

Международные медицинские стандарты помощи трансгендерным людям

Сборник под редакцией
д.м.н. Бабенко А.Ю. и к.м.н. Исаева Д.Д.

Перевод на русский язык ЦСИИ «Действие»

Санкт-Петербург
2015

УДК 616.89-008.442+616.43+615.357

ББК 54.15+57.05

М 43 Меж

Международные медицинские стандарты помощи трансгендерным людям/Ред. А.Ю. Бабенко, Д.Д. Исаев. – СПб.: ЦСИИ «Действие», 2015. - 200 с.

В первой части книги представлены клинические практические рекомендации «Эндокринная терапия транссексуальных людей», разработанные Международным Эндокринологическим сообществом, опубликованные в 2009 г. и впервые переведенные на русский язык. Под редакцией д.м.н. Бабенко А.Ю.

Вторая часть книги включает в себя «Стандарты помощи транссексуальным, трансгендерным и гендерно неконформным людям», 7-ая версия, разработанные Всемирной Профессиональной Ассоциацией Трансгендерного Здоровья в 2010 году. Под редакцией к.м.н. Исаева Д. Д.

Книга адресована медицинским специалистам различного профиля, которые могут столкнуться в своей повседневной врачебной практике с необходимостью оказания квалифицированной медицинской помощи трансгендерным людям; преподавателям и студентам медицинских учебных заведений, а также самим трансгендерным людям и их близким.

***Endocrine Treatment of Transsexual Persons:
An Endocrine Society Clinical Practice Guideline***

© The Endocrine Society, 2009

***Standards of Care for the Health of Transsexual,
Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7***

© World Professional Association for Transgender Health, 2011

Перевод на русский язык ЦСИИ «Действие»

ISBN



Содержание

Эндокринная терапия транссексуальных людей

Клинические практические рекомендации	5
Предисловие д.м.н. Бабенко А. Ю.	7
Аннотация	10
Свод рекомендаций	12
Разработка основанных на доказательствах клинических практических рекомендаций	15
Введение	17
1.0. Процедура диагностики	25
2.0. Гормонотерапия подростков	33
3.0. Гормонотерапия взрослых	43
4.0. Предотвращение неблагоприятных последствий и долгосрочное наблюдение	51
5.0. Хирургическая коррекция пола	59
Список литературы	63
Приложение 1. Разработка клинических практических рекомендаций	71
Приложение 2. Возможный алгоритм гормональной терапии на различных этапах коррекции пола с женского на мужской	72

Стандарты помощи транссексуальным, трансгендерным и гендерно неконформным людям, 7-ая версия

Предисловие к.м.н. Исаева Д. Д.	74
Глоссарий	76
I. Назначение и применение Стандартов помощи	80
II. Глобальная применимость Стандартов помощи	83

III. Различие между гендерной неконформностью и гендерной дисфорией.....	85
IV. Распространенность явлений транссексуальности, трансгендерности и гендерной неконформности.....	88
V. Обзор подходов к лечению гендерной дисфории.....	91
VI. Оценка состояния и терапия детей и подростков с гендерной дисфорией.....	94
VII. Психическое здоровье.....	108
VIII. Гормональная терапия.....	124
IX. Репродуктивное здоровье.....	143
X. Постановка голоса и коммуникативная терапия.....	145
XI. Хирургия.....	147
XII. Послеоперационное наблюдение.....	158
XIII. Профилактика и первичная медицинская помощь в течение жизни.....	159
XIV. Применимость Стандартов помощи к людям, живущим в учреждениях.....	162
XV. Применимость Стандартов помощи к людям с нарушениями формирования пола.....	164
Список литературы.....	168
Приложение 1. Обзор медицинских рисков гормональной терапии.....	181
Приложение 2. Перечень критериев для гормональной терапии и операций.....	188
Приложение 3. данные по клиническим результатам терапевтических подходов.....	191
Приложение 4. Процесс создания 7-ой версии Стандартов помощи.....	195

Международное Эндокринологическое Общество

Эндокринная терапия транссексуальных людей

Клинические практические рекомендации

Перевод на русский язык ЦСИИ «Действие»
под редакцией д. м. н. Бабенко А. Ю.

Предисловие

Перед вами – издание, предпосылки к появлению которого давно сформировались, и необходимость появления которой назрела. Это книга, которой, как мне кажется, очень не хватало многим из нас. Это мировые стандарты помощи людям с гендерной дисфорией (транссексуальностью), разработанные Мировым эндокринологическим сообществом за годы практики, они включают в себя наиболее эффективные и безопасные подходы к диагностике, коррекции и мониторингу вмешательств при этом состоянии. Эти стандарты разработаны на основе анализа накопленного многолетнего опыта в мировом масштабе. Исследования в этой области ведутся долгое время, особенно активно и планомерно после 1979 года, когда Гарри Бенджамин основал Международную ассоциацию по гендерной дисфории.

Сам же термин *гендерная дисфория* был предложен значительно раньше, он был введен М. Хиршфельдом еще в 1923 году. Этим термином обозначают наличие выраженной и стойкой идентификации человека с полом, противоположным его биологическому полу, в сочетании с непрекращающимся чувством дискомфорта в своем биологическом поле или чувства неуместности в своей гендерной роли, что приводит к сильным страданиям. Гендерная дисфория возникает, когда биологический пол и гендерная идентичность человека не совпадают.

Люди в состоянии гендерной дисфории испытывают тяжелые страдания и нуждаются в компетентной медицинской помощи. К сожалению, знания об этой проблеме у профильных специалистов здравоохранения (клинических психологов, эндокринологов) в Российской Федерации до последнего времени остаются ничтожно малы, а единые стандарты оказания медицинской и психологической помощи транссексуальным людям не разработаны.

В итоге, при обращении к специалистам транссексуальные люди, как правило, не получают грамотных рекомендаций. Тем не менее, в некоторых городах России уже существуют медицинские учреждения, где люди с гендерной дисфорией могут получить квалифицированную помощь. Одним из таких городов является Санкт-Петербург, где на сегодняшний день есть несколько комиссий, проводящих освидетельствование транссексуальных людей. Также имеется ряд клиник, осуществляющих операции по коррекции пола. Но для транссексуальных людей – и до, и после хирургической коррекции пола – остро стоит вопрос медицинского наблюдения с учетом их физиологических особенностей и потребностей. В частности, один из факторов, который нужно учитывать – это прохождение пожизненной гормональной терапии. Настоящее издание – один из важных шагов для решения данной проблемы.

Эта брошюра позволит нам, во-первых, сформировать грамотное отноше-

ние к транссексуальным людям как у медработников, так и у общества в целом, и во-вторых, донести до специалистов, вовлеченных в диагностику и лечение гендерной дисфории на различных этапах, информацию, необходимую для оказания таким пациентам адекватной помощи.

Эта книга может быть полезна не только врачам, но и людям, страдающим от гендерной дисфории, – как на этапе, когда они ищут ответ на вопрос, к кому обратиться со своей проблемой, так и в ситуации, когда они начали коррекцию (в частности, гормональную терапию) самостоятельно. В последнем случае данное пособие поможет прийти к пониманию, что помощь врача-специалиста необходима, и что она поможет избежать многих ошибок и проблем со здоровьем. Особенно важно это пособие для специалистов, работающих с подростками, так как в России до сих пор не существует разработанных и утвержденных практик по работе с пациентами моложе 18 лет, страдающими гендерной дисфорией, тогда как лечение в этом возрасте может быть наиболее успешным.

В этом пособии мы постарались учесть все особенности оказания помощи транссексуальным людям в Российской Федерации. Так, например, в отличие от мировых практик, российские подростки до 18 лет не имеют права принимать решения относительно своего лечения, поэтому любые вмешательства для несовершеннолетних пациентов могут осуществляться только с согласия родителей либо опекунов. Кроме того, предложен алгоритм выбора гормональных препаратов на различных этапах коррекции пола, созданный на основе семилетнего опыта ведения гормональной терапии у транссексуальных людей. Эту информацию вы сможете найти в Приложении 2 на стр. 72.

В том случае, если вы не уверены, что сможете правильно оказать медицинскую помощь транссексуальному человеку, вы всегда можете направить его к нам, либо пройти дополнительное обучение на курсах тематического усовершенствования ТУ.

Те медицинские специалисты, кто хочет улучшить свои знания в области эндокринологии половой системы, включая вопросы гормональной заместительной терапии при различных состояниях (в том числе – при транссексуальности), могут записаться на цикл ТУ «Современные аспекты эндокринной патологии гонад у мужчин и женщин» на сайте СЗФМИЦ.

Бабенко Алина Юрьевна

*врач-эндокринолог высшей категории, д. м. н., заведующая НИЛ диабетологии института эндокринологии СЗФМИЦ, заместитель директора института эндокринологии по учебной работе, доцент кафедры внутренних болезней института послевузовского образования СЗФМИЦ
(Северо-Западный Федеральный Медицинский Исследовательский Центр)*

Предупреждение

Клинические практические рекомендации выпускаются с целью содействия эндокринологам в лечебной практике. Данное руководство может не содержать всех подходящих методик, так же как и не все перечисленные в нем подходы могут оказаться полезными. Рекомендации не могут гарантировать определенный исход лечения и не являются единственным стандартом. Также они не предполагают безусловного следования им при лечении конкретных пациентов. Решение о видах терапии следует принимать самостоятельно, с учетом индивидуальных особенностей пациента.

Эндокринологическое Общество¹ не дает никаких явно выраженных или подразумеваемых гарантий относительно Рекомендаций, и также исключает любые гарантии товарной пригодности или пригодности для какого-либо конкретного использования или назначения. Эндокринологическое Общество не несет ответственности за прямые или косвенные убытки, за фактические убытки, определяемые особыми обстоятельствами дела, фактический материальный ущерб или косвенные убытки, возникшие в связи с использованием информации, содержащейся в настоящем документе.

Основанные на доказательствах материалы для Рекомендаций были подготовлены по контракту с Эндокринологическим Обществом.

1 *The Endocrine Society*. Международная организация, объединяющая специалистов из разных областей – медицины, биологии, биохимии, физиологии, генетики, иммунологии, образования – из более чем 100 стран. Образована в 1916 году. <http://www.endocrine.org/>

Аннотация

Цель: сформулировать практические рекомендации для врачей по эндокринной терапии транссексуальных людей.

Участники: эксперты, методисты и составители медицинских текстов, назначенные Эндокринологическим Обществом.

Доказательства: данное руководство, основанное на доказательствах, было разработано с применением системы оценок GRADE¹ для возможности описания уровня убедительности рекомендаций и качества доказательств.

Процесс согласования: комиссия и члены Эндокринологического Общества, Европейского общества эндокринологии, Европейского общества педиатрической эндокринологии, Педиатрического Эндокринологического общества Лоусона Уилкинза и Всемирной Профессиональной Ассоциации Трансгендерного Здоровья приняли участие в обсуждении предварительного проекта Рекомендаций.

Выводы: транссексуальным людям, стремящимся изменить свои физические данные в сторону желаемого пола, желательно иметь безопасную и эффективную схему приема гормональных препаратов, которая позволит, во-первых, подавить выработку организмом собственных половых гормонов и, во-вторых, поддерживать нормальный для желаемого пола уровень половых гормонов. Специалист по психическому здоровью должен предоставить пациенту рекомендации по гормональной терапии и осуществлять постоянное наблюдение в процессе гормональной перестройки и принятия решения о хирургической коррекции пола. Эндокринолог должен подтвердить диагностические показатели, на основании которых специалист по психическому здоровью выдавал свои рекомендации. Поскольку постановка точного диагноза детям препубертатного возраста затруднена, мы не рекомендуем проводить эндокринную терапию на этом этапе. В терапии транссексуальных подростков (2-я стадия по шкале Таннера) мы рекомендуем подавление полового созревания с применением аналогов гонадотропин-рилизинг гормона (GnRH) до достижения 16-летнего возраста. После этого возраста можно начинать гормонозаместительную терапию. Мы предлагаем подавлять выработку организмом собственных половых гормонов, поддерживать

1 GRADE – *The Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*. Международная система оценки качества научных знаний и силы рекомендаций в медицине.

