов (МС) и специалистов в области психического здоровья (СПЗ), оказывающих помощь взрослым трансгендерным и гендерно отличным (ТГО) людям в связи с вопросами психического здоровья. Она не заменяет главы, посвящённые обследованию людей перед назначением гормональной терапии или хирургических вмешательств. Многим ТГО-людям не требуется психотерапия или другие виды услуг в связи с психическим здоровьем в рамках трансгендерного перехода, в то время как другим может быть полезна поддержка специалистов и учреждений в области психического здоровья [Dhejne et al., 2016].

По данным некоторых исследований, распространённость депрессии [Witcomb et al., 2018], тревожности [Bouman et al., 2017] и суицидальности [Arcelus et al., 2016; Bränström & Pachankis, 2022; Davey et al., 2016; Dhejne, 2011; Herman et al., 2019] среди ТГО-людей [Jones et al., 2019; Thorne, Witcomb et al., 2019] выше, чем у общего населения. Особенно это касается тех, кому необходимы медицинские гендерно-аффирмативные вмешательства (см. рекомендацию 2.1 в главе 2 «Глобальная применимость»). Однако трансгендерная идентичность как таковая не является психическим заболеванием. Была обнаружена связь между этими повышенными показателями и комплексной травмой, социальной стигмой, насилием и дискриминацией [Nuttbrock et al., 2014; Peterson et al., 2021]. Кроме этого, психиатрическая симптоматика снижается после получения адекватной гендерно-аффирмативной медицинской медикаментозной и хирургической помощи [Aldridge et al., 2020; Almazan and Keuroghlian; 2021; Bauer et al., 2015; Grannis et al., 2021], а также в результате мер, направленных на уменьшение дискриминации и стресса меньшинств [Bauer et al., 2015; Heylens, Verroken et al., 2014; McDowell et al., 2020].

Персонал и учреждения, предоставляющие помощь в области психического здоровья, должны уважать автономность пациента и признавать гендерное разнообразие. СПЗ, работающим с трансгендерными пациентами, следует использовать практику активного слушания как способ стимуляции самоисследования у людей, испытывающих сомнения в отношении собственной гендерной идентичности. Вместо навязывания пациентам собственных нарративов и предубеждений СПЗ должны помогать им в поисках собственного

пути. Хотя многие трансгендерные люди нуждаются в медикаментозных и хирургических вмешательствах, а также обращаются за помощью в области психического здоровья, у других отсутствует такая необходимость [Margulies et al., 2021]. Таким образом, данные исследований с участием пациентов клиник не должны экстраполироваться на всех трансгендерных людей. Важно принимать меры в отношении психических расстройств и злоупотребления психоактивными веществами, но эти проблемы не должны становиться барьером к получению медицинской помощи в связи с трансгендерным переходом. Напротив, принятие мер в отношении психических расстройств и злоупотребления психоактивными веществами может способствовать более благоприятному исходу трансгендерного перехода, что, в свою очередь, может улучшать качество жизни [Nobili et al., 2018].

Все рекомендации, вошедшие в эту главу, были сформулированы после подробного анализа доказательной базы, оценки преимуществ и вреда, ценностей и предпочтений специалистов и пациентов, а также использовании ресурсов и реализуемости. В некоторых случаях мы были вынуждены признать недостаточность доказательной базы и/или факт недоступности некоторых услуг или их нежелательности.

## *Рекомендации*

**18.1.** Мы рекомендуем специалистам в области психического здоровья принимать меры в отношении симптомов психических расстройств и состояний, которые могут препятствовать способности пациента дать согласие на выполнение гендерно-аффирмативных вмешательств, до их назначения.

**18.2.** Мы рекомендуем специалистам в области психического здоровья оказывать помощь и поддержку трансгендерным и гендерно отличными пациентам в том, что касается симптомов психических расстройств и состояний, препятствующих их способности обеспечить себе базовый предоперационный уход перед выполнением гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств.

18.3. Мы рекомендуем специалистам в области психического здоровья при наличии у пациентов серьёзных симптомов психических расстройств и состояний или злоупотребления психоактивными веществами оценивать степень потенциального негативного влияния этих симптомов на исход гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств в зависимости от вида последних.

18.4. Мы рекомендуем специалистам в области психического здоровья оценивать необходимость психосоциальной и практической поддержки трансгендерных и гендерно отличных пациентов в пред- и послеоперационный период при выполнении гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств.

18.5. Мы рекомендуем медицинским специалистам консультировать трансгендерных и гендерно отличных людей и оказывать им помощь в том, что касается воздержания от табакокурения / потребления никотина перед выполнением гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств.

18.6. Мы рекомендуем медицинским специалистам продолжать вести гормональную терапию у трансгендерных и гендерно отличных людей в случае их помещения в психиатрический или медицинский стационар, за исключением случаев, когда к этому имеются противопоказания.

18.7. Мы рекомендуем в случаях, когда трансгендерным и гендерно отличным пациентам требуется помещение в стационар для получения психиатрической помощи, медицинской помощи или помощи в связи со злоупотреблением психоактивными веществами, чтобы весь медицинский персонал использовал корректное имя, местоимения и грамматический род (указанные пациентом), а также чтобы пациентам был обеспечен доступ в туалет и размещение в соответствии с их гендерной идентичностью.

18.8. Мы рекомендуем медицинским специалистам поощрять и поддерживать трансгендерных и гендерно отличных пациентов и содействовать им в том, что касается развития и поддержания систем социальной поддержки, включая сверстников, друзей и семьи.

18.9. Мы рекомендуем медицинским специалистам не включать прохождение психотерапии в список обязательных

требований для получения доступа к гендерно-аффирмативной медицинской помощи, одновременно признавая её пользу для отдельных трансгендерных и гендерно отличных пациентов.

18.10. Мы рекомендуем избегать репаративной и конверсионной терапии, направленных на изменение гендерной идентичности и экспрессии человека таким образом, чтобы привести их в соответствие с полом, приписанным человеку при рождении.

**Рекомендация 18.1.** Мы рекомендуем специалистам в области психического здоровья принимать меры в отношении симптомов психических расстройств и состояний, которые могут препятствовать способности пациента дать согласие на выполнение гендерно-аффирмативных вмешательств, до их назначения.

Поскольку, как правило, предполагается, что пациенты в состоянии дать согласие на оказание медицинской помощи, вопрос того, в какой степени наличие когнитивных нарушений, психоза или другого психического заболевания нарушает способность пациента давать информированное согласие, должен рассматриваться в индивидуальном порядке [Applebaum, 2007]. Информированное согласие является неотъемлемым элементом оказания медицинской помощи. Пациент должен быть проинформирован в отношении рисков, преимуществ и альтернатив в связи с любым планируемым вмешательством таким образом, чтобы у него была возможность сделать информированный добровольный выбор [Berg et al., 2001]. Врач-терапевт или эндокринолог, назначающий гормональные препараты, или хирург, выполняющий вмешательство, должны получать согласие пациентов. Аналогичным образом СПЗ должны получать согласие пациентов при оказании помощи в области психического здоровья и могут обращаться за консультацией к коллегам в случае, когда эта способность пациента оказывается под вопросом. Психиатрические заболевания и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, в особенности когнитивные нарушения и психоз, могут ухудшать способность человека осознавать риски и преимущества медицинских вмешательств [Hostiuc et al., 2018]. С другой стороны, у пациента может присутствовать серьёзное

психическое заболевание и при этом он всё ещё может быть способен осознавать риски и преимущества определённого медицинского вмешательства [Carpenter et al., 2000]. В трудных случаях необходимо взаимодействие между специалистами из различных дисциплин, и по мере необходимости следует прибегать к консультации с экспертами [Karasic & Fraser, 2018]. У многих пациентов трудности с пониманием рисков и преимуществ определённого вмешательства могут быть преодолены со временем и путём тщательных объяснений. У некоторых пациентов контроль состояния, нарушающего способность дать информированное согласие, такого как психоз, может приводить к восстановлению способности давать согласие на проведение вмешательства. Однако такие психические симптомы, как тревожность или депрессия, не оказывающие влияния на способность давать согласие, не должны становиться препятствием для оказания гендерно-аффирмативной медицинской помощи, особенно ввиду того факта, что эта помощь может приводить к улучшению психической симптоматики [Aldridge et al., 2020].

**Рекомендация 18.2.** Мы рекомендуем специалистам в области психического здоровья оказывать помощь и поддержку трансгендерным и гендерно отличным пациентам в том, что касается симптомов психических расстройств и состояний, препятствующих их способности обеспечить себе базовый предоперационный уход перед выполнением гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств.

Неспособность обеспечить себе адекватный уход в пред- и послеоперационном периоде по причине психического заболевания не должна рассматриваться как препятствие к получению необходимой медицинской помощи в связи с трансгендерным переходом, но является показанием к оказанию помощи в области психического здоровья и обеспечению социальной поддержки [Karasic, 2020]. Психические заболевания и расстройства, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами, могут накладывать ограничения на способность пациента обеспечить себе должный уход в пред- и послеоперационном периоде [Barnhill, 2014]. Посещение врача, уход за швами и прочие процедуры послеоперационного ухода (например, бужирование после выполнения вагинопластики) могут быть обязательными для достижения оптимального

результата. Пациент с расстройством, связанным со злоупотреблением психоактивными веществами, может иметь тенденцию пропускать назначенные приёмы у терапевта и хирурга. Пациент с психозом или тяжёлой депрессией может неадекватно ухаживать за раной или не заметить признаки инфицирования или расхождения швов [Lee, Marsh et al., 2016]. Наличие некомпенсированных психических заболеваний у пациентов связано с большей вероятностью возникновения острых состояний, требующих срочной медицинской и хирургической помощи после изначально выполненного вмешательства [Wimalawansa et al., 2014].

В подобных случаях лечение психического заболевания или расстройства, связанного со злоупотреблением психоактивными веществами, может способствовать успеху хирургического вмешательства. Организация поддержки со стороны семьи и друзей или медицинской помощи на дому может обеспечить достаточный уровень вовлечения пациента в мероприятия по пред- и послеоперационному уходу для того, чтобы вмешательство могло быть выполнено. Польза от лечения психиатрических заболеваний, в случае, когда это может приводить к отсрочке хирургического вмешательства, должна сопоставляться с риском, который несёт в себе отсрочка, при этом необходимо оценивать влияние отсрочки на психическое состояние пациента в том, что касается гендерной дисфории [Byne et al., 2018].

**Рекомендация 18.3.** Мы рекомендуем специалистам в области психического здоровья при наличии у пациентов серьёзных симптомов психических расстройств и состояний или злоупотребления психоактивными веществами оценивать степень потенциального негативного влияния этих симптомов на исход гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств в зависимости от вида последних.