нормальный уровень гормонов желаемого пола и отслеживать известные риски у взрослых транссексуальных людей.

Сокращения:

МПКТ (англ. Bone mineral density, BMD) – минеральная плотность костной ткани

FTM (female-to-male) – FtM-транссексуал

MTF (male-to-female) – MtF-транссексуалка

Свод рекомендаций

1.0. ПРОЦЕДУРА ДИАГНОСТИКИ

1.1. Мы рекомендуем, чтобы диагноз «гендерная дисфория» ставился специалистом по психическому здоровью. Работающий с детьми и подростками специалист должен также иметь подготовку в детской и подростковой психопатологии (1 **).

1.2. Учитывая высокий процент ремиссий гендерной дисфории после вступления в пубертат, мы не рекомендуем выполнять полную смену социальной роли и гормонотерапию в отношении детей препубертатного возраста с гендерной дисфорией (1 **).

1.3. Перед началом терапии мы рекомендуем врачу оценить и довести до понимания пациента обратимые и необратимые последствия терапии, подавляющей половое созревание (терапии аналогами гонадотропин-рилизинг гормона (GnRH)), и гормонозаместительной терапии.

1.4. Мы рекомендуем врачу информировать и консультировать всех трансгендерных людей по вопросу фертильности до начала терапии, подавляющей половое созревание у подростков, и до начала терапии гормонами желаемого пола у подростков и взрослых.

2.0. ГОРМОНОТЕРАПИЯ ПОДРОСТКОВ

2.1. Мы рекомендуем, чтобы подростки, соответствующие критериям отбора и готовности к коррекции пола, предварительно прошли терапию по подавлению полового созревания (1 *).

2.2. Мы рекомендуем начинать терапию, подавляющую половое созревание, при появлении у девочек и мальчиков первых пубертатных изменений (подтвержденных анализом на уровень эстрадиола и тестостерона, соответственно), но не раньше 2–3 стадий по шкале Таннера (1 **).

2.3. Для терапии по подавлению полового созревания рекомендуем использовать аналоги гонадотропин-рилизинг гормона (GnRH) (1 **).

2.4. Мы предлагаем начинать формирование пубертатных признаков желаемого пола приблизительно в возрасте 16 лет, плавно увеличивая дозировки стероидов желаемого пола (2 *).

2.5. Мы рекомендуем направлять прошедших гормональную тера-

пию подростков на операцию, если:

1) опыт жизни в образе человека желаемого пола (фулл-тайм, англ. Real-life experience) проходит удачно и приводит к успешной смене социальной роли;

2) пациент удовлетворен результатами гормонотерапии;

3) пациент желает окончательной хирургической коррекции пола (1 *).

2.6. Мы предлагаем отсрочить операцию, если пациент еще не достиг 18-летнего возраста (2 *).

3.0. ГОРМОНОТЕРАПИЯ ВЗРОСЛЫХ

3.1. Мы рекомендуем лечащему эндокринологу подтвердить диагностические критерии гендерной дисфории или транссексуальности, а также критерии отбора и готовности пациента к эндокринной терапии (1 ***).

3.2. При состояниях, которые могут усугубиться под влиянием гормонозаместительной терапии и гормональной абляции, рекомендуем до начала терапии принять соответствующие меры (см. Табл. 11: Состояния, которые могут усугубиться под влиянием гормонозаместительной терапии) (1 ***).

3.3. Мы предлагаем поддерживать уровень гормонов желаемого пола в установленной для данного пола физиологической норме (2 **).

3.4. Мы предлагаем эндокринологу отмечать возникающие вследствие гормонозаместительной терапии физические изменения и отслеживать их динамику (2 **).

4.0. ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ И ДОЛГОСРОЧНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

4.1. Мы предлагаем проводить регулярный клинический и лабораторный контроль – каждые 3 месяца в первый год, и в дальнейшем 1 – 2 раза в год (2 **).

4.2. Мы предлагаем отслеживать уровень пролактина у MtF-транссексуалок, проходящих терапию эстрогенами (2 **).

4.3. Мы предлагаем отслеживать риск сердечно-сосудистых заболеваний у транссексуальных пациентов, принимающих гормоны (2 **).

4.4. При наличии факторов риска остеопороза мы предлагаем исследовать минеральную плотность костной ткани (МПКТ), особенно у пациентов, прекративших прием гормонов после гонадэктомии (2 ***).

4.5. MtF-транссексуалкам, при условии отсутствия повышенного риска рака молочной железы, мы предлагаем проходить скрининг на патологию молочных желез, в соответствии с рекомендациями для биологических женщин (2 **).

4.6. MtF-транссексуалкам, принимающим эстрогены, мы предлагаем проходить скрининг на заболевания предстательной железы, в соответствии с рекомендациями для биологических мужчин (2 *).

4.7. Мы предлагаем FtM-транссексуалам оценить риски и пользу гистерэктомии и овариэктомии, которые может включать в себя операция по коррекции пола (2 *).

5.0. ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОЛА

5.1. Мы рекомендуем рассматривать вопрос хирургической коррекции пола только после того, как проводящий гормонотерапию врач и специалист по психическому здоровью посчитают операцию желательной (1 *).

5.2. Мы рекомендуем хирургическую коррекцию гениталий по прошествии, как минимум, 1 года последовательной гормонотерапии, при условии, что она проводилась должным образом (1 *).

5.3. Мы рекомендуем врачу, проводящему гормонотерапию, подтвердить, что медицинских противопоказаний для проведения операции нет, и согласовать с хирургом прием гормонов в период проведения операции (1 *).

Разработка основанных на доказательствах клинических практических рекомендаций

Подкомитет по клиническим рекомендациям Эндокринологического Общества счел необходимым разработать практические рекомендации для постановки диагноза и проведения терапии транссексуальных людей. Для этих целей была собрана рабочая группа. Рекомендации разрабатывались с использованием международной системы оценок GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation group) [19]. Детальное описание этой оценочной системы опубликовано и доступно [20]. Рабочая группа использовала лучшие из имеющихся доказательств и два системных обзора [21, 22]. Помимо этого, были применены специальные языковые и графические обозначения. Для сильных рекомендаций использовалась формулировка «мы рекомендуем» и цифра 1, для слабых – фраза «мы предлагаем» и цифра 2. Звездочками обозначены уровни достоверности доказательств:

* – очень низкий;

** – низкий;

*** – средний;

**** – высокий.

Участники рабочей группы убеждены, что соблюдение сильных рекомендаций в процессе терапии в среднем принесет больше пользы, чем вреда.

Слабые рекомендации предполагают принятие решения после детального рассмотрения ситуации пациента, его интересов и личных желаний.

К каждой рекомендации прилагается описание доказательств и оценки, выработанной участниками рабочей группы. К некоторым из них добавлены комментарии, где даны предложения по условиям испытаний, дозировкам и мониторингу. Эти комментарии отражают наиболее полные из имеющихся фактологических данных, применяемых к среднестатистическому пациенту. Если же выводы делались из несистематических наблюдений, либо под влиянием предпочтений участников, то такие рекомендации следует рассматривать лишь как предложения.

Рекомендации под пунктами 1.3 и 1.4 не имеют оценки, тем не ме-

нее, участники группы сочли необходимым включить их в список. Предполагается, что они не должны вызвать сомнения у профессионального врача (так же как и утверждения, что врачу следует должным образом вести сбор анамнеза и осмотр пациента, либо что врачу следует разъяснять пациенту его состояние). Эти пункты не подвергались фактологической проверке и поэтому не оценены.

Введение

На протяжении всей известной нам истории человечества люди обоих полов заключены в прочные рамки диморфизма. В биологии, психологии и социологии 20 века степень свободы человека внутри своего пола стала предметом дебатов. С этого времени люди, «запертые» в неправильном теле, перестают быть невидимыми членами общества [1]. Встреча эндокринолога Гарри Бенджамина и сексолога Магнуса Хиршфельда в 1907 году положила начало их совместной работе в области транссексуальности (термин введен Хиршфельдом в 1923 году). Пациенты, ищущие выход из постоянного дискомфорта, получили шанс начать жизнь в более подходящей для них гендерной роли, иногда пользуясь возможностями хирургии [2].

До этого времени эндокринная терапия транссексуальных людей ограничивалась применением неэффективных настоек, кремов и имплантатов. Эндокринная терапия вышла на новый уровень после успешного синтеза тестостерона (в 1935 году) и диэтилстилбестрола (в 1938 году). В первой половине 20 века в прессе стали публиковаться статьи о первых пациентах, получающих гормональную терапию и прошедших операцию по коррекции пола. В сентябре 1979 года Гарри Бенджамин основал Международную ассоциацию по гендерной дисфории (The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, HBGDA). Сейчас она известна под названием Всемирная профессиональная ассоциация по трансгендерному здоровью (the World Professional Association of Transgender Health, WPATH). Первые Стандарты Помощи (Standards of Care) были опубликованы ассоциацией HBGDA в 1979 году. В 2011 году WPATH выпустила седьмое издание. Стандарты Помощи содержат указания по работе с транссексуальными людьми для врачей и специалистов по психическому здоровью².

До 1975 года научные статьи по эндокринной терапии транссексуалов публиковались мало, но с конца 70-х годов появилось более 800 работ по различным аспектам помощи транссексуальным пациентам. Назначение данного руководства – опираясь на литературные источники и клинический опыт, дать эндокринологам подробные рекомендации по безопасной и результативной терапии пациентов, имеющих диагноз «гендерная дисфория» или «транссексуализм». В будущем необходимо

² Стандарты Помощи переведены на русский язык и доступны во второй части этой брошюры

выработать четкие протоколы приема препаратов, а также тщательно изучить вопросы:

- 1) как длительная искусственная задержка пубертата воздействует на рост костной ткани у подростков;
- 2) как уровень собственных гормонов организма и принимаемых пациентом гормонов влияют на результаты терапии у взрослых;
- 3) какие показания к применению имеют антагонисты андрогенов и прогестины, каково их действие;
- 4) имеют ли операции по коррекции пола медицинские и психологические риски в долгосрочной перспективе.

Ответить на эти вопросы можно только после длительного и интенсивного сотрудничества специалистов психотерапевтического и эндокринологического профилей из разных стран. Однако единые диагностические критерии и критерии включения, медикаментозные схемы, тестовые методики и способы оценки ответа на терапию пока не выработаны.

Не устоялась пока и терминология. В таблице 1 даны определения терминов, употребляющихся в настоящем руководстве.

Таблица 1. Используемые в руководстве термины и их определения

ПОЛ (англ. <i>SEX</i>) – совокупность признаков, характеризующих мужскую или женскую биологию. Самые известные из этих признаков: хромосомы и гены, отвечающие за пол, Н-У-антиген, гонады, половые гормоны, внутренние и наружные гениталии, вторичные половые признаки.
ГЕНДЕРНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ (англ. <i>GENDER IDENTITY</i>) – неотъемлемое внутреннее осознание человеком себя как мужчины, женщины, либо человека неопределенного пола.
ГЕНДЕРНАЯ РОЛЬ (англ. <i>GENDER ROLE</i>) – соответствует поведенческим, мировоззренческим и личностным особенностям, которые общество в данный исторический период и в данной культуре определяет как «мужские» либо «женские».
ГЕНДЕРНАЯ ДИСФОРИЯ (<i>GENDER DYSPHORIA</i>) – диагноз по системе DSM-5 (<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>). Данный диагноз ставится при наличии выраженной и стойкой идентификации человека с полом, противоположным его биологическому полу, в сочетании с непрекраща-

<p>ющимся чувством дискомфорта в своем биологическом поле или чувством неуместности в своей гендерной роли, что приводит к сильным страданиям. Гендерная дисфория возникает, когда биологический пол и гендерная идентичность человека не совпадают.</p>
<p>СЕКСУАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ (англ. <i>SEXUAL ORIENTATION</i>) – может определяться через реакцию человека на сексуальные стимулы. Наиболее очевидное выражение сексуальной ориентации – пол сексуально привлекательного для человека партнера.</p>
<p>СЕКСУАЛЬНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ (англ. <i>SEXUAL IDENTITY</i>) – осознание себя как человека определенной сексуальной ориентации; сексуальная идентичность и сексуальная ориентация могут не совпадать.</p>
<p>КОРРЕКЦИЯ ПОЛА (англ. <i>SEX REASSIGNMENT</i>) – комплекс процедур по приведению тела в соответствие с желаемым полом.</p>
<p>ОПЕРАЦИЯ ПО КОРРЕКЦИИ ПОЛА (англ. <i>SEX REASSIGNMENT SURGERY</i>) – хирургическая часть процесса коррекции пола.</p>
<p>ТРАНССЕКСУАЛЬНЫЕ люди (англ. <i>TRANSSEXUAL people</i>) – люди, которые идентифицируют себя, хотят жить и восприниматься окружающими как люди противоположного пола по отношению к своему биологическому полу.</p>
<p>MTF-ТРАНССЕКСУАЛКА (англ. <i>MTF, MALE-TO-FEMALE</i>) – биологически, человек мужского пола, который идентифицирует себя с женским полом и хочет быть женщиной.</p>
<p>FTM-ТРАНССЕКСУАЛ (англ. <i>FTM, FEMALE-TO-MALE</i>) – биологически, человек женского пола, который идентифицирует себя с мужским полом и хочет быть мужчиной.</p>
<p>ФУЛЛ-ТАЙМ (англ. <i>REAL-LIFE EXPERIENCE</i>) – полное принятие человеком новой гендерной роли в повседневной жизни.</p>
<p>ПЕРЕХОД (неофициальный термин – ТРАНЗИШН, англ. <i>TRANSITION</i>) – период времени, когда транссексуальный человек меняет свой физический облик, социальную роль и документы на противоположные относительно своего биологического пола. Также термин может означать сам процесс изменения тела и психологической адаптации к новой роли.</p>

Примечание: В настоящем Руководстве было условлено использовать термин «транссексуальный», по международной классификации МКБ-10 (см. Табл. 3). Несмотря на взаимозаменяемость терминов «транссексуальный» и «трансгендерный», «трансгендерный» также относится к людям, чья гендерная идентичность не вписывается в традиционные гендерные роли, но при этом человек не чувствует необходимости в эндокринной терапии. По этой причине мы отдали предпочтение термину «транссексуальный».

Таблица 2. Диагностические критерии расстройства гендерной идентичности, по DSM-IV-TR³[3]

А. Выраженная и стойкая идентификация человека с полом, противоположным его биологическому (не только лишь стремление воспользоваться преимуществами принадлежности к этому полу в данной культурной среде).
О гендерном дискомфорте у ребенка говорит наличие не менее четырех из следующих признаков:
1. Неоднократно высказываемое ребенком желание быть мальчиком (если его биологический пол женский), или утверждения, что он – мальчик. Неоднократно высказываемое ребенком желание быть девочкой (если его биологический пол мужской), или утверждения, что он – девочка;
2. У мальчиков – предпочтение к переодеванию в женскую одежду, у девочек – упорное желание носить только типично мужскую одежду;
3. Выраженное и стойкое предпочтение играть роль противоположного пола в вымышленных историях и играх, либо регулярные фантазии о своей принадлежности к противоположному полу;
4. Сильное желание участвовать в играх и видах досуга, которые обычно характерны для противоположного пола;
5. Устойчивое предпочтение партнеров для игр противоположного пола.
У подростков и взрослых гендерный дискомфорт проявляется в высказываемом желании быть человеком другого пола, в соответствующем этому желанию внешнем облике и поведении, желании жить и восприниматься окружающими как человек другого пола, либо в убежденности человека, что он обладает типичными чертами противоположного пола.
В. Устойчивое неприятие своего пола, либо чувство неуместности в данной гендерной роли.
У детей это может проявляться в следующем:
1. У мальчиков – высказывания о том, что им неприятны их половые органы, желание избавиться от них, либо антипатия к типично мальчишеским игрушкам, играм и занятиям;
2. У девочек – отказ мочиться сидя, утверждение ребенка, что у него вырастет пенис, высказывания о нежелании иметь грудь или о нежелании менструаций, либо выраженное отвращение к женской одежде.
У подростков и взрослых неприятие своего пола проявляется в настойчивой идее избавиться от первичных и вторичных признаков своей половой

3 В данном Руководстве, изданном в оригинале (на английском языке) в 2009 году, используется классификация DSM-IV-TR 2000 года издания. В 2013 году вышла следующая редакция классификации – DSM-5. Критерии гендерной дисфории в ней несколько изменены.

принадлежности и поменять свое тело (например, путем гормонотерапии, операции, либо каким-либо иным способом), либо в убежденности человека, что он родился не в своем теле.
С. Дискомфорт проявляется несмотря на отсутствие реальной физической интерсексуальности.
Д. Дискомфорт вызывает клинически выраженное состояние угнетенности и ухудшает качество жизни в социальном, профессиональном и иных аспектах.
Коды (в соответствии с возрастом):
302.6 – расстройство гендерной идентичности у детей;
302.85 – расстройство гендерной идентичности у подростков и взрослых.
Сексуальные предпочтения (для половозрелых людей):
Направленность на мужчин;
Направленность на женщин;
Направленность на оба пола;
Направленность на какой-либо пол отсутствует.

Таблица 3. Критерии транссексуализма и расстройства половой идентификации, по классификации МКБ-10 [29]

Критерии транссексуализма (F64.0):
1. Желание жить и приниматься обществом как человек противоположного пола, часто сопровождаемое стремлением привести свое тело в максимальное соответствие с желаемым полом путем хирургической операции и гормонотерапии;
2. Идентификация с полом, противоположным биологическому, сохраняется в течение как минимум 2 лет;
3. Данное состояние не является симптомом какого-либо ментального расстройства или генетической, интерсексуальной либо хромосомной аномалии.
Расстройство половой идентификации в детском возрасте (F64.2) имеет отдельные критерии для девочек и для мальчиков. Для девочек:

1. Ребенок испытывает сильный и непрекращающийся дискомфорт по поводу своей принадлежности к женскому полу и выражает стойкое желание быть мальчиком (не имея в виду только получение социальных преимуществ от принадлежности к мужскому полу), либо настаивает, что он мальчик;
2. Наличие какого-либо из следующих критериев:
а. Устойчивое отторжение женской одежды и стремление носить мужскую одежду;
б. Отказ признавать собственную анатомию, выраженный в хотя бы одном из нижеприведенных признаков:
I. Высказывания ребенка о том, что у него должен вырасти пенис;
II. Отказ мочиться сидя;
III. Высказывания ребенка о нежелании иметь грудь или о нежелании менструаций.
3. Ребенок еще не достиг половой зрелости;
4. Симптомы сохраняются на протяжении как минимум 6 месяцев.
Для мальчиков:
1. Ребенок испытывает сильный и непрекращающийся дискомфорт по поводу своей принадлежности к мужскому полу и хочет быть девочкой, либо, реже, настаивает, что он девочка;
2. Наличие любого из следующих критериев:
а. Предпочтение стереотипно женских занятий, таких как переодевание в женскую одежду, настойчивое желание участвовать в девичьих играх и видах досуга, а также отказ от мальчишеских игрушек, игр и занятий.
б. Отказ признавать строение своего тела, выраженный в периодическом высказывании ребенком хотя бы одной из следующих идей:
I. Что он вырастет женщиной;
II. Что его половые органы ему противны либо должны исчезнуть;
III. Что было бы лучше, если бы их не было.
3. Ребенок еще не достиг половой зрелости;
4. Симптомы сохраняются на протяжении как минимум 6 месяцев.

Этиология гендерных расстройств

Осознание ребенком своего пола формируется постепенно в младенчестве и детстве, при взаимодействии с родителями, сверстниками

и окружающей средой. Этапы этого процесса хорошо изучены [4]. Однако в психологической литературе не описано, когда и по каким причинам развивается атипичная гендерная идентичность. В клинических исследованиях описаны лишь факторы, которые могут усилить уже возникшую гендерную дисфорию [5]. Бихевиористские исследования по генетике предполагают, что атипичная гендерная идентичность у детей имеет наследственный компонент [6, 7]. Поскольку в большинстве случаев гендерная дисфория не сохраняется в подростковом и взрослом возрасте, результаты исследований детей не могут быть распространены на взрослых. Исследования взрослых, в свою очередь, вряд ли проводились. Кроме того, попытки найти потенциальные факторы развития этого состояния только на основе воспоминаний опрашиваемого человека, по существу, неблагоприятны.

Влияние биологических факторов на гендерную идентичность изучалось в основном через исследование воздействия половых стероидов на мозг [8]. Пренатальная андрогенизация может predispose к формированию мужской гендерной идентичности. Однако, большинство 46,XY-детей, принявших женскую гендерную роль и имевших пренатальное воздействие андрогенов в анамнезе, не проявляют признаков мужской гендерной идентичности [9, 10]. В то же время 46,XX-дети, испытавшие в утробе матери воздействие андрогенов, демонстрировали выраженную маскулинизацию в своем поведении, но это не обязательно приводило к гендерной дисфории [11–13]. Но факт, почему у MtF-транссексуалок после внутриутробного воздействия андрогенов формируется женская гендерная идентичность, остается невыясненным. По-видимому, имеет место некий более сильный фактор, перекрывающий воздействие андрогенов на плод. Пока что не выяснено, как именно гормональный импринтинг влияет на формирование гендерной идентичности. Нужно отметить, что вдобавок к гормональному фактору генетические механизмы могут работать в связке с психосексуальной дифференциацией [14].

В некоторых исследованиях предполагалась иммунизация матери в ответ на H-Y антиген [15–16]. По этой гипотезе, в случае последовательного рождения мальчиков у матери с каждой беременностью может возрастать иммунизация к H-Y антигенам, что увеличивает вероятность гомосексуальной ориентации у последующего ребенка. Исследования соотношения детей разного пола в семье пока что экспериментально не подтверждены [17].

Также не удалось найти различия в уровне половых стероидов у транссексуальных и нетранссексуальных людей [18].

Подытожим, что ни биологические, ни психологические исследования не дают удовлетворительного объяснения феномену гендерных расстройств. Закономерности, которые удалось найти, недостаточно надежны для обобщения.

1.0. ПРОЦЕДУРА ДИАГНОСТИКИ

Коррекция пола – это многоплановый процесс, предусматривающий пять этапов: диагностическое обследование, психотерапию либо психологическое консультирование, фулл-тайм (опыт проживания в желаемой гендерной роли, англ. Real-life experience), гормонотерапию и хирургическую операцию. Данное руководство фокусируется на гормонотерапии, однако ее успешность может зависеть и от сотрудничества с другими специалистами. Лучше всего было бы организовать помощь многопрофильной команды специалистов в одном медицинском центре, но это не всегда возможно. Важно, чтобы все специалисты понимали роль каждого из участников и сотрудничали между собой.

Диагностическое обследование и психотерапия

Поскольку гендерная дисфория может сопровождаться иными психологическими и психиатрическими проблемами [23–27], ставящему диагноз специалисту важно:

- 1) Различать гендерную дисфорию и состояния, схожие с ней по симптоматике;
- 2) Распознавать психиатрические состояния;
- 3) Подбирать подходящую диагностику терапии.

По этим причинам Стандарты Помощи, изданные WPATH, предписывают, чтобы диагноз ставился специалистом по психическому здоровью [28]. Работая с детьми и подростками, он должен также иметь подготовку в детской и подростковой психопатологии. Поскольку эти специалисты, как правило, пользуются Стандартами WPATH, ниже приведены основные аспекты диагностики и психологического консультирования, а также доказательства (если они существуют).

Проводя диагностику, специалист собирает с пациента (или с родителей/опекунов, в случае с пациентом-подростком) сведения о его развитии, в том числе психосексуальном, и о текущем состоянии. На основе полученной информации специалист:

1. Устанавливает, отвечает ли пациент критериям гендерной дисфории по системам DSM-IV-TR или МКБ-10 (см. Табл. 2 и 3);

2. Информировает пациента о возможностях и ограничениях процесса коррекции пола, во избежание неоправданно высоких ожиданий;

3. Оценивает потенциальный психологический и социальный риск от неудачного медицинского вмешательства.