Гендерно-аффирмативные хирургические вмешательства различаются в зависимости от их влияния на жизнь пациента. Некоторые из них требуют более серьёзного подхода к планированию, а также более тщательного пред- и послеоперационного ухода для достижения наилучшего результата [Tollinche et al., 2018]. Симптомы психических расстройств и состояний могут повлиять на способность пациента участвовать в процессе планирования и ухода, необходимого в контексте любого хирургического вмешательства

[Paredes et al., 2020]. Оценка состояния психического здоровья поможет разработать стратегию по нейтрализации возможного негативного влияния симптомов психических расстройств на исход вмешательства, а также меры по поддержке способности пациента принимать участие в планировании и послеоперационном уходе. По данным исследований, гендерно-аффирмативные хирургические вмешательства могут облегчать симптоматику гендерной дисфории и приводить к улучшению состояния психического здоровья [Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2017]. При обсуждении возможности назначения вмешательства эта польза сопоставляется с рисками, связанными с каждой конкретной процедурой. МС могут оказывать ТГО-пациентам содействие в планировании и изучении инструкций по последующему уходу в связи с конкретным хирургическим вмешательством [Karasic, 2020]. МС и пациент могут совместно определять необходимый уровень поддержки и ресурсов, требуемых для обеспечения регулярного посещения врача в рамках пред- и послеоперационного ухода, приобретения необходимых принадлежностей, решения финансовых и логистических вопросов. Кроме того, могут обсуждаться ожидания пациентов, связанные с внешним видом и функциональностью тех или иных частей тела, включая влияние этих факторов на гендерную дисфорию.

**Рекомендация 18.4.** Мы рекомендуем специалистам в области психического здоровья оценивать необходимость психосоциальной и практической поддержки трансгендерных и гендерно отличных пациентов в пред- и послеоперационный период при выполнении гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств.

Вне зависимости от специализации в обязанности любого МС входит поддержка пациентов в том, что касается доступа к медицински необходимой помощи. При работе с ТГО-пациентами в рамках подготовки к гендерно-аффирмативным хирургическим вмешательствам следует оценивать необходимый уровень поддержки психосоциального и практического характера [Deutsch, 2016b]. Эта оценка является первым шагом к пониманию, в каких областях требуется дополнительная поддержка, а также к улучшению сотрудничества между МС и пациентами в том, что касается успешного прохождения этапа планирования, а также пред- и послеоперационного периодов

[Tollinche et al., 2018]. В пред- и послеоперационный период важно помогать пациентам в том, что касается оптимизации повседневного функционирования, поиска стабильного жилья, налаживания рутины, социальной и семейной опоры в контексте индивидуальной ситуации пациента, планирования способов реагирования при развитии осложнений, решения проблем, связанных с работой / источниками дохода, а также преодоления дополнительных сложностей, возникающих у некоторых пациентов, таких как прохождение процедур электропилиции или необходимость воздержания от курения [Berli et al., 2017]. В рамках сложной системы здравоохранения не все пациенты могут успешно справляться с прохождением процедур, необходимых для получения помощи, так что МС и помощники из рядов сообщества могут оказывать пациентам поддержку в этом процессе [Deutsch, 2016a].

**Рекомендация 18.5.** Мы рекомендуем медицинским специалистам консультировать трансгендерных и гендерно отличных людей и оказывать им помощь в том, что касается воздержания от табакокурения / потребления никотина перед выполнением гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств.

У трансгендерных людей отмечается более высокая распространённость табакокурения и потребления никотина [Kidd et al., 2018]. Однако многие люди не осведомлены о хорошо описанных рисках для здоровья, связанных с курением [Bryant et al., 2014]. Употребление табака повышает риск возникновения проблем со здоровьем (например, тромбоза) у людей, проходящих гендерно-аффирмативные медицинские процедуры, особенно гормональную терапию препаратами эстрогенов [Chipkin & Kim, 2017].

Употребление табака связано с ухудшением результатов пластической хирургии, включая общее количество осложнений, некроз тканей, а также необходимость в последующей коррекции [Coon et al., 2013]. Курение также повышает риск инфицирования в послеоперационном периоде [Kaoutzanis et al., 2019]. Показано, что употребление табака влияет на процесс заживления после любого хирургического вмешательства, включая гендерно-аффирмативные (такие как маммопластика, операции в области гениталий) [Pluvy, Garrido et al., 2015]. У курильщиков повышен риск кожного некроза, длительного заживления и шрамообразования в связи с гипоксией и ухудшением

тканевого кровообращения [Pluvy, Panouilleres et al., 2015]. Учитывая это, хирурги рекомендуют прекращать употребление табака/никотина в период, предшествующий выполнению вмешательства, и сохранять воздержание на протяжении нескольких недель после его проведения, до окончательного заживления ран [Matei & Danino, 2015]. Несмотря на риски, отказ может вызывать трудности. Курение табака и употребление никотина вызывает зависимость, а также нередко работает как механизм борьбы со стрессом [Matei et al., 2015]. МС, наблюдающие пациентов на протяжении длительного времени перед выполнением хирургического вмешательства, включая специалистов в области психического здоровья и медицинский персонал первичного звена, должны принимать меры в отношении употребления табака/никотина пациентами и содействовать ТГО-пациентам в получении помощи по отказу от курения либо же предоставлять такую медицинскую помощь напрямую (например, путём назначения препаратов варениклина или бупропиона).

**Рекомендация 18.6.** Мы рекомендуем медицинским специалистам продолжать вести гормональную терапию у трансгендерных и гендерно отличных людей в случае их помещения в психиатрический или медицинский стационар, за исключением случаев, когда к этому имеются противопоказания.

При помещении в психиатрический или медицинский стационар ТГО-люди должны продолжать принимать гормональную терапию в соответствии с назначенной схемой. Нет данных, свидетельствующих в пользу прекращения гормональной терапии на период нахождения в медицинском или психиатрическом стационаре. В редких случаях пациент может помещаться в стационар с диагнозом, требующим прерывания гормональной терапии, таким как острая венозная тромбоземболия [Deutsch, 2016a]. Веских данных, говорящих о пользе прерывания гормональной терапии в качестве стандартной практики перед выполнением хирургических вмешательств, нет, и сопоставление пользы и рисков подобной меры должно происходить в индивидуальном порядке [Boskey et al., 2018].

Доказано, что гормональная терапия может приводить к повышению качества жизни, а также уменьшению депрессии и тревожности [Aldridge et al., 2020; Nguyen et al., 2018; Nobili et al., 2018; Owen-Smith et al., 2018, Rowniak et al., 2019]. Доступ к гендерно-аффирмативной

медицинской помощи связан со значительным снижением риска суицида [Bauer et al., 2015]. Принудительное прерывание регулярной гормональной терапии лишает пациентов этого благоприятного воздействия и, таким образом, может входить в противоречие с целями госпитализации.

Некоторые врачи могут не иметь представления о низком риске вреда и значительной потенциальной пользе продолжения гендерно-аффирмативной терапии в контексте пребывания в стационаре. По данным исследования, проведённого на базе медицинских образовательных учреждений США и Канады, на протяжении четырёх лет обучения изучению ЛГБТ-тематики посвящается в среднем пять часов [Obedin-Maliver et al., 2011]. По данным опроса среди врачей неотложной медицины, которым часто приходится принимать решения касательно медикаментозного лечения пациентов в срочном порядке при их поступлении, несмотря на то что 88% из них сталкивались с трансгендерными пациентами, только 17,5% прошли формальную подготовку по работе с этой группой пациентов [Chisolm-Straker et al., 2018]. По мере того как осведомлённость медицинских работников о трансгендерности повышается, всё большее количество медицинского персонала будет осознавать важность продолжения гормональной терапии у трансгендерных пациентов во время госпитализации.

**Рекомендация 18.7.** Мы рекомендуем в случаях, когда трансгендерным и гендерно отличным пациентам требуется помещение в стационар для получения психиатрической, медицинской помощи или помощи в связи со злоупотреблением психоактивными веществами, чтобы весь медицинский персонал использовал корректное имя, местоимения и грамматический род (указанные пациентом), а также чтобы пациентам был обеспечен доступ в туалет и размещение в соответствии с их гендерной идентичностью.

Многие ТГО-люди сталкиваются с дискриминацией в различных медицинских учреждениях, включая больницы, психиатрические учреждения и программы по лечению наркотической зависимости [Grant et al., 2011]. В ситуациях, когда медицинские учреждения оказываются неспособны учесть потребности трансгендерных пациентов, они укрепляют многолетнюю социальную изоляцию, с которой

многие из этих людей сталкивались на протяжении жизни [Karasic, 2016]. Опыт дискриминации в условиях медицинских учреждений приводит к избеганию обращения за медицинской помощью из опасений дальнейшей дискриминации [Kcomt et al., 2020].

Опыт дискриминации, с которой сталкиваются ТГО-люди, является прогностическим фактором появления суицидальных мыслей [Rood et al., 2015; Williams et al., 2021]. Стресс гендерного меньшинства, связанный с отвержением и непринятием, также может приводить к суицидальности [Testa et al., 2017]. Невозможность посещения туалета, соответствующего гендерной идентичности человека, тоже ассоциируется с повышением уровня суицидальности [Seelman, 2016]. При этом обращение к ТГО-людям по предпочитаемому имени коррелирует со снижением уровня депрессии и суицидальности [Russell et al., 2018]. Для снижения частоты суицидальных попыток у ТГО-людей необходимо принимать меры в отношении институциональной и интернализированной трансфобии [Brumer et al., 2015]. Для того чтобы оказываемая помощь была успешной, медицинским учреждениям следует минимизировать вред, наносимый ТГО-пациентам в связи с трансфобией, уважая пациентов и учитывая их потребности.

**Рекомендация 18.8.** Мы рекомендуем медицинским специалистам поощрять и поддерживать трансгендерных и гендерно отличных пациентов и содействовать им в том, что касается развития и поддержания систем социальной поддержки, включая сверстников, друзей и семьи.

Несмотря на вред, наносимый психическому здоровью ТГО-людей стрессом меньшинств и прямыми последствиями дискриминации в обществе, он может снижаться при наличии сильной социальной поддержки [Trujillo et al., 2017]. ТГО-дети зачастую интернализируют отвержение со стороны семьи и сверстников, а также окружающую трансфобию [Amodeo et al., 2015]. В дальнейшем жестокое обращение на почве трансфобии может преследовать человека на протяжении всей жизни и может быть особенно интенсивным в подростковый период [Nuttbrock et al., 2010].

Налаживание системы социальной поддержки оказывает защитное влияние на психику. Социальная поддержка может смягчать последствия насилия, стигматизации и дискриминации для психики

[Bockting et al., 2013], способствовать успешному взаимодействию с медицинскими учреждениями [Jackson Levin et al., 2020], а также развитию психологической стрессоустойчивости у ТГО-людей [Bariola et al., 2015; Başar and Öz, 2016]. Улучшению психического состояния, повышению благополучия и качества жизни могут способствовать различные источники социальной поддержки, особенно ЛГБТК+-сообщество и семья [Bariola et al., 2015; Başar et al., 2016; Kuper, Adams et al., 2018; Puckett et al., 2019]. Предполагается также, что социальная поддержка может способствовать развитию механизмов совладания со стрессом и приводить к более позитивному опыту прохождения трансгендерного перехода [Budge et al., 2013].