В случае, если серьезная психопатология или сопутствующие обстоятельства, либо оба фактора, осложняют постановку диагноза или делают успех терапии маловероятным, следует предварительно разрешить эти вопросы. По описанным случаям разочарований после операции можно заключить, что сопутствующие серьезные психиатрические заболевания и отсутствие поддержки способны препятствовать удачному исходу [30–33].

Диагностическая процедура у подростков обычно включает полную психодиагностику [34] и, предпочтительно, психиатрическое обследование, выполняемое другим специалистом.

Ди Челье с соавт. (Di Ceglie et al.) [35] показали, что 75% всех подростков, которые обращались в гендерные клиники Великобритании, сообщали о проблемных взаимоотношениях с родителями. Исходя из этого, диагностику лучше проводить с учетом анализа семейной среды, включая способность семьи справляться со стрессом, оказывать поддержку и разбираться с проблемами своего ребенка.

Фулл-тайм

Фулл-тайм (англ. REAL-LIFE EXPERIENCE) – полное принятие человеком новой гендерной роли в повседневной жизни. Получение опыта фулл-тайм играет существенную роль в переходе. При этом проверяется, насколько человек уверен в своем решении, способен функционировать в новой роли с социальной, экономической и психологической точки зрения. Это дает пациенту и специалисту по психическому здоровью представление о дальнейших действиях [28]. Фулл-тайм подразумевает проживание опыта постоянного нахождения в желаемом гендере, желательно не менее 1 года, до того как операция внесет необратимые изменения в тело [28]. В этот период внимание консультирующего специалиста должно быть направлено на ощущения человека от социальной трансформации, от реакций окружающих людей на его новый образ. Всё чаще транссексуальные люди начинают фулл-тайм задолго до того, как направляются на гормонотерапию.

Критерии отбора и готовности

Стандарты Помощи WPATH предусматривают, что взрослые и подростки, обращающиеся за гормонотерапией и хирургической операцией, должны соответствовать критериям отбора и готовности [28]. Условия начала гормонотерапии для взрослых и для подростков различны (см. Табл. 4 и 5). Условия для проведения операции одинаковы (см. Гл. 5). Критерии отбора пациентов не описаны в официальных источниках, однако несколько исследований показали, что подростки, удовлетворявшие этим критериям и начавшие гормонотерапию в возрасте 16 лет, имели хорошие результаты после операции [36–38].

В одном из исследований по MtF-транссексуальности показывается, что результаты коррекции пола не имели прямой корреляции с минимальными критериями отбора WPATH. Однако выборка состояла из людей относительно благополучного социального уровня [39]. Другое исследование, в котором изучалась потребность людей в психотерапии до проведения коррекции пола, показало, что две трети участников не нуждались в классических видах психотерапии [40].

Таблица 4. Условия начала гормонотерапии, для взрослых

Взрослые соответствуют критерию <i>отбора</i> для начала гормонозаместительной терапии, если они:
1. Удовлетворяют данным в DSM IV-TR или МКБ-10 определениям расстройства гендерной идентичности и транссексуализма (см. Табл. 2 и 3);
2. Не имеют сопутствующих психиатрических заболеваний, которые препятствуют постановке диагноза или проведению терапии;
3. Имеют представление о возможных результатах гормонотерапии, ее медицинских и социальных рисках и пользе;
4. Имеют зафиксированный опыт проживания в желаемой гендерной роли (фулл-тайм) в течение как минимум 3 месяцев, либо прошли психотерапию (ее длительность устанавливается специалистом по психическому здоровью, обычно не менее 3 месяцев).
Взрослые соответствуют критерию <i>готовности</i> к началу гормонозаместительной терапии, если они:
1. Все больше укрепляются в своей гендерной идентичности в процессе фулл-тайма или психотерапии;

- | |
|--|
| 2. Постепенно решают другие обозначенные на первичных консультациях проблемы, что улучшает их психологическое состояние; |
| 3. Достаточно ответственно относятся к предстоящему приему гормональных препаратов. |

Таблица 5. Условия начала гормонотерапии, для подростков

Подростки соответствуют критериям <i>отбора</i> и <i>готовности</i> для GnRH-терапии, если они:
1. Удовлетворяют данным в DSM IV-TR или МКБ-10 определениям расстройства гендерной идентичности и транссексуализма (см. Табл. 2 и 3);
2. Находятся, по меньшей мере, на 2-й стадии полового созревания по шкале Таннера;
3. Имеют признаки пубертатных изменений в организме (возможно, ранних), которые усиливают дисфорию;
4. Не имеют сопутствующих психиатрических заболеваний, которые препятствуют постановке диагноза или проведению терапии;
5. Имеют достаточную психологическую и социальную поддержку во время терапии;
6. Имеют представление о возможных результатах терапии аналогами GnRH, гормонозаместительной терапии и хирургической операции по коррекции пола, о медицинских и социальных рисках и пользе этих процедур.
Подростки соответствуют критерию <i>отбора</i> для начала гормонозаместительной терапии, если они:
1. Удовлетворяют вышеобозначенным критериям для начала GnRH-терапии;
2. Достигли 16-летнего возраста.
Подростки <i>готовы</i> к началу гормонозаместительной терапии, если они удовлетворяют соответствующим требованиям к взрослым пациентам (см. критерии готовности, Табл. 4).

Рекомендации для специалистов, проводящих гормонотерапию пациентов, претендующих на коррекцию пола

Рекомендации

- 1.1. Мы рекомендуем, чтобы диагноз «гендерная дисфория» ста-

вился специалистом по психическому здоровью. Работающий с детьми и подростками специалист должен также иметь подготовку в детской и подростковой психопатологии (1 **)

1.1. Доказательства

Гендерная дисфория может сопровождаться иными психологическими или психиатрическими проблемами [23–27]. Поэтому важно, чтобы диагностирующий специалист мог дифференцировать гендерную дисфорию и состояния, имеющие схожие признаки, был способен точно диагностировать психиатрические заболевания, а также подбирать алгоритм лечения в перечисленных случаях. Одно из симптоматически схожих с дисфорией состояний – дисморфофобия, проявляющаяся в поглощенности человека идеями о собственной кастрации, пенэктомии или клитородектомии [41].

1.1. Оценка

Рабочая группа посчитала крайне важным не допустить вреда от гормонотерапии для пациентов с иным диагнозом, чем «гендерная дисфория», и для пациентов, оказавшихся не готовыми к сопряженным с гормонотерапией физическим изменениям. В то же время, ценность ожидаемой человеком пользы от гормонотерапии была намеренно занижена. Этим объясняется строгость рекомендаций наряду с низким уровнем достоверности доказательств.

Рекомендации

1.2. Учитывая высокий процент ремиссий гендерной дисфории после вступления в пубертат, мы не рекомендуем выполнять полную смену социальной роли и гормонотерапию в отношении детей препубертатного возраста с гендерной дисфорией (1 **).

1.2. Доказательства

У большинства детей гендерная дисфория не сохраняется в подростковом возрасте. Процент ремиссий различается в разных исследованиях – возможно, из-за использования разных выпусков DSM, разных возрастных групп детей, либо из-за культурных различий. Однако показано, что 75-80% детей препубертатного возраста с диагнозом «гендерная дисфория» не оказываются транссексуальными в подростковом возрасте [42–44]. Также доступны и более давние исследования [45]. Клинический опыт показывает, что гендерная дисфория может быть достоверно

диагностирована только после первых пубертатных изменений.

В то же время, данная рекомендация не подразумевает, что не соответствующее гендерным нормам поведение детей должно запрещаться или наказываться.

1.2. Оценка

При выдаче данной рекомендации большое значение уделено недопущению вреда от гормонотерапии по отношению к детям препубертатного возраста, которые могут перестать проявлять признаки гендерной дисфории с наступлением пубертата. При этом желательно не иметь завышенных ожиданий относительно результатов ранней гормональной коррекции пола у детей препубертатного возраста с диагнозом «гендерная дисфория».

Рекомендации

1.3. Перед началом терапии мы рекомендуем врачу оценить и довести до понимания пациента обратимые и необратимые последствия терапии, подавляющей половое созревание (терапии аналогами гонадотропин-рилизинг гормона (GnRH)), и гормонозаместительной терапии.

1.3. Комментарии

Во всех лечебных протоколах результат лечения можно регулировать, имея адекватные ожидания. Продолжительный этап постановки диагноза (включая сюда и GnRH-терапию, как обратимый способ отсрочить принятие решения), а также долгий период между началом гормонотерапии и моментом хирургической операции дают претенденту достаточно времени на рассмотрение различных вариантов медицинского воздействия. Клинический опыт показывает, что кандидаты по-разному проходят этот этап. Смена социальной роли может иметь трудноразрешимые последствия, осознание аспектов процесса перехода может быть пугающим, а общий дискомфорт может привести к смятению. Неблагоприятное воздействие на психику можно предотвратить, если ясно представлять себе ожидаемые изменения и их динамику.

Рекомендации

1.4. Мы рекомендуем врачу информировать и консультировать всех транссексуальных людей по вопросу фертильности до начала терапии, подавляющей половое созревание у подростков, и до начала терапии гормонами желаемого пола у подростков и взрослых.

1.4. Комментарии

Для принятия взвешенного решения пациенты, рассматривающие возможность гормонотерапии, должны располагать достоверной информацией о процессе коррекции пола и, в особенности, о воздействии терапии на фертильность. В силу своего возраста подростки могут оказаться не готовыми принять решение, касающееся их фертильности, а также могут не вполне понимать потенциальное воздействие гормонов. В этом случае родители, специалист по психическому здоровью и участники группы поддержки должны помочь в предоставлении нужной информации. Насколько нам известно, четких рекомендаций по ведению данного обсуждения и поиску правильного решения о начале терапии не существует.

Искусственное подавление полового созревания с использованием аналогов GnRH является обратимым и не должно препятствовать возобновлению пубертатных изменений при прекращении терапии. Хотя сперматогенез и половые пути биологических мальчиков раннего подросткового возраста еще не настолько сформированы, чтобы криоконсервировать сперму, подростки с гендерной дисфорией должны быть проинформированы о возможности инициировать образование спермы после длительного подавления секреции гонадотропина, до начала терапии эстрогенами. Выработка спермы может начаться в результате самостоятельного восстановления синтеза гонадотропина (ФСГ и ЛГ) после прекращения терапии GnRH-аналогами, либо после терапии гонадотропином. При этом возможно проявление внешних физических признаков генерации тестостерона. Стоит отметить, что на сегодняшний день нет сведений о том, сколько времени необходимо на достаточный для обеспечения будущей репродукции сперматогенез. У взрослых мужчин с недостаточностью гонадотропина сперматозоиды обнаруживаются в семенной жидкости к 6–12 месяцу терапии гонадотропином, хотя число сперматозоидов у таких пациентов в пренатальный период намного ниже нормального уровня [46, 47].

Для биологических девочек никаких побочных эффектов терапии, подавляющей половое созревание, выявлено не было. Они должны быть проинформированы, что нет никаких сведений о конкретных сроках самопроизвольной овуляции или ответа на стимуляцию овуляции после длительного подавления секреции гонадотропина.

Все перечисленные претенденты, которые соответствуют крите-

риям отбора и готовности к терапии и не младше 16 лет, должны быть проконсультированы по вопросам влияния гормонотерапии на фертильность, и, при желании, репродуктивных возможностей в будущем [48, 49]. Частота и сроки проведения процедур с потенциально необратимым воздействием должны быть тщательно выверены. Технология криоконсервации спермы сейчас успешно освоена, криоконсервация ооцитов, эмбрионов и яичников постепенно совершенствуется [50].

В том случае, когда гормонотерапию у биологических мужчин начинают в позднем пубертате либо во взрослом возрасте, сперматогенез уже достаточно развит, чтобы сперму можно было заморозить. Длительное воздействие эстрогена на семенники, по всей видимости, приводит к их повреждению [51–53], причем возможность восстановления сперматогенеза после длительной терапии эстрогенами пока не изучена.