МС могут оказывать пациентам помощь в формировании систем социальной поддержки, принимающих и приветствующих аутентичное самопроявление, а также помогающих им справляться с симптомами гендерной дисфории. Проблемы в межличностных отношениях и нехватка социальной поддержки связаны с большей частотой психологических проблем у ТГО-людей [Bouman, Davey et al., 2016; Davey et al., 2015], а также могут отражаться на исходе гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств [Aldridge et al., 2020]. МС следует поощрять и поддерживать ТГО-пациентов в их усилиях по развитию и поддержанию системы социальной поддержки, а также содействовать им в этом отношении. Этот опыт также может способствовать развитию навыков межличностного общения и помогать справляться с дискриминацией, потенциально снижая риск суицидальности и улучшая психическое здоровье [Pflum et al., 2015].

***Рекомендация 18.9.*** Мы рекомендуем медицинским специалистам не включать прохождение психотерапии в список обязательных требований для получения доступа к гендерно-аффирмативной медицинской помощи, одновременно признавая её пользу для отдельных трансгендерных и гендерно отличных пациентов.

Психотерапия использовалась в качестве клинического инструмента при работе с ТГО-людьми на протяжении долгого времени [Fraser, 2009b]. Цели, требования, методы и принципы психотерапии как изначальный компонент «Стандартов помощи» изменялись по мере того, как выходили новые версии [Fraser, 2009a]. В настоящее время взрослые ТГО-люди могут обращаться за консультацией

и помощью психотерапевта по поводу психологических проблем общего характера, связанных с гендерной дисфорией, а также сложностями при сообщении другим людям о своей идентичности [Hunt, 2014]. Психологическая помощь, включая психотерапию, предлагает человеку эффективный инструментарий и контекст, к примеру для исследования собственной гендерной идентичности и экспрессии, увеличивая самопринятие и надежду, улучшая стрессоустойчивость во враждебных и инвалидизирующих условиях [Matsuno and Israel, 2018]. Психотерапия представляет собой признанный терапевтический подход к работе с психической симптоматикой, которая может обнаруживаться в ходе первичного обследования или дальнейшего наблюдения и подготовки к гендерно-аффирмативным вмешательствам. Последние исследования говорят о том, что, несмотря на улучшение психической симптоматики в связи с прохождением гендерно-аффирмативных процедур, уровень тревожности остаётся высоким [Aldridge et al., 2020], что свидетельствует о том, что психотерапия может приносить пользу пациентам, страдающим от тревожности на этапе после выполнения гендерно-аффирмативных вмешательств.

На протяжении последних лет в литературе появились сообщения о способах применения и пользе конкретных психотерапевтических методов [Austin et al., 2017; Budge, 2013; Budge et al., 2021; Embaye, 2006; Fraser, 2009b; Heck et al., 2015]. Для работы с трансгендерными и небинарными людьми были предложены специфические психотерапевтические модели [Matsuno & Israel, 2018]. Однако требуется больше сравнительных эмпирических исследований о пользе различных психотерапевтических методов [Catelan et al., 2017]. Для трансгендерных людей опыт психотерапии может быть как пугающим, так и благотворным [Applegarth & Nuttall, 2016], и может быть сопряжён с трудностями как для самого психотерапевта, так и в контексте построения терапевтического альянса в ситуациях, когда психотерапия ассоциируется с гейткипингом<sup>29</sup> в отношении медицинских вмешательств [Budge, 2015].

Согласно имеющемуся опыту, многие трансгендерные и небинарные люди принимают решение о прохождении гендерно-

---

<sup>29</sup> Гейткипинг — контроль над распределением ресурсов и благ, который осуществляется лицом, наделённым властью. Гейткипингом в контексте ТГО-людей будет принятие человеком в экспертной роли решения о допуске или недопуске ТГО-человека к гендерно-аффирмативным вмешательствам.

аффирмативных процедур, почти или совсем не прибегая к услугам психотерапевта [Spanos et al., 2021]. Хотя различные психотерапевтические методы могут по разным причинам приносить пользу до, на протяжении и после выполнения гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств, а многие пациенты могут в той или иной степени выражать потребность в психотерапии на разных этапах медицинского трансгендерного перехода [Mayer et al., 2019], нет данных о том, что прохождение психотерапии как критерий для допуска к гендерно-аффирмативным вмешательствам приносит пользу, и есть основания предполагать, что это может становиться барьером для тех, у кого нет потребности в этой процедуре или кому она недопустима, и таким образом наносить пациентам вред.

**Рекомендация 18.10.** Мы рекомендуем избегать репаративной и конверсионной терапии, направленных на изменение гендерной идентичности и экспрессии человека таким образом, чтобы привести их в соответствие с полом, приписанным человеку при рождении.

Против использования так называемой репаративной или конверсионной терапии, или попыток «изменить» гендерную идентичность человека, высказывались многие крупные медицинские организации и организации по охране психического здоровья по всему миру, включая Всемирную психиатрическую ассоциацию, Панамериканскую организацию здравоохранения, Американскую психиатрическую и Американскую психологическую ассоциации, Королевский колледж психиатров и Британское психологическое общество. Во многих штатах США запрет на проведение конверсионной терапии у несовершеннолетних существует на законодательном уровне. Под попытками изменить гендерную идентичность подразумеваются усилия специалистов в области психического здоровья или иных лиц, направленные на изменение гендерной идентичности или экспрессии человека таким образом, чтобы они больше соответствовали тем, которые ассоциируются с полом, приписанным человеку при рождении [American Psychological Association, 2021].

Сторонники конверсионной терапии утверждают, что подобные меры могут способствовать более удачной интеграции человека в его социальное окружение. Они также говорят о том, что некоторые клиенты обращаются с конкретным запросом на изменение своей

гендерной идентичности или экспрессии и что психотерапевты должны иметь возможность помогать клиентам в достижении этих целей. Однако, по имеющимся данным, конверсионная терапия не приносит желаемого эффекта [APA, 2009; Przeworski et al., 2020]. Кроме того, она может приносить значительное количество вреда. По данным ретроспективных исследований, опыт прохождения конверсионной терапии связан с повышенным уровнем депрессии, злоупотребления психоактивными веществами, суицидальными мыслями, попытками суицида, а также сниженным уровнем академических успехов и меньшим уровнем еженедельного дохода [Ryan et al., 2020; Salway et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020]. В 2021 году Американская психологическая ассоциация опубликовала резолюцию, согласно которой «данные научных исследований и клинический опыт свидетельствуют о том, что попытки изменить гендерную идентичность (GICE, gender identity change efforts) представляют серьёзный риск вреда для людей» [APA, 2021].

Несмотря на то что полностью положить конец попыткам «изменения» гендерной идентичности пока не представляется возможным, осведомлённость об отсутствии пользы и потенциальном вреде, наносимом подобными практиками, может способствовать тому, что всё меньше специалистов будут предлагать услуги по конверсионной терапии и всё меньше пациентов и семей примут решение прибегнуть к ним.

## ***Благодарности***

Karen A. Robinson, профессору медицины из университета Джонса Хопкинса, директору Центра доказательной практики, а также её сотрудникам, за проведение всех систематических обзоров и помощь в процессе разработки рекомендаций, лежащих в основе 8-й версии «Стандартов помощи». Этические соображения: Carol Bayley, Simona Giordano и Sharon Sytsma. Юридические аспекты: Jennifer Levi and Phil Duran. Проверка библиографических ссылок: Taymy Caso, Oscar Dimant, Zil Goldstein, Ali Harris, Nat Thorne. Редакторы: Margueritte White, Jun Xia. Административная поддержка: Blaine Vella, Taylor O'Sullivan, Jamie Hicks. Наконец, мы благодарим всех участников, оставивших комментарии на протяжении периода общественного обсуждения, а также GATE (Global Action for Trans Equality, «Глобальное действие за равноправие трансгендерных людей»), APTN (Asia Pacific Transgender Network Foundation, «Фонд азиатско-тихоокеанской трансгендерной сети»), ILGA (The International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association, «Международная ассоциация лесбиянок, геев, бисексуальных, трансгендерных и интерсекс людей») и TGEU (Transgender Europe, «Трансгендерная Европа») за их полезную и конструктивную обратную связь в отношении раннего варианта 8-й версии «Стандартов помощи».

## ***Конфликты интересов***

Конфликты интересов были рассмотрены на этапе отбора кандидатов в члены комитета, а также после завершения процесса перед публикацией. Важных или значимых конфликтов интересов обнаружено не было.

## ***Этическое одобрение***

Эта публикация не содержит выполненных кем-либо из авторов исследований с участием людей.

## ***Финансирование***

Проект был частично финансирован на средства гранта, выделенного Tawani Foundation. Большая часть средств была направлена на оплату работы Центра доказательной практики Университета Джонса Хопкинса. Редакторам и команде по проверке ссылок на источники был выплачен номинальный гонорар. Члены комитета выполняли свою работу на волонтерской основе. Некоторые транспортные расходы для председателей комитета были оплачены из средств Всемирной профессиональной ассоциации по здоровью трансгендерных людей (WPATN). Работа сотрудников WPATN оплачивалась из бюджета ассоциации.

# ПРИЛОЖЕНИЕ А. МЕТОДОЛОГИЯ

## 1. Введение

Эта (8-я) версия «Стандартов помощи» (SOC-8) основана на более строгом и научно обоснованном с методологической точки зрения подходе, нежели предыдущие версии. Её доказательную базу составляют научные публикации, а также мнение профессионального сообщества экспертов. Методические руководства содержат рекомендации, направленные на оптимизацию процесса оказания медицинской помощи; они составляются на основе подробно проанализированных данных, а также оценке пользы и вреда имеющихся альтернатив. В основе надёжных клинических практических руководств и рекомендаций лежат доказательные исследования, но они должны уравниваться реалиями оказания медицинской помощи в различных условиях.

В процессе разработки 8-й версии «Стандартов помощи» были использованы рекомендации по разработке клинических руководств, составленные национальными медицинскими академиями и Всемирной организацией здравоохранения, затрагивающие такие стороны, как прозрачность, политика разрешения конфликтов интересов, состав комитета и групповая динамика обсуждений [Institute of Medicine Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice, 2011; World Health Organization, 2019a].

Комитет по разработке SOC-8 был многопрофильным, в него вошли эксперты в этой области, медицинские специалисты, исследователи, а также заинтересованные лица, обеспечивавшие культурную и географическую представленность различных точек зрения. Все участники комитета заполнили декларацию о конфликтах интересов.

Планирование и разработка вопросов велись при помощи методолога по разработке рекомендаций, при этом независимой команде было поручено выполнение систематических обзоров, на данных которых впоследствии были основаны некоторые из рекомендаций. При разработке руководства также было учтено мнение международной совещательной комиссии и замечания, полученные во время периода общественного обсуждения. Рекомендации, вошедшие в SOC-8, основаны на имеющихся данных в пользу проведения тех

или иных вмешательств, обсуждении рисков и вреда, а также реализуемости и приемлемости в различных условиях и странах мира. Консенсус касательно окончательного списка рекомендаций был получен путём Дельфийского метода, в котором участвовали все члены комитета по пересмотру «Стандартов помощи», при этом каждая рекомендация должна была получить одобрение не менее 75% участников. Сопроводительные и объяснительные тексты к рекомендациям были написаны членами комитета, участвовавшими в написании этой главы. Черновые варианты глав были рассмотрены председателем и сопредседателями Комитета по пересмотру «Стандартов помощи» на предмет единства формата, адекватности изложения доказательного материала, а также отсутствия противоречий между отдельными главами. Проверка ссылок на источники, использованные при разработке SOC-8, была выполнена независимой командой до передачи всего документа редактору. Ниже предлагается подробное описание методологии, использованной при разработке SOC-8.

## ***2. Методологические различия между SOC-8 и предыдущими версиями***

Основные методологические отличия 8-й версии «Стандартов помощи» по сравнению с предыдущими версиями:

- привлечение большего количества специалистов из различных частей мира;
- прозрачный процесс отбора членов руководящего комитета, а также авторов и ответственных за написание отдельных глав;
- вовлечение разнообразных заинтересованных лиц в процесс разработки SOC-8;
- управление конфликтами интересов<sup>30</sup>;
- применение Дельфийского метода для достижения консенсуса в отношении рекомендаций среди членов комитета по разработке SOC-8;

---

<sup>30</sup> Сложный процесс разработки SOC-8 проходил на фоне пандемии COVID-19, а также политической неопределённости во многих частях мира. Члены коллектива по разработке «Стандартов» посвящали этому время, свободное от обычных рабочих обязанностей, большая часть встреч проходила в нерабочее время и на выходных через Zoom. Личные встречи происходили крайне редко, в основном в рамках конференций WPATH, USPATH или EPATH. Члены коллектива по разработке SOC-8 не получали оплаты в рамках этого процесса. — *Прим. авт.*

- привлечение независимой команды из авторитетного университета для содействия в разработке методологии, а также, при наличии возможности, выполнения независимых систематических обзоров научной литературы;
- в зависимости от силы рекомендаций они разделяются по принципу «мы рекомендуем» и «мы предлагаем»;
- привлечение независимой группы учёных-клиницистов для проверки ссылок на источники;
- привлечение международных организаций, работающих с сообществом трансгендерных и гендерно отличных (ТГО) людей, членов WRATH и прочих профессиональных организаций, а также общественности, предоставлявшей обратную связь на протяжении периода общественного рассмотрения в отношении полного текста SOC-8.

### **3. Обзор процесса разработки SOC-8**

Ниже предлагается обзор этапов процесса пересмотра «Стандартов помощи».

1. Формирование Руководящего комитета по разработке, включая назначение председателя и сопредседателей (19 июля 2017 года).
2. Создание списка глав (охват рекомендаций).
3. Отбор авторов отдельных глав на основе квалификации (март 2018 года).
4. Выбор команды анализа доказательств: Университет Джонса Хопкинса (март 2018 года).
5. Доработка тем, входящих в SOC-8, и отбор вопросов для последующих систематических обзоров.
6. Проведение систематических обзоров (март 2019 года).
7. Создание предварительного списка рекомендаций.
8. Создание окончательного списка рекомендаций путём голосования с использованием Дельфийского метода (сентябрь 2019 года — февраль 2022 года).
9. Классификация силы рекомендаций.
10. Написание сопроводительных текстов к рекомендациям.

11. Независимая проверка ссылок на источники, используемых в сопроводительных текстах.
12. Окончательная доработка текста SOC-8 (1 декабря 2021 года).
13. Получение обратной связи в отношении рекомендаций от Международного консультативного комитета.
14. Получение обратной связи в отношении полного текста SOC-8 на протяжении периода общественного рассмотрения (ноябрь 2021 года — январь 2022 года).
15. Пересмотр окончательного текста с учётом полученных комментариев (январь 2022 года — май 2022 года).
16. Одобрение окончательного текста председателем и сопредседателями (10 июня 2022 года).
17. Одобрение советом директоров WPATH.
18. Публикация SOC-8.
19. Распространение и перевод SOC-8.

### ***3.1. Формирование Руководящего комитета***

Руководящий комитет по разработке WPATH осуществлял контроль над процессом разработки рекомендаций при написании всех глав, вошедших в «Стандарты помощи». За исключением председателя (Eli Coleman), назначенного советом WPATH с целью обеспечения преемственности с предыдущими версиями «Стандартов», члены Руководящего комитета по разработке были отобраны советом WPATH из числа членов WPATH, предложивших свои кандидатуры на эти позиции. Были сформулированы должностные инструкции для позиций сопредседателей, ответственных по главам, авторов глав и заинтересованных лиц. Для того чтобы предложить свою кандидатуру, члены WPATH должны были заполнить анкету и приложить резюме. Совет WPATH выбирал сопредседателей путём голосования (один из членов совета не участвовал в голосовании ввиду конфликта интересов). Затем председатель и сопредседатели отобрали ответственных по главам, авторов (а также заинтересованных лиц) на основании заполненных анкет и резюме.

В состав Руководящего комитета по разработке 8-й версии «Стандартов помощи» вошли:

- Eli Coleman, кандидат наук (PhD), директор и заведующий кафедрой семейной медицины и общественного здравоохранения Института сексуального и гендерного здоровья медицинского факультета Университета Миннесоты, США — председатель;
- Asa Radix, доктор медицинских наук, кандидат наук (PhD), магистр общественного здравоохранения (MPH), старший директор научно-исследовательского и образовательного медицинского центра Каллен-Лорд, клинический ассоциированный профессор медицины Нью-Йоркского университета, США — сопредседатель;
- Jon Arcelus, доктор медицинских наук (MD), кандидат наук (PhD), профессор психического здоровья и благополучия, почётный консультант по вопросам здоровья трансгендерных людей Университета Ноттингема, Великобритания — сопредседатель;
- Karen A. Robinson, кандидат наук (PhD), профессор медицины, эпидемиологии, политики и управления в области здравоохранения в Университете Джонса Хопкинса, США — руководитель команды анализа доказательств.

### 3.2. *Определение тематики глав*

Руководящий комитет определил главы, входящие в состав «Стандартов помощи», основываясь на имеющейся литературе и предыдущих версиях «Стандартов». В SOC-8 вошли следующие главы.

1. Терминология.
2. Глобальная применимость.
3. Демография.
4. Образование<sup>31</sup>.
5. Обследование взрослых.
6. Подростки.
7. Дети.
8. Небинарные люди.
9. Евнухи.
10. Интерсекс.
11. Учреждения.
12. Гормональная терапия.
13. Хирургические вмешательства и послеоперационный уход.

---

<sup>31</sup> Глава «Образование» изначально должна была покрыть темы образования и этики. Было принято решение создать отдельный комитет для написания главы об этике. В ходе написания главы было определено, что оптимальным решением будет вынести тему этики за пределы SOC-8 как требующую дальнейшего углубленного изучения этических соображений в связи со здоровьем трансгендерных людей. — *Прим. авт.*

14. Голос и коммуникация.
15. Первичная медико-санитарная помощь.
16. Репродуктивное здоровье.
17. Сексуальное здоровье.
18. Психическое здоровье.

### ***3.3. Отбор авторов глав***

Членам WPATH было предложено подать заявку на вхождение в состав комитета по разработке SOC-8 (в качестве авторов глав или ответственных по главам). Руководящий комитет назначил авторов глав таким образом, чтобы они представляли разные дисциплины и перспективы.

Согласно требованиям, ответственные лица и авторы должны были быть полноправными членами WPATH с хорошей репутацией, а также экспертами в вопросах охраны здоровья трансгендерных людей по теме как минимум одной из глав. Ответственные по главам должны были отчитываться перед Руководящим комитетом и отвечали за координацию работы авторов. Авторы были подотчётны ответственным по главам напрямую.

В число авторов каждой главы также вошли заинтересованные лица, представляющие перспективу защиты медицинских интересов трансгендерного сообщества или работы с сообществом изнутри, а также людей, чей ребёнок, близкий родственник, родитель или партнёр является трансгендерным человеком, и т. д. К заинтересованным лицам требование полного членства WPATH не предъявлялось.

В обязанности авторов глав входило:

- участие в формулировке и доработке вопросов для обзоров доказательств;
- чтение и комментарий материалов, полученных от команды анализа доказательств;
- критический анализ черновых вариантов документов, в том числе отчёта о доказательной базе;
- анализ и оценка доказательной базы и чернового варианта рекомендаций;
- участие в Дельфийском методе;
- написание сопровождающих текстов к рекомендациям;
- оценка силы рекомендаций;

- анализ и учёт комментариев председателей на всём протяжении процесса написания главы;
- разработка содержания глав;
- анализ публичных комментариев и доработка всего текста;
- участие в распространении публикации.

Ответственные лица и авторы при необходимости проходили подготовку и ориентирование. Подготовка включала в себя формулирование и уточнение вопросов (то есть использование метода PICO), анализ данных, формулирование рекомендаций, оценку силы доказательств и рекомендаций, а также информирование о программе и процессе разработки рекомендаций.

Было назначено 26 ответственных по главам (для отдельных глав потребовалось более одного ответственного), 77 авторов и 16 заинтересованных лиц. Общее число составило 127 человек. На протяжении процесса разработки «Стандартов» 8 человек отказалось от участия по личным или связанным с работой причинам. Таким образом, окончательное число авторов составило 119 человек.

### **3.4. Отбор команды анализа доказательств**

Совет WPATH опубликовал сообщение о приёме заявок на участие в команде анализа доказательств. Для разработки SOC-8 команда анализа доказательств была набрана в Университете Джонса Хопкинса, её возглавила Карен Робинсон.

- *Karen A. Robinson, кандидат наук (PhD), профессор медицины, эпидемиологии, политики и управления в области здравоохранения, Университет Джонса Хопкинса, США — руководитель команды анализа доказательств.*

Др. Робинсон также вошла в Руководящий комитет по разработке «Стандартов», где в её обязанности входили консультирование и подготовка других участников по вопросам разработки вопросов PICO и рекомендаций, проведение Дельфийского метода, а также выполнение крайне строгого систематического обзора литературы на предмет прямых данных.

#### ***Конфликты интересов***

Членам Руководящего комитета, ответственным по главам и авторам, а также членам команды анализа доказательств было

предложено сообщить о любых конфликтах интересов. Помимо потенциальных финансовых и конкурирующих интересов или конфликтов требовалось также сообщать о личных отношениях или отношениях прямой подотчётности с одним из председателей, сопредседателей или членов совета WPATH или же о членстве в совете директоров WPATH.