Какой эффект имеет продолжительное воздействие экзогенного тестостерона на функцию яичников у биологических женщин, также неясно. Установлено, что FtM-транссексуалы чаще подвержены поликистозу яичников – как до терапии андрогенами, так и вследствие нее [54, 55]. Также сообщалось о случаях беременности у FtM-транссексуалов, проходящих длительную терапию андрогенами, но не оперированных [56]. Перед началом гормонотерапии рекомендуется проконсультироваться с гинекологом по поводу возможного сохранения фертильности после удаления яичников⁴[57].

4 Речь идет о доступных способах сохранения возможности фертильности, т. е. о сохранении замороженных клеток – Прим. ред.

2.0. ГОРМОНОТЕРАПИЯ ПОДРОСТКОВ

За последнее десятилетие врачи всё больше стали убеждаться в том, что пубертатные изменения приносят транссексуальным подросткам страдания. Подростки с гендерной дисфорией часто воспринимают пубертат как нечто невыносимое. Способом предотвратить наносимый психике вред оказалось раннее медицинское вмешательство. Различные клиники начали применять к подросткам терапию, подавляющую половое созревание (терапия GnRH-аналогами). Она ослабляет дисфорию и дает лучший психологический и физический результат, по сравнению со случаями, когда коррекцию пола начинают уже во взрослом возрасте.

Пубертатные изменения в теле – результат созревания гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы и развития вторичных половых признаков. Секреция гонадотропина циклично усиливается, уровень ЛГ достигает максимума в ночные часы, сопровождаясь (у мальчиков) поднятием уровня тестостерона. У девочек колебание уровня гормонов не подчиняется суточному ритму, хотя в раннем пубертате эстроген достигает своего максимума утром, из-за запоздалой реакции яичников [58].

Первый признак начала полового созревания у девочек – набухание груди вследствие разрастания жировой ткани и ткани молочной железы. Увеличение груди также связано с резким толчком в росте организма. Первая менструация наступает приблизительно 2 года спустя. Первый признак пубертата у мальчиков – увеличение размеров яичек. В начале пубертата их объем составляет до 4 мл. Далее дневной уровень тестостерона постепенно увеличивается, и, когда объем яичек составляет 10 мл, дневной уровень тестостерона нарастает до значений, обеспечивающих маскулинизацию [59]. При принятии решения об остановке пубертата необходимо учитывать, что при объеме яичек менее 5 мл маловероятно наличие зрелых сперматозоидов для замораживания в целях обеспечения в дальнейшем фертильности.

Рекомендации

2.1. Мы рекомендуем, чтобы подростки, соответствующие критериям отбора и готовности к коррекции пола, предварительно прошли терапию по подавлению полового созревания (1 *).

2.2. Мы рекомендуем начинать терапию, подавляющую половое созревание, при появлении у девочек и мальчиков первых пубертатных изменений (подтвержденных анализом на уровень эстрадиола и тестос-

стерона, соответственно), но не раньше 2–3 стадий по шкале Таннера (1**).

2.1.–2.2. Доказательства

Подавление полового созревания может быть полезной мерой на этапе диагностики и терапии, подобно фулл-тайму [60, 61]. Гендерная дисфория в таких случаях лучше поддается лечению. Кроме того, гормональные изменения полностью обратимы, что позволяет при желании полностью возобновить биологическое половое созревание.

Поэтому мы советуем начать подавление полового созревания до появления необратимых пубертатных изменений. Достижение полной биологической половой зрелости, нежелательной для транссексуального подростка, может серьезно ухудшить его психологическое состояние. Невозможность находиться в желаемой социальной роли или остановить формирование вторичных половых признаков может привести к эмоциональному, социальному или интеллектуальному угнетению.

Еще одно преимущество в раннем начале коррекции пола (в 16-летнем возрасте) – возможность получить более удовлетворительный внешний образ [36, 38]. Если человек выглядит как мужчина (женщина), и при этом живет как женщина (мужчина) – это создает множество трудностей на протяжении всей жизни.

При подавлении полового созревания сохраняется восприимчивость организма к половым стероидам, что позволяет изменить тело в желаемую сторону меньшими дозами гормонов и избежать появления нежелательных изменений, которые происходят уже к середине пубертата.

Протокол терапии, подавляющей половое созревание, может применяться и в позднем пубертате, но некоторые уже произошедшие изменения, такие как увеличение груди у девочек и ломка голоса, рост челюстей и надбровных дуг у мальчиков, не будут полностью обратимыми.

В отличие от проблем в развитии, наблюдаемых при задержке полового созревания, этот протокол предусматривает наличие у специалиста по психическому здоровью навыков в детской и подростковой психологии, которые помогут оценить, как подросток реагирует на подавление полового созревания. Подросткам с дисфорией следует почувствовать первые проявления биологического пубертата, так как их ответная реакция имеет диагностическое значение. Более того, начало терапии в ран-

нем пубертате чревато недостаточным размером пениса и мошонки, что может осложнить последующее хирургическое формирование вагины из тканей мошонки.

2.1.–2.2. Оценка

Данные рекомендации нацелены на избежание неудовлетворительного результата изменения внешности, который усиливается по мере формирования явно заметных и необратимых вторичных половых признаков. Столь же важным считается предоставление подростку возможности получить опыт существования в желаемом поле. Несколько меньший акцент делается на избежание потенциального риска от ранней гормональной терапии.

2.1.–2.2. Комментарии

Стадии развития молочных желез и мужских гениталий по шкале Таннера даны в таблице 6. Уровни половых стероидов в крови по этой же шкале – в таблице 7. Ведение записей пубертатных изменений позволит спланировать точное время начала терапии по подавлению полового созревания.

К необратимым (и нежелательным для транссексуальных подростков) характеристикам женского тела относятся развитые молочные железы и невысокий рост. Для мужского тела – Адамово яблоко, низкий тембр голоса, строение костей по мужскому типу (большие размеры челюстей, стоп, рук), высокий рост, рост волос на лице и конечностях по мужскому типу.

Таблица 6. Стадии полового созревания по Таннеру

Возраст	Стадия	У девочек	У мальчиков
До 8 лет	1	Отсутствие признаков полового созревания	Отсутствие признаков полового созревания
8-13 лет – у девочек 11-13 лет – у мальчиков	2	Телархе: начало роста молочных желез; Адренархе: начало лобкового оволосения, в основном на больших половых губах; Пубертатное ускорение роста	Мошонка и яички увеличиваются, кожа мошонки утолщается, приобретает красноватый цвет. Адренархе: начало роста волос у корня полового члена

Возраст	Стадия	У девочек	У мальчиков
10-14 лет – у девочек 13-14 лет – у мальчиков	3	Дальнейшее увеличение молочных желез. Распространение оволосения на лобок, начало аксилярного оволосения	Увеличение полового члена, дальнейшее увеличение яичек, распространение оволосения на лобок
11-15,5 лет – у девочек 13-15 лет – у мальчиков	4	Сосок с ареолой образуют вторичный бугорок, вторичное оволосение как у взрослых, кроме внутренней поверхности бедер и промежности, угри. Менархе	Формирование головки полового члена, дальнейший рост гениталий, пигментация мошонки, оволосение как у взрослых, кроме внутренней поверхности бедер
13-17 – у девочек 15-16 лет – у мальчиков	5	Полное формирование груди, взрослое оволосение, регулярные месячные	Взрослые параметры гениталий (см. табл. 6а), оволосения (кроме белой линии живота)

Таблица 6а. Размеры яичек и полового члена в разные возрастные периоды

Возраст	Объем по тестостерону	Длина яичка	Длина пениса
Препубертат	3-4 мл	< 2 см	4-8 см
Перипубертат	4-15 мл	> 2 см	8-12 см
Взрослые	20-30 мл	4,5-6,5 см	10-17 см

Таблица 7. Уровни эстрадиола в женском пубертате и тестостерона в мужском пубертате, в ночное и дневное время

Стадия Таннера	Ночь (24.00 – 06.00)	День (12.00 – 18.00)
Эстрадиол, пмоль/л*		
B1	<37	<37
B2	38.5	56.3
B3	81.7	107.3
B4	162.9	132.3
B5	201.6	196.7

Стадия Таннера	Ночь (24.00 – 06.00)	День (12.00 – 18.00)
Тестостерон, нмоль/л**		
G1	<0.25	<0.25
G1	1.16	0.54
G1	3.76	0.62
G1	9.83	1.99
G1	13.2	7.80
Взрослые	18.8	17.0

*См. [63] **См. [59]

Рекомендации

2.3. Для терапии по подавлению полового созревания рекомендуем использовать аналоги гонадотропин-рилизинг гормона (GnRH) (1 **).

2.3. Доказательства

Подавление пубертатных изменений и гонадной функции осуществляется наиболее эффективно с помощью GnRH-аналогов и антагонистов. Аналоги подавляют гонадотропины после короткого периода стимуляции, в то время как антагонисты моментально подавляют гипофизарную секрецию [64, 65]. Поскольку нет антагонистов длительного действия, доступных в качестве медикаментов, для терапии сейчас используются аналоги длительного действия.

В процессе терапии GnRH-аналогами незначительное развитие половых признаков будет постепенно замедляться и в поздней стадии пубертата остановится. У девочек молочные железы будут атрофичными, менструации прекратятся. У мальчиков остановится процесс маскулинизации, объем яичек уменьшится [61].

Преимущество GnRH-аналогов состоит в обратимости вмешательства. Если претендент на смену пола переменит свое решение, подавление полового созревания может быть прекращено, после чего немедленно возобновится биологическое половое созревание [66].

У мужчин с задержкой полового созревания наблюдается пониженная минеральная плотность костной ткани (МПКТ). Терапия взрослых GnRH-аналогами приводит к уменьшению МПКТ [67]. У детей с истин-

ным преждевременным половым созреванием МПКТ выше возрастной нормы. Подавление полового созревания GnRH-аналогами у таких детей приведет к дальнейшему росту МПКТ и стабилизации ее z- и t-критериев [68]. Начальные данные по транссексуальным пациентам не показывают каких-либо изменений в МПКТ во время GnRH-терапии [61]. Во время гормонозаместительной терапии МПКТ растет. Воздействие медикаментов на плотность костной ткани в долгосрочной перспективе в данный момент изучается.

Стоимость GnRH-аналогов высока и не всегда покрывается страховыми компаниями. Менее эффективным, но более доступным может быть использование прогестинов, хотя такая терапия пока не опробована в клинической практике. Прогестины подавляют секрецию гонадотропина и оказывают мягкое периферийное антиандрогенное действие на мальчиков. Депо-медроксипрогестерон подавляет овуляцию и выработку прогестерона на долгое время, однако некоторый остаточный уровень эстрогенов будет сохраняться. В больших дозах прогестины сравнительно эффективны при подавлении менструального цикла в женском организме и уменьшении уровня андрогенов в мужском. Однако большие дозировки могут дать побочные действия, такие как угнетение функции надпочечников и задержку роста костей [69]. Антиэстрогены (у девочек) и антиандрогены (у мальчиков) могут применяться, чтобы задержать половое созревание [70, 71], но их эффективность гораздо ниже, чем у GnRH-аналогов.

2.3. Оценка

При наличии у пациента финансовой возможности рекомендуется использовать для терапии GnRH-аналоги, поскольку они более эффективны, безопасны и имеют обратимое действие. Депо-прогестин, как более доступное средство, может быть частично эффективен, но он не настолько безопасен [69, 72].

2.3. Комментарии

Измерения уровня гонадотропина и половых стероидов дают точные сведения об угнетении гонадной системы. Если она не полностью угнетена, интервал между инъекциями GnRH-аналогов нужно сократить. Во время терапии необходимо проводить наблюдение за подростками, чтобы предотвратить такие негативные явления задерживающегося полового созревания как остановка роста и сниженный прирост костной ткани. Протокол клинических исследований приведен в таблице 8.

В процессе терапии по подавлению полового созревания и гормонозаместительной терапии необходимо проводить клинические анализы крови, а также контролировать метаболизм глюкозы и липидов и функцию печени и почек. Для оценки роста информативны антропометрические исследования. Для измерения плотности костной ткани можно применять двухэнергетическую рентгеновскую абсорбциометрию (DXA).