### ***3.5. Доработка тем и анализ вопросов***

Командой анализа доказательств были выделены рекомендации из предыдущей версии «Стандартов помощи». С помощью команды анализа доказательств Руководящий комитет и ответственные по главам определили:

- какие из рекомендаций требуется актуализировать;
- новые области, требующие разработки рекомендаций.

### ***3.6. Выполнение систематических обзоров***

Авторам глав была поручена задача по формулированию вопросов для последующей разработки рекомендаций. С целью отбора вопросов, подходящих для систематического обзора, команда анализа доказательств составила предварительный список вопросов, в котором уточнялись группа населения (Population), вмешательства (Interventions), сравнения (Comparisons) и результаты (Outcomes) — параметры PICO. Затем команда анализа доказательств выполнила систематические обзоры. Таблицы данных и прочие результаты систематических обзоров были предоставлены авторам соответствующих глав для получения обратной связи.

## ***Протоколы***

По каждому вопросу или теме был разработан отдельный протокол углублённого систематического обзора. Каждый протокол был зарегистрирован в базе данных PROSPERO.

### ***Поиск литературы***

Команда анализа доказательств разработала поисковую стратегию для каждого отдельного вопроса, включая поиск по базам данных

MEDLINE®, Embase™ и Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL). В зависимости от вопроса, при необходимости были использованы дополнительные базы данных. Поисковая стратегия включала использование словаря MeSH и поиск по ключевым словам, при этом не было ограничений по языку или дате публикации.

Были вручную изучены списки источников во всех использованных статьях, а также недавно опубликованных систематических обзорах, имеющих отношение к тематике. Также был выполнен поиск дополнительных релевантных статей на сайте ClinicalTrials.gov.

Во время рецензирования поисковые запросы были обновлены. Публикации, вошедшие в систематический обзор, главным образом основывались на данных количественных исследований, проведённых в Европе, США или Австралии. Мы признаём наличие смещения в сторону перспективы стран Глобального Севера, в котором недостаточно учитывается разнообразие опыта и точек зрения сообществ трансгендерных и гендерно отличных (ТГО) людей из различных стран мира. Подобная диспропорция в том, что касается видимости в научных публикациях, обозначает научный и практический пробел, который должен быть в дальнейшем заполнен исследователями и практикующими специалистами, чтобы потребности всех ТГО-людей справедливо принимались во внимание, вне зависимости от того, как они определяют свою гендерную идентичность.

### *Отбор публикаций*

Критерии для отбора публикаций по каждому вопросу были определены командой анализа доказательств с участием ответственных по главам. Двое исследователей из команды независимо друг от друга провели обзор заголовков, аннотаций и полных текстов публикаций на предмет соответствия критериям. Для исключения из обзора публикация должна была удовлетворять как минимум одному критерию исключения по мнению обоих исследователей. Возникающие разногласия разрешались посредством обсуждения.

### *Извлечение данных*

Для извлечения данных об общих характеристиках исследований, характеристиках участников и вмешательствах и результатах использовались стандартизированные формы. Один из исследователей занимался извлечением данных, другому была поручена их верификация.

### *Оценка риска смещения*

Двое исследователей из команды анализа доказательств независимо друг от друга оценивали каждое исследование, вошедшее в обзор, на предмет риска смещения. Для рандомизированных контролируемых исследований использовался кокрейновский инструмент по оценке риска смещения (Cochrane Risk of Bias Tool). Для качественных исследований использовался инструмент по оценке риска смещения в нерандомизированных исследованиях вмешательств (Risk of Bias in Non-Randomized Studies — of Interventions, ROBINS-I). В случаях, когда это представлялось целесообразным, недавно опубликованные систематические обзоры оценивались с помощью инструмента по оценке риска смещения ROBIS.

### *Синтез данных и анализ*

Были созданы подробные таблицы доказательств с данными, извлечёнными из вошедших в обзор исследований. Авторы глав изучили таблицы и предоставили свои комментарии.

### *Оценка силы доказательств*

Оценка силы доказательств осуществлялась при помощи методологии GRADE. Доказательная сила оценивалась на основании заранее определённых критических результатов по каждому вопросу, а также ограничений каждого исследования в том, что касается качества / риска смещения, непротиворечивости, прямого характера данных, точности и предвзятости публикации.

## **3.7. Предварительная формулировка рекомендаций**

Рекомендации формулировались авторами глав и ответственными по главам. Они должны были быть целесообразными, реализуемыми и поддающимися измерению. Доказательную базу рекомендаций составили результаты систематического обзора публикаций и справочных материалов, а также консенсусные мнения экспертов. Все рекомендации были рассмотрены председателем, сопредседателями и ответственными по главам на предмет ясности и непротиворечивости формулировок. На протяжении этого процесса были также внесены корректировки в случаях, когда главы частично дублировали друг друга. Авторам многих глав приходилось

работать в тесном сотрудничестве для достижения максимальной согласованности между рекомендациями. К примеру, поскольку, начиная с этой версии «Стандартов» детям и подросткам посвящены отдельные главы, для обеспечения согласованности некоторые авторы участвовали параллельно в написании обеих глав. По этой же причине при необходимости авторам разных глав приходилось работать совместно в случаях пересечения тематики их глав («Дети», «Обследование взрослых», «Гормональная терапия», «Хирургические вмешательства и послеоперационный уход», «Репродуктивное здоровье»).

### ***3.8. Одобрение рекомендаций с использованием Дельфийского метода***

Формальный консенсус касательно всех рекомендаций был достигнут с использованием Дельфийского метода (структурированного запроса экспертного мнения в ходе трёх раундов). Для того чтобы быть одобренной, рекомендация должна была получить одобрение как минимум 75% голосовавших. Как минимум 65% коллектива по разработке SOC-8 должны были принять участие в Дельфийском методе по каждой рекомендации. Члены коллектива, проголосовавшие против той или иной рекомендации, должны были мотивировать свой выбор таким образом, чтобы рекомендация могла быть изменена (или удалена) на основании этой обратной связи. После внесения изменений Дельфийский метод по конкретной рекомендации запускался заново. В случаях, когда рекомендация не получала одобрения после трёх раундов, она удалялась из списка. Каждый член коллектива участвовал в голосовании по всем рекомендациям. Доля проголосовавших по рекомендациям колебалась между 74,79% и 94,96%.

### ***3.9. Критерии оценки силы рекомендаций***

После завершения обсуждения по Дельфийскому методу авторы глав оценивали силу рекомендаций с использованием адаптированной Системы классификации, оценки, разработки и экспертизы рекомендаций (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations, GRADE). Она представляет собой прозрачную систему

составления и представления обобщённых доказательств и позволяет использовать систематический подход к созданию клинических практических рекомендаций [Guyatt et al., 2011]. Рекомендации оценивались на основании следующих факторов:

- соотношение потенциальной пользы и вреда;
- степень уверенности в этом соотношении или в качестве доказательств;
- ценности и предпочтения медицинских специалистов и пациентов;
- использование ресурсов и реализуемость.

Рекомендации классифицировались:

- как сильные («мы рекомендуем») — в случаях, когда конкретное вмешательство/терапия/подход характеризовались:
  - о наличием качественных доказательств;
  - о высокой оценкой эффективности (высокой степенью уверенности в том, что желаемый эффект будет достигнут на практике);
  - о небольшим количеством недостатков;
  - о достаточной приемлемостью для специалистов и пациентов, а также тех, к кому применима рекомендация;
- слабые («мы предлагаем») — в случаях, когда конкретное вмешательство/терапия/подход характеризовались:
  - о слабостью доказательной базы;
  - о наличием сомнений в размере эффекта, которого можно ожидать на практике;
  - о необходимостью находить баланс между потенциальными преимуществами и недостатками конкретной терапии/вмешательства/подхода;
  - о различной степени приемлемости для специалистов и пациентов, а также тех, к кому применима рекомендация.

### ***3.10. Написание сопроводительного текста к рекомендациям***

После оценки силы рекомендаций к ним были написаны сопроводительные тексты, объясняющие логику и аргументацию. Сопроводительные тексты включали обзор имеющихся данных,

рассмотрение потенциальных преимуществ и рисков, обсуждение неопределённых аспектов, а также вопросы применения рекомендаций на практике, включая ожидаемые препятствия и трудности. В ссылках на источники используется стиль APA-7 (автор/дата) для подтверждения информации, содержащейся в тексте. При необходимости также прилагаются гиперссылки на исходные публикации. Тексты, включая оценку силы рекомендаций, были рассмотрены и одобрены председателем и сопредседателями.

### ***3.11. Внешняя проверка обоснования рекомендаций***

Группе независимых академиков-клиницистов, работающих в области оказания медицинской помощи трансгендерным людям, было поручено проверить источники, на которые опирались авторы при написании глав, для подтверждения адекватности их использования. Любые вопросы касательно источников перенаправлялись авторам глав.

### ***3.12. Завершение работы над текстом SOC-8***

После доработки окончательный текст SOC-8 был опубликован для общественного комментирования.

### ***3.13. Распространение «Стандартов помощи» для рассмотрения международными консультантами***

Рекомендации, содержащиеся в SOC-8, были представлены на рассмотрение расширенного комитета по пересмотру «Стандартов помощи», а также международной группе консультантов WPATH, в которую вошли «Фонд азиатско-тихоокеанской трансгендерной сети» (Asia Pacific Transgender Network, APTN), «Глобальное действие за равноправие трансгендерных людей» (Global Action for Transgender Equality, GATE), «Международная ассоциация лесбиянок, геев, бисексуальных, трансгендерных и интерсекс людей» (International Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Intersex Association, ILGA), и «Трансгендерная Европа» (Transgender Europe, TGEU).

### ***3.14. Период общественного обсуждения***

Пересмотренный предварительный текст «Стандартов помощи» был опубликован на веб-сайте WPATH, где общественность, включая членов WPATH, могла оставлять свои комментарии. Период общественного обсуждения продолжался шесть недель. Всего комментарии оставили 1279 человек, при этом общее количество комментариев составило 2688.

### ***3.15. Пересмотр окончательной версии текста с учётом комментариев***

По результатам полученной обратной связи были внесены необходимые правки. Все общественные комментарии были прочитаны и при необходимости интегрированы в текст. В ходе пересмотра оказались сформулированы три новых рекомендации и две из ранее сформулированных — изменены, что потребовало проведения нового голосования с использованием Дельфийского метода. Процесс голосования был запущен в январе 2022 года. По результатам голосования рекомендации были добавлены/изменены, были написаны дополнительные сопроводительные тексты. Новые версии глав были рассмотрены председателем и сопредседателями, предложены некоторые изменения. Наконец, когда весь коллектив оказался удовлетворён внесёнными изменениями, текст привели в окончательную форму. Все новые ссылки на источники были дважды проверены независимым лицом.

### ***3.16. Одобрение окончательной версии текста председателем и сопредседателями***

Изменения были рассмотрены и одобрены руководством.

### ***3.17. Одобрение советом директоров WPATH***

Окончательная версия документа была представлена совету директоров WPATH и одобрена 20 июня 2022 года.

### ***3.18. Публикация и распространение SOC-8***

«Стандарты помощи» распространялись различными путями и в различных форматах, включая публикацию в «Международном журнале трансгендерного здоровья» (официальный научный журнал WRATH).

### ***4. Планы по дальнейшему пересмотру***

Новая, 9-я, версия «Стандартов помощи» будет разработана в будущем, когда накопится достаточное количество новых публикаций и/или значительных изменений в этой области.

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б. ГЛОССАРИЙ

**AFAB (assigned female at birth)** — человек с приписанным при рождении женским полом.

**AMAB (assigned male at birth)** — человек с приписанным при рождении мужским полом.

**БИНАРНАЯ МОДЕЛЬ ГЕНДЕРА, бинарная гендерная система (gender binary)** — представление, что существует два и только два гендера, мужчины и женщины; ожидание, что все люди без исключения будут принадлежать к одному из них и что биологически все мужчины будут мужского пола, а все женщины — женского.

**ГЕНДЕР (gender)** — в зависимости от контекста этот термин может относиться к гендерной идентичности, гендерной экспрессии и/или социальной гендерной роли, включая представления и ожидания, культурно ассоциируемые с людьми, которым при рождении был приписан мужской или женский пол. В число гендерных идентичностей помимо мужской и женской (как цис-, так и трансгендерных) среди прочих входят трансгендерная, небинарная, гендерквир, гендерно нейтральная, агендерная, гендерфлюидная и «третий» гендер; много других гендеров признаются в различных частях мира.

**ГЕНДЕРНАЯ ДИСФОРИЯ (gender dysphoria)** — состояние дистресса или дискомфорта, которое могут испытывать люди по причине того, что их гендерная идентичность в физическом и/или социальном отношении не соответствует ожиданиям, связанным с полом, приписанным этим людям при рождении. «Гендерная дисфория» также используется как название диагноза в рамках DSM-5, обозначающего несоответствие между полом, приписанным человеку при рождении, и его гендерным самоощущением, сопровождающееся дистрессом. Не все трансгендерные и гендерно отличные люди испытывают гендерную дисфорию.

**ГЕНДЕРНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ (gender identity)** — присущее человеку личное, внутреннее, ощущение его гендерной принадлежности.

**ГЕНДЕРНОЕ НЕСООТВЕТСТВИЕ (gender incongruence)** — диагностический термин, используемый в рамках МКБ-11, описывающий явное и стойкое ощущение несоответствия гендерной идентичности человека и гендерной принадлежности, которая от него ожидается в связи с полом, приписанным ему при рождении.

**ГЕНДЕРНАЯ АФФИРМАЦИЯ (gender affirmation)** — термин относится к признанию или утверждению человека в его гендерной идентичности. Обычно понимается в различных аспектах: социальном, психологическом, медицинском и юридическом. Может заменять термин

«трансгендерный переход» («медицинская гендерная аффирмация») или использоваться в качестве имени прилагательного («гендерно-аффирмативная медицинская помощь»).

**ГЕНДЕРНАЯ ЭКСПРЕССИЯ (gender expression)** — термин относится к тому, как человек проявляет или выражает свою гендерную идентичность в повседневной жизни в контексте культуры и общества, где он живёт. Среди способов гендерной экспрессии могут быть стиль одежды, причёска, аксессуары, использование косметики, гормональные и хирургические медицинские вмешательства, а также манеры, стиль речи, модели поведения и имена. Гендерная экспрессия человека может совпадать или не совпадать с его гендерной идентичностью.

**ГЕНДЕРНО-АФФИРМАТИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, (ГАХВ) (gender-affirmation surgery, GAS)** — относится к хирургическим вмешательствам, направленным на изменение первичных и/или вторичных половых признаков для того, чтобы привести их в соответствие с идентичностью человека.

**ГЕНДЕРНО ОТЛИЧНЫЕ (gender diverse)** — термин описывает людей, чья гендерная идентичность и/или экспрессия не соответствуют социальным и культурным ожиданиям, связанным с полом, приписанным им при рождении. В их число могут входить, помимо иных проявлений человеческого культурного разнообразия, люди, определяющие себя как небинарные, расширяющие рамки гендера (gender expansive), гендерно неконформные, а также прочие люди, не относящие себя к цисгендерным.

**ЕВНУХ (eunuch)** — термин относится к людям с приписанным при рождении мужским полом, чьи тестикулы были хирургически удалены или лишены функциональности, определяющим себя как евнухи. От стандартного медицинского обозначения отличается тем, что не включает себя людей, не использующих этот термин по отношению к себе.

**ИНТЕРСЕКС (intersex)** — термин относится к людям, рождённым с половыми или репродуктивными характеристиками, не вписывающимися в бинарные определения мужского или женского пола.

**МИСГЕНДЕРИНГ (misgendering)** — обращение к человеку с использованием языковых средств, не соответствующих его гендерной идентичности. Сюда входят местоимения (он/ему/его, она/её/ей, они/им/их), грамматический род, формы вежливого обращения (господин/госпожа и др.).

**НЕБИНАРНЫЕ (nonbinary)** — термин относится к людям, чья гендерная идентичность лежит за пределами бинарной модели гендера. Люди с небинарной гендерной идентичностью могут определять себя

как отчасти мужчина, отчасти женщина, или же как мужчина и как женщина на разных промежутках времени, или же как человек иного гендера, не мужского и не женского, или же как человек без гендерной идентичности. Небинарные люди могут использовать местоимения они/их вместо он/его или она/её, как и местоимения она/он, в том числе переключаясь между ними<sup>32</sup>. Некоторые небинарные люди относят себя к трансгендерным; некоторые не используют этот термин по отношению к себе, поскольку считают его проявлением бинарной гендерной модели. Иногда встречается сокращение НБ или энби. Примеры небинарных гендерных идентичностей: гендерквир, гендерно отличный, гендерфлюид(ный), демигендер(ный), бигендер(ный), агендер(ный).

**ОБРАТНЫЙ (ТРАНСГЕНДЕРНЫЙ) ПЕРЕХОД, детранзишен (detransition)** — термин, иногда использующийся для обозначения возвращения человека к гендеру, стереотипно ассоциируемому с полом, приписанным ему при рождении.

**ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ СЕБЯ КАК ЕВНУХ (eunuch-identified)** — человек, который чувствует, что термин «евнух» наилучшим образом описывает его идентичность. Как правило, люди, определяющие себя как евнухи, желают, чтобы их репродуктивные органы были удалены или утратили функциональность.

**ПОВТОРНЫЙ (ТРАНСГЕНДЕРНЫЙ) ПЕРЕХОД (retransition)** — термин относится к трансгендерному переходу, совершаемому повторно или в последующем, в социальном, медицинском или юридическом смысле. Повторный трансгендерный переход может совершаться из одного бинарного или небинарного гендера в другой бинарный или небинарный гендер. Может совершаться несколько раз. Среди причин повторного трансгендерного перехода могут быть изменения гендерной идентичности, медицинские проблемы, соображения семейного/социального характера, финансовые затруднения.

**ПОЛ, ПРИПИСАННЫЙ ПРИ РОЖДЕНИИ (sex assigned at birth)** — относится к статусу человека как принадлежащего к мужскому полу, женскому полу или интерсекс, на основании физических характеристик. Как правило, пол определяется при рождении на основании внешнего вида гениталий (также «акушерский пол»)

**РАСШИРЯЮЩИЕ ГЕНДЕРНЫЕ РАМКИ (gender expansive)** — термин описывает людей, чья идентичность или самовыражение расширяют культурно и социально определяемые представления или модели поведения, ассоциирующиеся с определённым полом. Можно также встретить

---

<sup>32</sup> А также, в русском языке, использовать средний грамматический род (я сделало) или множественное число (я сделали). — *Прим. пер.*

термин «гендерно креативный» (gender creative). Ранее использовался термин «гендерно-вариативный» (gender variant), но сейчас он выходит из профессионального употребления по причине возникшей негативной коннотации<sup>33</sup>.

**СЕКСУАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ (sexual orientation)** — термин обозначает сексуальную идентичность человека, направление его сексуального влечения и поведение по отношению к другим людям, в зависимости от его собственной гендерной принадлежности или половых признаков, а также гендерной принадлежности и половых признаков партнёров. Сексуальная ориентация и гендерная идентичность являются отдельными терминами.

**ТРАНС(ГЕНДЕРНЫЙ) (transgender, trans)** — зонтичный термин, описывающий людей, чья гендерная идентичность/экспрессия не соответствуют ожидаемым в связи с полом, приписанным им при рождении. Эти термины являются именами прилагательными (трансгендерные/транслюди) и не должны использоваться в качестве имён существительных (трансгендеры, трансы).

**ТРАНС(ГЕНДЕРНЫЕ) ЖЕНЩИНЫ, ЖЕНЩИНЫ С ТРАНС-ГЕНДЕРНЫМ ОПЫТОМ (trans(gender) women, women of trans experience)** — люди, имеющие женскую гендерную идентичность, с приписанным при рождении мужским полом, вне зависимости от факта совершения (социального, медицинского, юридического) трансгендерного перехода. Термины MTF, male-to-female, МтФ являются устаревшими и постепенно выходят из употребления.

**ТРАНС(ГЕНДЕРНЫЕ) МУЖЧИНЫ, МУЖЧИНЫ С ТРАНСГЕНДЕРНЫМ ОПЫТОМ (trans(gender) men, men of trans experience)** — люди, имеющие мужскую гендерную идентичность, с приписанным при рождении женским полом, вне зависимости от факта совершения (социального, медицинского, юридического) трансгендерного перехода. Термины FTM, female-to-male, ФтМ являются устаревшими и постепенно выходят из употребления.

**(ТРАНСГЕНДЕРНЫЙ) ПЕРЕХОД, транзисшен (transition)** — процесс, в ходе которого люди, как правило, изменяют свою гендерную экспрессию с той, которая ассоциируется с полом, приписанным им при рождении, по направлению к той, которая более соответствует их гендерной идентичности. Трансгендерный переход может быть социальным, в рамках которого человек может изменять имя, местоимения и грамматический род, стиль одежды, причёску и манеры держать себя и говорить. Трансгендерный переход может (но не обязательно) включать в себя

---

33 Эти термины используются в основном в англоязычном контексте. — *Прим. пер.*

приём гормональных препаратов или выполнение хирургических вмешательств с целью изменения тела. Термин «трансгендерный переход» может относиться к изменению гендерной экспрессии из любого гендера в любой другой. Трансгендерный переход может совершаться несколько раз на протяжении жизни.