Таблица 8. Протокол обследований во время терапии, подавляющей половое созревание

Каждые 3 месяца
Антропометрия: рост, вес, рост сидя, стадии Таннера
Лаборатория: ЛГ, ФСГ, эстрадиол/тестостерон
Каждый год
Лаборатория: функция почек и печени, липиды, глюкоза, инсулин, гликированный гемоглобин
Плотность костной ткани, методом DXA
Костный возраст, по рентгену левой руки

Рекомендации

2.4. Мы предлагаем начинать формирование пубертатных признаков желаемого пола приблизительно в возрасте 16 лет, плавно увеличивая дозировки стероидов желаемого пола (2 *).

2.4. Доказательства

Во многих странах 16-летние пациенты по закону уже могут принимать решения по своему лечению. Считается, что в этом возрасте большинство подростков способны принять сложное решение. И, хотя родительское согласие не является обязательным, поддержка родителей в этот сложный период может значительно улучшить результат [61].

Для индукции полового созревания мы используем похожую схему приема препаратов для гипогонадных транссексуальных подростков, как и для гипогонадных нетранссексуальных пациентов (Табл. 9). Мы не советуем использовать стероиды в виде кремов или пластырей из-за недостаточной изученности их способности вызывать пубертат. Транссек-

суальные подростки, ввиду гипогонадизма, могут быть восприимчивы к высоким дозам стероидов желаемого пола, которые имеют побочные действия в виде стрий и атипичной формы груди у девочек и кистозного акне у мальчиков.

У FtM-транссексуальных подростков подавление полового созревания может остановить интенсивный рост. Для достижения максимально высокого роста возможно медленное введение андрогенов, которое спровоцирует искусственный «пубертатный» скачок роста. Если пациент низкого роста, можно применить оксандролон, анаболический стероид-стимулятор роста, который также успешно используется для женщин с синдромом Тернера [73–75].

У MtF-транссексуальных подростков чрезмерно высокий рост может быть заложен генетически. В таких случаях доза эстрогенов может быть увеличена путем учащения приемов препарата. В исключительных случаях возможно начало терапии до наступления 16-летнего возраста. Эстрогены также могут быть назначены в задерживающих рост дозах [61].

Мы предлагаем продолжать GnRH-терапию наряду с началом гормонозаместительной терапии, для полного подавления секреции гипофизарного гонадотропина и, следовательно, гонадных стероидов. При инициации пубертата постепенно возрастающими дозами половых стероидов, начальный их уровень недостаточен для подавления эндогенной секреции половых гормонов (Табл. 7). Используемые дозы эстрогенов могут привести к реактивации секреции гонадотропина и эндогенной выработки тестостерона, что снизит эффективность терапии. Терапия GnRH-аналогами показана вплоть до проведения гонадэктомии.

2.4. Оценка

Определение возраста, с которого начинается половое созревание, неизбежно носит субъективный характер, однако важно начать этот процесс тогда, когда человек будет способен принять взвешенное решение и начать терапию, в то же время развиваясь вместе со своими сверстниками. У каждого пациента свои представления об идеальном росте, частично сформированные под влиянием социума. Важно учитывать эти индивидуальные предпочтения, даже если врач априори полагает, что MtF-транссексуалы должны быть ниже ростом, чем FtM.

2.4. Комментарии

Протокол индукции пубертата помещен в таблице 9.

Мы рекомендуем проводить мониторинг клинических пубертатных изменений и лабораторных параметров (Табл. 10). Половые стероиды желаемого пола инициируют половое созревание, которое может быть отслежено (частично) по шкале Таннера. Более того, половые стероиды будут воздействовать на рост, формирование костей, чувствительность к инсулину и липидный обмен, как это происходит при биологическом половом созревании [76, 77].

Таблица 9. Протокол индукции пубертата

Индукция женского пубертата оральным 17-бета-эстрадиолом, с увеличением дозы каждые 6 месяцев:
5 мкг/кг/день
10 мкг/кг/день
15 мкг/кг/день
20 мкг/кг/день
Взрослая доза: 2 мг в день
Индукция мужского пубертата эфирами тестостерона*, внутримышечно, с увеличением дозы каждые 6 месяцев:
25 мг/м ² /2 недели, в/м
50 мг/м ² /2 недели, в/м
75 мг/м ² /2 недели, в/м
100 мг/м ² /2 недели, в/м

*Здесь указаны дозировка и кратность введения для энантата или ципионата тестостерона. – Прим. ред.

Таблица 10. Протокол обследований во время индукции пубертата

Каждые 3 месяца
Антропометрия: рост, вес, рост сидя, стадии Таннера
Лаборатория: ЛГ, ФСГ, эстрадиол/тестостерон
Каждый год
Лаборатория: функция почек и печени, липиды, глюкоза, инсулин, гликированный гемоглобин
Плотность костной ткани, методом DXA

Костный возраст, по рентгену левой руки

Данные параметры должны измеряться в течение долгого времени. Для формирования костей до достижения возраста 25–30 лет либо до достижения максимальной костной массы.

Рекомендации

2.5. Мы рекомендуем направлять прошедших гормональную терапию подростков на операцию, если:

- 1) опыт жизни в образе человека желаемого пола (фулл-тайм) проходит удачно и приводит к успешной смене социальной роли;
- 2) пациент удовлетворен результатами гормонотерапии;
- 3) пациент желает окончательной хирургической коррекции пола (1 *).

2.6. Мы предлагаем отсрочить операцию, если пациент еще не достиг 18-летнего возраста (2 *).

2.5–2.6. Доказательства

Хирургическая операция является необратимым вмешательством. Стандарты Помощи WPATH [28] акцентируют внимание на том, что «достижение 18-летнего возраста следует рассматривать как критерий отбора пациентов на операцию, но не как повод для ее проведения». Если опыт фулл-тайм, подкрепленный гормонозаместительной терапией, не привел к успешной смене социальной роли, если пациент не удовлетворен действием гормонов, либо занимает амбивалентную позицию относительно хирургической операции, тогда такой пациент не должен направляться на операцию.

3.0. ГОРМОНОТЕРАПИЯ ВЗРОСЛЫХ

Гормонотерапия преследует две главные цели:

- 1) понизить уровень эндогенных гормонов и тем самым ослабить проявление вторичных половых признаков биологического пола;
- 2) заменить эндогенные гормоны гормонами желаемого пола, используя принципы гормонозаместительной терапии пациентов с гипогонадизмом.

Выбор нужного момента начала гормонозаместительной терапии, а также частоты приема препаратов осуществляется специалистом по психическому здоровью, который занимался постановкой диагноза, совместно с пациентом. Физические изменения, происходящие по мере перехода (англ. transition), обычно сопровождаются улучшением психологического состояния.

Рекомендации

3.1. Мы рекомендуем лечащему эндокринологу подтвердить диагностические критерии гендерной дисфории или транссексуальности, а также критерии отбора и готовности пациента к эндокринной терапии (1 *).

3.2. При состояниях, которые могут усугубиться под влиянием гормонозаместительной терапии и гормональной абляции, рекомендуем до начала терапии принять соответствующие меры (см. Табл. 11: Состояния, которые могут усугубиться под влиянием гормонозаместительной терапии) (1 ***).

3.3. Мы предлагаем поддерживать уровень гормонов желаемого пола в установленной для данного пола физиологической норме (2 **).

3.1.–3.3. Доказательства

Хотя диагноз «гендерная дисфория» или «транссексуальность» ставится специалистом по психическому здоровью, направление на эндокринную терапию предусматривает выполнение критериев отбора и готовности (см. Гл. 1) [28]. Врач, к которому направляется пациент, должен подтвердить, что пациент отвечает этим критериям. Для этого врачу поможет ознакомление с терминами и критериями, представленными в таблицах 1–5. Также ему следует собрать полную информацию о пациенте, и обсудить со специалистом по психическому здоровью целесообраз-

ность начала терапии. Для этого следует убедиться, что желание пациента скорректировать биологический пол оправдано, что положительные и негативные последствия терапии уяснены, и что пациент настойчив в своем решении.

FtM-транссексуалы

Клинические исследования показали эффективность нескольких андрогенных препаратов для стимуляции маскулинизации у FtM-транссексуальных пациентов [80–84]. Схема приема препаратов для изменения вторичных половых признаков основывается на главных принципах гормональной терапии при мужском гипогонадизме [85]. Для поднятия уровня тестостерона до мужской нормы (320–1000 нг/дл)⁵ могут применяться как парентеральные, так и трансдермальные препараты (Табл. 12). Поддержание супрафизиологического уровня тестостерона увеличивает риск побочных явлений (см. Гл. 4).

Подобно воздействию терапии андрогенами на мужчин с гипогонадизмом, терапия тестостероном у FtM-пациентов приводит к увеличению мышечной массы и уменьшению жировой массы, усилению роста волос на лице, появлению акне, облысению волосистой части головы по мужскому типу, увеличению либидо [86]. Специфичными для FtM-пациентов результатами будут клиторомегалия, временно или постоянно сниженная фертильность, изменение тембра голоса на более низкий и, как правило, остановка менструаций. Менструации могут прекратиться через несколько месяцев терапии тестостероном, хотя для этого могут понадобиться большие дозы тестостерона. Если маточные кровотечения продолжают, возможно добавление прогестагенных агентов или эндометриальной абляции [87, 88]. Для остановки менструаций до начала терапии тестостероном, а также для понижения уровня эстрогенов до мужской нормы можно использовать GnRH-аналоги или депо-медоксипрогестерон.

MtF-транссексуалки

Режим приема препаратов для MtF-пациенток более сложен, чем для FtM-пациентов. Большая часть опубликованных клинических исследований сообщают об использовании антиандрогенов одновременно с эстрогенами [80, 82–84, 89].

⁵ В российской медицинской практике верхняя граница мужской физиологической нормы тестостерона – 800 нг/дл – Прим. ред.

Антиандрогены способны понизить уровень эндогенного тестостерона до нормального уровня взрослых биологических женщин. В этом случае терапия эстрогенами даст наиболее полный эффект. Две категории антиандрогенных препаратов – это прогестины с антиандрогенной активностью и GnRH-агонисты [90]. Антиандрогенные свойства спиронолактона состоят в подавлении секреции тестостерона и нарушении его связывания с андрогенным рецептором [83, 84]. Также спиронолактон может иметь эстрогенную активность [91]. Широко используемый в Европе ципротерон ацетат оказывает антиандрогенное действие и обладает прогестагенной активностью [80, 82]. Флутамид блокирует связывание андрогенов с андрогенным рецептором, но не понижает уровень тестостерона в сыворотке крови; он оказывает токсическое воздействие на печень, и его эффективность не доказана.

Диттрих [Dittrich, 90] сообщает о шестидесяти MtF-пациентках, которые принимали ежемесячно GnRH-агонист гозерелин ацетат в сочетании с эстрогеном, что оказалось эффективным способом понижения тестостерона практически без побочных действий.

Эстроген можно принимать орально как конъюгированные эстрогены, или 17-бета-эстрадиол, трансдермальный эстроген либо парентеральные эфиры эстрогена (Табл. 12). При оральном, трансдермальном или внутримышечном приеме эстрадиола или его эфиров, уровень гормонов можно отслеживать по исследованиям сыворотки крови. При приеме конъюгированных либо синтетических эстрогенов мониторинг по анализам крови не проводится. Эстрадиол в сыворотке крови следует поддерживать на среднем для женщин детородного возраста уровне (<200 пг/мл), тестостерон в сыворотке крови должен находиться в женской норме (<55 нг/дл). Трансдермальный способ приема гормонов предпочтителен для транссексуальных женщин старшего возраста, из-за увеличенного риска тромбоземболии [92].

Венозная тромбоземболия может стать серьезным осложнением гормонотерапии. В Нидерландах было отмечено 20-кратное учащение случаев этого заболевания среди транссексуалов [93], что могло быть связано с применением этинилэстрадиола [92]. После прекращения применения этого препарата уровень заболеваемости снизился [93]. Таким образом, использование синтетических эстрогенов, в особенности этинилэстрадиола, нежелательно, из-за невозможности регулировать его дозу по исследованию сыворотки крови, а также из-за риска тромбоземболии. Тромбоз глубоких вен был отмечен у 1 из 60 MtF-транссексуалов.