**ТРАНСФОБИЯ (transphobia)** — негативное настроение, убеждения и действия по отношению к трансгендерным и гендерно отличным людям как группе. Трансфобия может выражаться в дискриминационной политике и практиках на структурном (институциональном) уровне, а также по-разному проявляться в отношениях между отдельными людьми. Различают также интернализированную трансфобию, которая возникает, когда трансгендерные и гендерно отличные люди усваивают и отражают предрассудки в отношении самих себя и других трансгендерных и гендерно отличных людей. Хотя нередко проявления трансфобии могут быть непреднамеренным результатом невежества, а не прямой враждебности, её влияние не бывает безобидным.

**ЦИС(ГЕНДЕРНЫЙ) (cisgender)** — термин относится к людям, чья гендерная идентичность в настоящий момент соответствует полу, приписанному этим людям при рождении.

## ПРИЛОЖЕНИЕ В. ГЕНДЕРНО-АФФИРМАТИВНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

*Таблица 1. Ожидаемые временные рамки физических изменений при прохождении гормональной терапии*

Эффект	Начало	Максимум
<b>Терапия препаратами тестостерона</b>		
Сальность кожи / акне	1–6 месяцев	1–2 года
Рост волос на теле/лице	6–12 месяцев	> 5 лет
Потеря волос на голове	6–12 месяцев	> 5 лет
Увеличение мышечной массы/силы	6–12 месяцев	2–5 лет
Перераспределение жировой массы	1–6 месяцев	2–5 лет
Прекращение менструального цикла	1–6 месяцев	1–2 года
Увеличение клитора	1–6 месяцев	1–2 года
Атрофия слизистой влагалища	1–6 месяцев	1–2 года
Понижение высоты голоса	1–6 месяцев	1–2 года
<b>Терапия препаратами эстрогенов и антиандрогенами</b>		
Перераспределение жировой массы	3–6 месяцев	1–2 года
Уменьшение мышечной массы и силы	3–6 месяцев	1–2 года
Смягчение кожи / уменьшение сальности	3–6 месяцев	Неизвестно
Снижение сексуального влечения	1–3 месяца	Неизвестно

Эффект	Начало	Максимум
Уменьшение числа спонтанных эрекций	1–3 месяца	3–6 месяцев
Снижение сперматогенеза	Неизвестно	1–2 года
Развитие молочных желёз	3–6 месяцев	2–5 лет
Уменьшение объёма тестикул	3–6 месяцев	По-разному
Уменьшение роста волос на теле и лице	6–12 месяцев	> 3 лет
Увеличение роста волос на голове	По-разному	По-разному
Изменение голоса	Нет	

Адаптировано из [Hembree et al., 2017].

**Таблица 2. Риски, связанные с прохождением гормональной терапии (выделенные жирным шрифтом пункты имеют клиническую значимость)**

(взято из 7-й версии «Стандартов», актуализировано)

Уровень риска	Гормональная терапия препаратами эстрогенов	Гормональная терапия препаратами тестостерона
Вероятно, риск повышен	<p><b>Венозная тромбозм-болия</b></p> <p><b>Бесплодие</b></p> <p>Гиперкалиемия (с)*</p> <p>Гипертриглицеридемия</p> <p>Набор массы тела</p>	<p><b>Полицитемия</b></p> <p><b>Бесплодие</b></p> <p>Акне</p> <p>Андрогенетическая алопеция</p> <p>Гипертония</p> <p>Апноэ во время сна</p> <p>Набор массы тела</p> <p>Снижение ЛПВП и повышение ЛПНП</p>

Уровень риска	Гормональная терапия препаратами эстрогенов	Гормональная терапия препаратами тестостерона
Вероятно, риск повышен, при наличии дополнительных факторов риска	Сердечно-сосудистые заболевания Заболевания сосудов головного мозга Менингиома (ц)* Полиурия/обезвоживание (с)* Желчнокаменная болезнь	Сердечно-сосудистые заболевания Гипертриглицеридемия
Возможно, риск повышен	Гипертония Эректильная дисфункция	
Возможно, риск повышен, при наличии дополнительных факторов риска	Сахарный диабет 2-го типа Снижение МПКТ / остеопороз Гиперпролактинемия	Сахарный диабет 2-го типа Сердечно-сосудистые заболевания
Риск не повышен или недостаточно данных	Рак молочных желёз Рак предстательной железы	Снижение МПКТ / остеопороз Рак молочных желёз Рак яичников Рак шейки матки Рак матки
<p>* (с) — схемы с применением спиронолактона. * (ц) — схемы с применением ципротерона ацетата.</p>		

**Таблица 3. Схемы гендерно-аффирмативной гормональной терапии у трансгендерных и гендерно отличных подростков**  
(адаптировано из Рекомендаций эндокринологического общества [Hembree et al., 2017])

**Стимуляция полового созревания по женскому типу  
(схема с применением эстрогенов) с использованием  
орального 17β-эстрадиола**

Начать с дозировки 5 мкг/кг/день и повышать на 5 мкг/кг/день каждые 6 месяцев до достижения дозировки 20 мкг/кг/день, в соответствии с уровнем в крови.

Взрослая дозировка — 2–6 мг/день.

У подростков с уже завершившимся половым созреванием дозировка 17β-эстрадиола может повышаться быстрее:

1 мг/день на протяжении 6 месяцев, затем 2 мг/день и далее, в соответствии с уровнем в крови.

**Стимуляция полового созревания по женскому типу  
(схема с применением эстрогенов) с использованием  
трансдермального 17β-эстрадиола**

Начальная доза — 6,25–12,5 мкг/24 часа (¼, затем ½ пластыря 24 г).

Повышать каждые 6 месяцев на 12,5 мкг/24 часа в соответствии с уровнем в крови.

Взрослая дозировка — 50–200 мкг/24 часа.

Альтернативы для взрослых см. табл. 4.

**Стимуляция полового созревания по мужскому типу  
(схема с применением тестостерона), с использованием  
эфиров тестостерона**

25 мг/м<sup>2</sup>/2 недели (или же половина этой дозировки 1 раз в неделю).

Повышать дозировку на 25 мг/м<sup>2</sup>/2 недели каждые 6 месяцев до достижения взрослой дозировки и уровня в крови.

См. альтернативные схемы в табл. 4.

**Таблица 4. Схемы гормональной терапии у взрослых трансгендерных и гендерно отличных людей<sup>34</sup>**

Схемы с использованием препаратов эстрогенов (трансфеминные люди)		
Эстроген		
Орально или сублингвально	Эстрадиол	2,0–6,0 мг/день
Трансдермально	Трансдермальный пластырь с эстрадиолом	0,025–0,2 мг/день
	Эстрадиол-содержащий гель	Ежедневно на кожу <sup>35</sup>
Парентерально	Эстрадиола валерат или ципионат	5–30 мг в/м каждые 2 недели 2–10 мг в/м каждую неделю
Антиандрогены		
Спиронолактон		100–300 мг/день
Ципротерона ацетат		10 мг/день <sup>36</sup>
ГнРГ агонист		3,75–7,50 мг п/к или в/м 1 раз в месяц
ГнРГ агонист депо		11,25/22,5 мг п/к или в/м 1 раз в 3/6 месяцев

<sup>34</sup> Дозировка титруется вниз или вверх до достижения терапевтического уровня половых гормонов в крови. Предложенные схемы не отражают всего разнообразия препаратов, доступных в аптеках по всему миру. Схемы могут адаптироваться к препаратам, доступным в определённой местности. — *Прим. авт.*

<sup>35</sup> Дозировка зависит от препарата. — *Прим. авт.*

<sup>36</sup> [Kuijpers et al, 2021]. — *Прим. авт.*

<b>Схемы с использованием препаратов тестостерона (трансмаскулинные люди)</b>		
<b>Тестостерон</b>		
Парентерально	Тестостерона энантат/ципионат	50–100 мг п/к или в/м 1 раз в неделю или 100–200 мг в/м 1 раз в 2 недели
	Тестостерона ундеканонат	1000 мг в/м 1 раз в 12 недель или 750 мг в/м 1 раз в 10 недель
Трансдермально	Тестостерон-содержащий гель	50–100 мг/день
	Трансдермальный пластырь с тестостероном	2,5–7,5 мг/день

**Таблица 5. Наблюдение пациентов, проходящих гендерно-аффирмативную гормональную терапию**  
(адаптировано из Рекомендаций эндокринологического общества

[Hembree et al., 2017])

<b>Трансгендерные мужчины и трансмаскулинные люди (в том числе гендерно отличные / небинарные)</b>
1. Пациент должен проходить осмотр приблизительно каждые три месяца (при изменении дозировки) на протяжении первого года терапии и 1–2 раза в год впоследствии для отслеживания физических изменений под влиянием тестостерона.
2. Следует измерять уровень общего тестостерона в крови каждые три месяца (при изменении дозировки) до достижения целевого уровня.
а) При парентеральном введении уровень общего тестостерона в сыворотке крови должен измеряться посередине между двумя инъекциями. Оптимальный уровень составляет 400–700 нг/дл. Также можно измерять максимальное и минимальное значение с целью обеспечить, чтобы эти показатели оставались в рамках мужской физиологической нормы.

**Трансгендерные мужчины и трансмаскулинные люди  
(в том числе гендерно отличные / небинарные)**

б) При парентеральном введении тестостерона ундеканоата следует измерять уровень тестостерона непосредственно перед инъекцией. В случаях, когда уровень < 400 нг/дл, следует изменить интервал между инъекциями.

в) При использовании трансдермальных препаратов тестостерона уровень тестостерона следует измерять не ранее чем через одну неделю после начала ежедневного применения (как минимум два часа после нанесения).

3. Следует измерять уровень гематокрита или гемоглобина до начала терапии и приблизительно каждые три месяца (при изменении дозировки) на протяжении первого года и затем 1–2 раза в год.

**Трансгендерные женщины и трансфеминные люди  
(в том числе гендерно отличные / небинарные)**

1. Пациент должен проходить осмотр приблизительно каждые три месяца (при изменении дозировки) на протяжении первого года терапии и 1–2 раза в год впоследствии для отслеживания физических изменений под влиянием эстрогенов.

а) Уровень тестостерона в сыворотке крови должен быть менее 50 нг/дл.

б) Уровень эстрадиола в сыворотке крови должен быть в пределах 100–200 пг/мл.

2. Для пациентов, принимающих спиронолактон, следует отслеживать концентрацию электролитов в сыворотке крови, особенно калия, а также следить за функцией почек, в частности отслеживать уровень креатинина.

3. Необходимо следовать рекомендациям по скринингу, предложенным в главе о первичной медицинской помощи.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ Г. СВОДКА КРИТЕРИЕВ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНЫХ И ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ВЗРОСЛЫМ И ПОДРОСТКАМ**

Медицинские потребности ТГО-людей, в зависимости от того, в какой части света они проживают, могут различаться, и рекомендации, содержащиеся в «Стандартах помощи», предлагается адаптировать в соответствии с этим. Несмотря на свою гибкость, они предлагают консенсусный и основанный на последних научных данных стандарт планирования и оказания качественной медицинской помощи людям, ощущающим гендерное несоответствие.