лок, применяющих GnRH-аналоги и, орально, эстрадиол [90]. Пациентка имела гомозиготную мутацию C677-T. По результатам назначения гормонов желаемого пола 162 MtF-пациенткам и 89 FtM-пациентам не было выявлено никакой связи с возникновением венозной тромбоэмболии, однако сообщается о 8% и 5.6% случаев тромбофилии [94]. Скрининг транссексуальных пациентов, начинающих гормонотерапию, на тромбофилию, должен назначаться пациентам, имеющим венозную тромбоэмболию в собственном или семейном анамнезе [94]. Мониторинг уровня D-димера во время терапии не рекомендуется [95].

Таблица 11. Состояния, которые могут усугубиться под влиянием гормонозаместительной терапии

MtF-ТРАНССЕКСУАЛКИ – ЭСТРОГЕН
Очень высокий риск серьезного неблагоприятного исхода:
• Тромбоэмболическая болезнь
Умеренный или высокий риск неблагоприятного исхода:
• Макропролактинома
• Тяжелая дисфункция печени (уровень трансаминаз более чем в 3 раза превышает верхний лимит нормы)
• Рак молочной железы
• Ишемическая болезнь сердца
• Нарушение мозгового кровообращения
• Сильная мигрень
FtM-ТРАНССЕКСУАЛЫ – ТЕСТОСТЕРОН
Очень высокий риск серьезного неблагоприятного исхода:
• Рак молочной железы или рак матки
• Эритроцитоз (гематокрит > 50%)
Умеренный или высокий риск неблагоприятного исхода:
• Тяжелая дисфункция печени (уровень трансаминаз более чем в 3 раза превышает верхний лимит нормы)

Таблица 12. Схемы приема гормонов транссексуальными пациентами

	Дозировка
MtF-ТРАНССЕСКУАЛКИ*	
Эстроген	
Орально: эстрадиол	2.0–6.0 мг/день
Трансдермально: эстрадиол (пластырь)	0.1– 0.4 мг 2 раза в неделю
Парентерально: эстрадиол	5–20 мг в/м каждые 2 недели
валерат или ципионат	2–10 мг в/м каждую неделю
Антиандрогены	
Спиронолактон	100–200 мг/день
Ципротерон ацетат	50–100 мг/день
GnRH-агонист	3.75 мг подкожно, ежемесячно
FtM-ТРАНССЕСКУАЛЫ	
Тестостерон	
Орально: тестостерон	160–240 мг/день
ундеканоат	
Парентерально	
Тестостерона энантат, либо ципионат	100–200 мг в/м каждые 2 недели или по 50% каждую неделю
Тестостерон	1000 мг каждые 12 недель
ундеканоат**	
Трансдермально	
Тестостерон, гель 1%	2.5–10 г/день
Тестостерон, пластырь	2.5–7.5 мг/день
<i>* Эстрогены, принимаемые с антиандрогенами/GnRH-агонистами или без них</i>	
<i>** 1000 мг изначально, затем инъекция через 6 недель, и далее с интервалом 12 недель</i>	

3.1.–3.3. Оценка

Мы рекомендуем поддерживать уровень гормонов желаемого пола во взрослой норме для избежания возможных осложнений в будущем. Пациенты, имеющие относительные противопоказания к гормонотерапии (курение, диабет, заболевания печени и другое) должны прокон-

сультироваться с врачом по поводу рисков и пользы терапии.

3.1.–3.3. Комментарии

Все пациенты перед эндокринной терапией должны быть проинформированы обо всех рисках и пользе терапии до ее начала. Во избежание риска тромбоза и сердечно-сосудистых осложнений MtF-пациенткам очень желательно отказаться от курения.

Рекомендации

3.4. Мы предлагаем эндокринологу отмечать возникающие вследствие гормонозаместительной терапии физические изменения и отслеживать их динамику (2 **).

3.4. Доказательства

FtM-транссексуалы

В первые 3 месяца приема тестостерона следует ожидать таких изменений как прекращение менструаций, увеличение либидо, усиление роста волос в андрогензависимых областях (лицо, тело) по мужскому типу, повышение жирности кожи, увеличение мышечной массы, перераспределение жировой массы. В первый год терапии тестостероном происходит изменение тембра голоса на более низкий, клиторомегалия, и в некоторых случаях облысение волосистой части головы по мужскому типу [83, 96, 97] (Табл. 13).

MtF-транссексуалки

Физические изменения первых 3–6 месяцев терапии эстрогенами и антиандрогенами включают снижение либидо, уменьшение роста волос на лице и теле, уменьшение жирности кожи, рост молочных желез и перераспределение жировой массы [82–84, 96–97] (Табл. 14). Рост груди достигает максимума в среднем через 2 года после начала гормонотерапии [82–84]. Атрофические изменения в предстательной железе и яичках начинаются спустя довольно длительное время. Динамика развития молочных желез у MtF-пациенток изучена достаточно хорошо [97], однако детальной информации по другим физическим изменениям не хватает. К тому же, так же как и в пубертатном развитии, эти изменения носят индивидуальный характер.

Таблица 13. Маскулинизация у FtM-транссексуальных пациентов

ИЗМЕНЕНИЯ	ПОЯВЛЕНИЕ*	МАКСИМУМ*
Повышение жирности кожи/появление акне	1 – 6 мес.	1 – 2 года
Усиление роста волос в андрогензависимых областях (лицо, тело) по мужскому типу	6 – 12 мес.	4 – 5 лет
Облысение волосистой части головы по мужскому типу	6 – 12 мес.	**
Увеличение мышечной массы/силы мышц	6 – 12 мес.	2 – 5 лет
Перераспределение жировой массы	1 – 6 мес.	2 – 5 лет
Прекращение менструаций	2 – 6 мес.	***
Клииторомегалия	3 – 6 мес.	1 – 2 года
Атрофические изменения влагалища	3 – 6 мес.	1 – 2 года
Изменение тембра голоса на более низкий	6 – 12 мес.	1 – 2 года
* По данным клинических наблюдений. См. [81, 92, 93]		
** Профилактика и лечение – в соответствии с рекомендациями для биологических мужчин		
*** Меноррагия требует диагностики и лечения у гинеколога		

Таблица 14. Феминизация у MtF-транссексуальных пациенток

ИЗМЕНЕНИЯ	ПОЯВЛЕНИЕ*	МАКСИМУМ*
Перераспределение жировой массы	3 – 6 мес.	2 – 3 года
Уменьшение мышечной массы и силы мышц	3 – 6 мес.	1 – 2 года
Смягчение кожи/уменьшение ее жирности	3 – 6 мес.	Нет данных
Снижение либидо	1 – 3 мес.	3 – 6 мес.
Снижение частоты спонтанных эрекций	1 – 3 мес.	3 – 6 мес.
Прекращение мужской сексуальной функции	Индивидуально	Индивидуально
Рост груди	3 – 6 мес.	2 – 3 года
Уменьшение объема яичек	3 – 6 мес.	2 – 3 года
Снижение выработки спермы	Нет данных	> 3 лет
Ослабление роста терминальных волос	6 – 12 мес.	> 3 лет**

Рост новых волос на голове	Нет	***
Изменения голоса	Нет	****
<p>* По данным клинических наблюдений. См. [81, 92, 93].</p> <p>** Для полного исчезновения мужских волос требуется электролиз и/или лазерное удаление</p> <p>*** При прекращении приема эстрогенов может наблюдаться наследственное облысение</p> <p>**** Наибольший эффект имеют тренировки голоса со специалистом</p>		

3.4. Оценка

В процессе гормонотерапии транссексуальные пациенты часто имеют очень высокие ожидания относительно телесных изменений и их скорости, и хотят ускорить и улучшить результаты посредством преждевременной хирургической коррекции (например, груди, лица и телосложения). Имея адекватные представления о возможных изменениях под воздействием гормональной терапии и необходимом для этого времени, можно избежать ненужных процедур.

4.0. ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ И ДОЛГОСРОЧНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Терапия гормонами желаемого пола предполагает те же возможные риски, что и при гормонозаместительной терапии нетранссексуальных пациентов. Они усиливаются при случайном или преднамеренном повышении дозы препаратов [81, 89].

Рекомендации

4.1. Мы предлагаем проводить регулярный клинический и лабораторный контроль – каждые 3 месяца в первый год, и в дальнейшем 1–2 раза в год (2 **).

4.1. Доказательства

Для всех транссексуальных пациентов, начинающих эндокринную терапию, рекомендуется предварительное обследование, а затем и регулярные наблюдения в процессе терапии [13, 97]. Следует контролировать вес и артериальное давление, следить за состоянием здоровья с учетом факторов риска и принимаемых препаратов, выполнять анализ крови, проверять функцию печени и почек, а также липидный и глюкозный обмен.

FtM-транссексуалы

Стандартный план мониторинга FtM-пациентов, принимающих тестостерон, приведен в таблице 15. Главными задачами являются поддержка уровня тестостерона в физиологической мужской норме, а также предотвращение нежелательных последствий длительной терапии тестостероном – эритроцитоза, дисфункции печени, гипертензии, излишнего набора веса, задержки жидкости и натрия, нарушения липидного обмена, кистозного акне, неблагоприятных психологических изменений [85]. В отличие от не рекомендованного к оральному применению 17-алкилированного тестостерона⁶, токсическое воздействие на печень при парентеральном или трансдермальном приеме тестостерона маловероятно [98, 99]. Тем не менее, регулярный мониторинг желателен, поскольку до 15% FtM-пациентов, принимающих тестостерон, периодически имеют повышенные показатели ферментов печени [93].

MtF-транссексуалки

Для мониторинга состояния MtF-пациенток, принимающих эстрогены, антиандрогены либо препараты, подавляющие секрецию гонадотропина, можно воспользоваться планом, данным в таблице 16. Наиболее важные моменты – это избегать передозировки эстрогенов, которая мо-

⁶ 17-метилтестостерон не просто не рекомендован, а запрещен к использованию практически во всем мире. Таким образом, следует четко обозначить, что этот препарат использовать нельзя – Прим. ред.

жет сопровождаться повышением их уровней в крови до супрафизиологических значений, так как это может приводить к риску тромбозмболии, дисфункции печени и развитию гипертензии.

Таблица 15. План мониторинга FtM-транссексуальных пациентов при гормонозаместительной терапии

1. Наблюдение пациента каждые 2–3 месяца в первый год терапии и затем 1–2 раза ежегодно для оценки происходящей маскулинизации, а также предотвращения нежелательных явлений.
2. Измерение уровня сывороточного тестостерона каждые 2–3 месяца до его прихода в физиологическую мужскую норму*: <ul style="list-style-type: none"> a. При инъекциях энантата/ципионата тестостерона – измерения уровня тестостерона следует производить в середине интервала между инъекциями**. Если показатель >700 нг/дл или <350 нг/дл, необходима коррекция дозы. b. При парентеральном приеме ундеканоата тестостерона – измерение уровня тестостерона должно производиться непосредственно перед очередной инъекцией. c. При трансдермальном применении тестостерона (гель) – уровень тестостерона можно измерять по прошествии 1 недели, в любое время. d. При оральном применении ундеканоата тестостерона – уровень тестостерона следует измерять через 3–5 часов после приема внутрь. e. Замечание: в первые 3–9 месяцев гормональной терапии уровень общего тестостерона может быть высоким, в то время как уровень свободного тестостерона будет в норме. Это связано с высоким уровнем глобулина, связывающего половые гормоны (SHBG), у некоторых биологических женщин.
3. Измерение уровня эстрадиола в первые 6 месяцев гормонотерапии, либо до момента, когда маточные кровотечения будут отсутствовать в течение 6 месяцев. Уровень эстрадиола должен составлять <50 пг/мл.
4. Взятие клинического анализа крови и исследование функции печени в начале терапии, через каждые 3 месяца в течение первого года терапии, и затем 1–2 раза в год. Также рекомендуется регулярный мониторинг веса, кровяного давления, липидов, измерение сахара крови натощак (если в семье были случаи диабета) и гемоглобина A1c (при диабете).
5. Проверка МПКТ в начале терапии, если есть риск остеопоротических переломов (например, если переломы уже происходили у пациента или его родственников, а также при приеме глюкокортикоидов, продолжительном гипогонадизме). Если риск невысокий, исследование на остеопороз имеет смысл провести в возрасте около 60 лет, либо в случаях несоблюдения режима гормональной терапии.