Как и в предыдущих версиях «Стандартов помощи», критерии для назначения гендерно-аффирмативных медицинских вмешательств, предложенные в этой публикации, представляют собой клинические рекомендации; они могут быть модифицированы отдельными специалистами или в рамках отдельных программ в сотрудничестве с ТГО-пациентами. Клинические отступления от рекомендаций, изложенных в «Стандартах», могут быть мотивированы анатомическими, социальными или психологическими особенностями пациента; особенностями подхода опытного медицинского специалиста к той или иной привычной клинической ситуации; протоколом исследования; недостатком ресурсов в той или иной части света; необходимостью в особой стратегии для избежания вреда.

Подобные отступления должны быть признаны как таковые, объяснены ТГО-пациенту и отражены в документации. Документирование подобной информации ценно с точки зрения накопления новых научных данных, которые впоследствии могут быть изучены, что позволяет медицине — и «Стандартам помощи» — развиваться дальше. Эту сводку критериев необходимо читать одновременно с соответствующими главами (см. главы «Обследование взрослых» и «Подростки»).

## СВОДКА КРИТЕРИЕВ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ

### *Касательно процесса обследования*

- Медицинские специалисты, проводящие обследование взрослых трансгендерных и гендерно отличных пациентов, обращающихся за гендерно-аффирмативными медицинскими вмешательствами, должны взаимодействовать со специалистами из других дисциплин в сфере охраны здоровья ТГО-людей, при необходимости привлекать их в качестве консультантов или направлять к ним своих пациентов\*.
- В случаях, когда для назначения гендерно-аффирмативных медикаментозных и хирургических вмешательств (ГАМХВ) требуется медицинская документация или заключение, достаточно заключения от одного медицинского специалиста, имеющего квалификацию для обследования трансгендерных и гендерно отличных пациентов.

### *Критерии для назначения гормональной терапии*

- а) Гендерное несоответствие имеет явный и стойкий характер.
- б) Пациент удовлетворяет критериям для постановки диагноза «гендерное несоответствие» перед назначением гендерно-аффирмативной гормональной терапии в регионах, где постановка диагноза требуется для получения медицинской помощи.
- в) Пациент демонстрирует способность дать согласие на проведение гендерно-аффирмативной гормональной терапии.
- г) Прочие возможные причины кажущегося гендерного несоответствия выявлены и исключены.
- д) Проведено обследование на предмет наличия физических и психических заболеваний, способных негативно повлиять на исход медицинского вмешательства, риски и преимущества обсуждены с пациентом.
- е) Пациент осведомлён о влиянии гендерно-аффирмативной гормональной терапии на репродуктивную способность, а также о различных способах сохранения фертильности.

### *Критерии для назначения хирургических вмешательств*

- а) Гендерное несоответствие имеет явный и стойкий характер.
- б) Пациент удовлетворяет критериям для постановки диагноза «гендерное несоответствие» перед назначением гендерно-

аффирмативного хирургического вмешательства в регионах, где постановка диагноза требуется для получения медицинской помощи.

в) Пациент демонстрирует способность дать согласие на проведение конкретного гендерно-аффирмативного хирургического вмешательства.

г) Пациент осведомлён о влиянии гендерно-аффирмативного хирургического вмешательства на репродуктивную способность, а также о различных способах сохранения фертильности.

д) Прочие возможные причины кажущегося гендерного несоответствия выявлены и исключены.

е) Проведено обследование на предмет наличия физических и психических заболеваний, способных негативно повлиять на исход гендерно-аффирмативного хирургического вмешательства, риски и преимущества обсуждены с пациентом.

ж) Пациент проходит гормональную терапию стабильно в соответствии с назначенной схемой (может потребоваться, чтобы пациент проходил гормональную терапию на протяжении как минимум шести месяцев или дольше в случаях, когда это необходимо для достижения оптимального результата хирургического вмешательства, кроме случаев, когда пациент не испытывает потребности в гормональной терапии или имеет к ней медицинские противопоказания)\*.

*\* Критерии, отмеченные звёздочкой, были оценены как желательные.*

## **СВОДКА КРИТЕРИЕВ ДЛЯ ПОДРОСТКОВ**

### ***Касательно процесса обследования***

- Комплексное биопсихологическое обследование с участием медицинских специалистов и специалистов в области психического здоровья.

- Вовлечение родителей/опекунов в процесс обследования, кроме случаев, когда признано, что их вовлечение может нанести вред подростку или не представляется возможным.

- В случаях, когда для назначения гендерно-аффирмативных медикаментозных и хирургических вмешательств (ГАМХВ) требуется медицинская документация или заключение, достаточно заключения от одного специалиста, входящего в междисциплинарную команду.

В этом заключении должно отражаться мнение всей команды, включающей как медицинских специалистов, так и специалистов в области психического здоровья (СПЗ).

### *Препараты, подавляющие половое созревание*

а) Гендерное несоответствие / проявления гендерного разнообразия имеют явный и стойкий характер.

б) Пациент удовлетворяет критериям для постановки диагноза «гендерное несоответствие» в ситуациях, когда постановка диагноза требуется для получения медицинской помощи.

в) Пациент демонстрирует эмоциональную и когнитивную зрелость для предоставления информированного согласия на проведение медицинского вмешательства.

г) В отношении проблем психического характера (при их наличии), способных отразиться на ясности диагноза, способности дать согласие, а также проведении гендерно-аффирмативного медицинского вмешательства, были приняты меры в достаточной степени для оптимального осуществления последнего.

д) Пациент осведомлён о последствиях для репродуктивной системы, включая потенциальную утрату фертильности, а также о возможностях её сохранения.

е) Пациент достиг 2-й стадии полового созревания по Таннеру.

### *Гормональная терапия*

а) Гендерное несоответствие / проявления гендерного разнообразия имеют явный и стойкий характер.

б) Пациент удовлетворяет критериям для постановки диагноза «гендерное несоответствие» в ситуациях, когда постановка диагноза требуется для получения медицинской помощи.

в) Пациент демонстрирует эмоциональную и когнитивную зрелость для предоставления информированного согласия на проведение медицинского вмешательства.

г) В отношении проблем психического характера (при их наличии), способных отразиться на ясности диагноза, способности дать согласие, а также проведении гендерно-аффирмативного медицинского вмешательства, были приняты меры в достаточной степени для оптимального осуществления последнего.

д) Пациент осведомлён о последствиях для репродуктивной системы, включая потенциальную утрату фертильности, а также о возможностях её сохранения.

е) Пациент достиг 2-й стадии полового созревания по Таннеру.

### *Хирургические вмешательства*

а) Гендерное несоответствие / проявления гендерного разнообразия имеют явный и стойкий характер.

б) Пациент удовлетворяет критериям для постановки диагноза «гендерное несоответствие» в ситуациях, когда постановка диагноза требуется для получения медицинской помощи.

в) Пациент демонстрирует эмоциональную и когнитивную зрелость для предоставления информированного согласия на проведение медицинского вмешательства.

г) В отношении проблем психического характера (при их наличии), способных отразиться на ясности диагноза, способности дать согласие, а также проведении гендерно-аффирмативного медицинского вмешательства, были приняты меры в достаточной степени для оптимального осуществления последнего.

д) Пациент осведомлён о последствиях для репродуктивной системы, включая потенциальную утрату фертильности, а также о возможностях её сохранения.

е) Пациент проходил гендерно-аффирмативную гормональную терапию на протяжении как минимум 12 месяцев или дольше, в случаях, когда это необходимо для достижения оптимального хирургического результата гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств, включая увеличение молочных желёз, орхиэктомию, вагинопластику, гистерэктомию, фаллопластику, метоидиопластику и лицевую хирургию, кроме случаев, когда пациент не испытывает потребности в гормональной терапии или имеет к ней медицинские противопоказания.

## ПРИЛОЖЕНИЕ Д. ГЕНДЕРНО-АФФИРМАТИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Поскольку понимание различных аспектов гендерного несоответствия увеличивается, а также развиваются технологии, делающие новые виды вмешательств возможными, крайне необходимо понимать, что список, предложенный ниже, не является исчерпывающим. Это особенно важно ввиду значительных временных промежутков, проходящих до публикации очередной версии «Стандартов помощи», на протяжении которых могут происходить изменения в понимании и подходах к оказанию помощи.

ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ	
Лоб	Уменьшение лба Увеличение лба Подтяжка лба
Изменение линии роста волос и/или пересадка волос	
Подтяжка лица / подтяжка средней части лица (после изменения костной структуры)	Платизмопластика
Блефаропластика	Липофилинг
Ринопластика (±филлеры)	
Скулы	Установка имплантов Липофилинг
Губы	Укорочение верхней губы Увеличение губ (с использованием собственной жировой ткани или филлеров)
Нижняя челюсть	Уменьшение угла нижней челюсти Увеличение
Гениопластика	Остеопластическая Аллопластическая (с установкой импланта)
Хондроларингопластика	Хирургическая коррекция голосовых связок (см. главу 14 «Голос»)

МОЛОЧНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ / ГРУДЬ	
Мастэктомия	Мастэктомия с сохранением/ реконструкцией сосков (в зависимости от медицинской необходимости у конкретного пациента) Мастэктомия без сохранения/ реконструкции сосков (в зависимости от медицинской необходимости у конкретного пациента)
Липосакция	
Реконструкция (увеличение молочных желёз)	Установка имплантов и расшири- телей ткани с использованием собственных тканей пациента (лоскутов и жировой ткани)

ГЕНИТАЛИИ	
Фаллопластика (с/без скротопластики)	с/без удлинения уретры с/без установки протезов (пениль- ных и тестикулярных) с/без выполнения кольпэктомии/ кольпоклезиса
Метоидиопластика (с/без скротопластики)	с/без удлинения уретры с/без установки протезов (пениль- ных и тестикулярных) с/без выполнения кольпэктомии/ кольпоклезиса
Вагинопластика (методом инвер- сии, с использованием ткани брюшины или фрагмента кишеч- ника)	Может выполняться с сохране- нием пениса и тестикул(-ы)
Вульвопластика	Может включать в себя процедуру т. н. flat front

<b>ГОНАДЭКТОМИЯ</b>	
Орхиэктомия	
Гистерэктомия и/или сальпингоовариэктомия	
<b>КОРРЕКЦИЯ ФИГУРЫ</b>	
Липосакция	
Липофилинг	
Импланты	Пекторальные, бёдра, ягодицы, голени
Пластика / уменьшение лонного бугорка	

<b>ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ</b>	
Удаление волос: удаление волос на лице, теле и области гениталий в качестве гендерно-аффирмативной процедуры или при подготовке к хирургическим вмешательствам (см. рекомендацию 15.4 об удалении волос)	Электроэпиляция Лазерная эпиляция
Татуаж (области сосков/ареол)	
Пересадка матки	
Пересадка пениса	