6. Если шейка матки не была удалена, рекомендуется ежегодный мазок на онкоцитологию.

7. Если мастэктомия не была выполнена, рекомендуется периодически проходить маммографию.

* См. [83, 85]

*** Желательно проводить второй замер тестостерона в день перед следующей инъекцией, так как в середине интервала и перед следующей инъекцией показатели могут резко различаться. В рекомендациях по лечению дефицита тестостерона у мужчин прописана именно такая схема наблюдений, а в данных рекомендациях обозначено, что мониторинг гормонотерапии у FtM-транссексуалов должен проводиться тем же образом. – Прим. Ред.*

Таблица 16. План мониторинга MtF-транссексуальных пациенток при гормонозаместительной терапии

1. Наблюдение пациентки каждые 2–3 месяца в первый год терапии и затем 1–2 раза ежегодно для оценки происходящей феминизации, а также предотвращения нежелательных явлений.

2. Измерение тестостерона и эстрадиола в сыворотке крови каждые 3 месяца.

- a. Уровень сывороточного тестостерона должен составлять <55 нг/дл.
- b. Уровень сывороточного эстрадиола не должен превышать максимальный показатель у молодых здоровых женщин (около 200 пг/мл).
- c. Дозы эстрогенов следует корректировать по результатам анализов на сывороточный эстрадиол.

3. Для пациенток, принимающих спиронолактон, необходимы исследования электролитов сыворотки крови, в особенности калия, каждые 2–3 месяца в первый год терапии.

4. Скрининг на онкологические заболевания (молочной железы, кишечника, простаты) рекомендуется проводить по той же схеме, как и для нетранссексуальных людей.

5. Проверка МПКТ в начале терапии, если есть риск остеопоротических переломов (например, если переломы уже происходили у пациента или его родственников, а также при приеме глюкокортикоидов, продолжительном гипогонадизме). Если риск невысокий, исследование на остеопороз имеет смысл провести в возрасте около 60 лет, либо если приверженность пациента к гормонотерапии недостаточна.

Рекомендации

4.2. Мы предлагаем отслеживать уровень пролактина у MtF-транссексуалок, проходящих терапию эстрогенами (2 **).

4.2. Доказательства

Терапия эстрогенами может усилить рост лактотрофных клеток гипофиза. Сообщалось о нескольких случаях пролактиномы, возникшей в результате длительной терапии эстрогенами [100–102]. До 20% транссексуальных женщин, принимающих эстрогены, могут иметь повышенные показатели пролактина, что связано с увеличением питуитарной железы [103]. В большинстве случаев после ослабления интенсивности терапии эстрогенами, либо ее прекращения, уровень пролактина в сыворотке приходит в норму [104].

Динамика возникновения и развития гиперпролактинемии во время терапии эстрогенами не изучена. Уровень пролактина желательнее отслеживать в начале терапии, затем, как минимум, 1 раз в год в период перехода, и после этого 2 раза в год. Учитывая, что заявленные случаи пролактиномы среди транссексуальных людей носят единичный характер, можно предположить, что риск этого заболевания весьма невысок. Поскольку главные проявления микропролактиномы (гипогонадизм и иногда гинекомастия) у MtF-транссексуалок не будут заметны, рентген гипофиза можно рекомендовать пациенткам с устойчивым повышенным уровнем пролактина на фоне стабильного или пониженного уровня эстрогенов.

Если транссексуальный пациент в период перехода принимает по назначению специалиста по психическому здоровью психотропные препараты, то уровень пролактина может повышаться.

Рекомендации

4.3. Мы предлагаем отслеживать риск сердечно-сосудистых заболеваний у транссексуальных пациентов, принимающих гормоны (2 **).

4.3. Доказательства

FtM-транссексуалы

Прием тестостерона FtM-транссексуалами приводит к более атерогенной липидограмме со сниженным холестерином-ЛПВП и повышенными показателями триглицеридов [21, 105–107]. Исследования влияния тестостерона на чувствительность к инсулину демонстрируют

неоднозначные результаты [106, 108]. Недавнее рандомизированное открытое описательное исследование по FtM-транссексуальным людям, принимающим ундеканоат тестостерона, не выявило инсулинорезистентности спустя 1 год [109]. Многие исследования продемонстрировали воздействие гормонозаместительной терапии на сердечно-сосудистую систему [107, 110–112]. Длительные исследования, проводимые в Нидерландах, не подтвердили наличие повышенного риска смертности от сердечно-сосудистых заболеваний [93]. Мета-анализ 19-ти рандомизированных исследований по заместительной терапии тестостероном не выявил учащение случаев сердечно-сосудистых осложнений [113]. Из систематического обзора литературы видно, что из-за очень низкого качества доказательств, приведенных данных недостаточно для оценки таких серьезных исходов как смерть, инсульт, инфаркт миокарда или венозный тромбоз эмболизм у FtM-транссексуальных людей [21]. Для установления побочных действий от гормональной терапии нужны дальнейшие исследования [21]. При наличии факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний рекомендуется следовать принятым указаниям [114].

MtF-транссексуалки

Перспективное исследование MtF-транссексуалок показало благоприятные изменения в параметрах липидах, включая увеличение концентрации холестерина-ЛПВП и уменьшение концентрации холестерина-ЛПНП [106]. Однако вместе с тем наблюдались увеличение веса, кровяного давления и образование маркеров инсулинорезистентности. В самой большой группе участниц исследования (средний возраст 41 год) за 10 лет не было выявлено увеличения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, несмотря на высокую долю курящих (32%) [93]. Можно сказать, что пока не собрано достаточного количества данных о MtF-пациентках, чтобы установить, защищает ли эстроген организм или наоборот приносит вред [21]. С возрастом обычно происходит увеличение массы тела, поэтому, как и в случае с нетранссексуальными пациентами, следует регулярно проверять глюкозный и липидный обмен, а также кровяное давление, и проводить лечение согласно рекомендациям [114].

Рекомендации

4.4. При наличии факторов риска остеопороза мы предлагаем следовать минеральную плотность костной ткани (МПКТ), особенно у

пациентов, прекративших прием гормонов после гонадэктомии (2 ***).

4.4. Доказательства

FtM-транссексуалы

Подбор адекватной дозы тестостерона для FtM-пациентов важен для поддержания костной массы в норме [115, 116]. По одному из исследований [116], уровень ЛГ в сыворотке крови обратно пропорционален МПКТ, что указывает на возможную связь между низким уровнем половых гормонов и потерей костной массы. Таким образом, по уровню ЛГ можно определить, правильно ли подобрана доза препарата в отношении сохранения костной массы. Защитное действие тестостерона может быть усилено в процессе трансформации его в эстрадиол в периферических тканях организма и в костной ткани.

MtF-транссексуалки

Исследования старения биологических мужчин свидетельствуют о более высокой корреляции МПКТ с сывороточным эстрадиолом, чем с тестостероном [117–119], и о большем участии эстрадиола в накоплении пиковой костной массы [120]. Эстроген сохраняет плотность костной ткани у MtF-транссексуалок, получающих терапию эстрогенами и антиандрогенами [116, 121, 122].

Сведения о переломах костей у транссексуальных мужчин и женщин отсутствуют. Пациенты, прошедшие гонадэктомию, не всегда продолжают регулярно принимать гормоны, тем самым увеличивая риск потери костной массы.

Рекомендации

4.5. MtF-транссексуалкам, при условии отсутствия повышенного риска рака молочной железы, мы предлагаем проходить скрининг на патологию молочных желез, в соответствии с рекомендациями для биологических женщин (2 **).

4.6. MtF-транссексуалкам, принимающим эстрогены, мы предлагаем проходить скрининг на заболевания предстательной железы, в соответствии с рекомендациями для биологических мужчин (2 *).

4.5.–4.6. Доказательства

В литературе описано несколько случаев рака груди у MtF-транссексуалок [123–125]. В нидерландском исследовании, где принимало

участие 1800 транссексуальных женщин, в среднем за 15-летний период наблюдений (от 1 года до 30 лет) был установлен только один случай рака груди. «Инициатива во имя здоровья женщин» (WHI) опубликовала отчет, в котором сообщается, что у женщин, принимавших конъюгированный конский эстроген без прогестерона в течение 7 лет, не выявлен повышенный риск рака груди, по сравнению с женщинами, принимавшими плацебо [126]. Женщины с первичным гипогонадизмом (ХО), проходящие гормонозаместительную терапию эстрогенами, продемонстрировали значительно меньшую заболеваемость раком груди по сравнению с национальным стандартизированным отношением заболеваемости (SIR) [127, 128]. Эти исследования показывают, что терапия эстрогенами не увеличивает риск рака груди в краткосрочной перспективе (менее 20–30 лет). Для оценки фактического риска заболевания и роли маммографии нужны более длительные исследования. Женщины должны регулярно обследоваться гинекологом и при необходимости направляться на скрининг.

Рак простаты до 40-летнего возраста очень редок, особенно при приеме антиандрогенов [129]. Кастрация в детском или подростковом возрасте приводит к регрессии простаты, кастрация во взрослом возрасте уменьшает доброкачественную гипертрофию простаты [130]. Несмотря на утверждение, что терапия эстрогенами не вызывает гипертрофию или предраковые изменения простаты у MtF-транссексуалок [131], сообщалось о нескольких случаях доброкачественной гипертрофии простаты у MtF-транссексуалок, принимающих эстрогены в течение 20–25 лет [132, 133]. Также сообщалось о трех случаях рака простаты у MtF-транссексуалок [134–136], но эти пациентки начали гормонозаместительную терапию после 50-летнего возраста, и неизвестно, имелось ли заболевание на момент начала терапии.

MtF-транссексуальные люди могут чувствовать дискомфорт при прохождении обследования простаты. В то же время, гинекологи не имеют нужной квалификации для определения раковых образований и оценки роста простаты. Транссексуалкам старше 50 лет, совершившим переход после 20-летнего возраста, желательно раз в год проходить пальцевое ректальное обследование и ПСА-тест (PSA) в соответствии с рекомендациями USPSTF [137].

Рекомендации

4.7. Мы предлагаем FtM-транссексуалам оценить риски и пользу ги-

стерэктомии и овариэктомии, которые может включать в себя операция по коррекции пола (2 *).

4.7. Доказательства

Хотя переработка тестостерона в эстрадиол у FtM-транссексуальных людей предположительно увеличивает риск рака эндометрия [138], о случаях этого заболевания не сообщалось. Когда FtM-пациенты проходят гистерэктомию, матка имеет небольшой размер и наблюдается атрофия эндометрия [139, 140]. Количество андрогенных рецепторов, по всей видимости, увеличивается в яичниках после длительного приема тестостерона, что может формировать повышенный риск рака яичников [141]. Случаи этого заболевания описаны [142, 143]. Относительная безопасность полной лапароскопической гистерэктомии говорит в пользу предотвращения риска рака репродуктивных органов и других заболеваний посредством хирургической операции [144].

4.7. Оценка

Учитывая дискомфорт, который испытывают FtM-транссексуалы при взаимодействии с гинекологом, мы советуем проводить полную гистерэктомию. Данная рекомендация основана на предположении, что риск от заболеваний (в том числе онкологических) женских репродуктивных органов превышает возможные риски от самой хирургической операции и ее последствий.

4.7. Комментарии

Сексуальная ориентация и виды сексуальных практик определяют необходимость и виды гинекологической помощи после перехода. Вдобавок к этому, смена свидетельства о рождении для FtM-транссексуальных людей может зависеть от выполнения гистерэктомии. Каждый пациент должен быть проинформирован об этих аспектах.

5.0. ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОЛА

Для многих взрослых транссексуалов хирургическая операция является необходимым шагом к достижению желаемой цели – жить в соответствии со своей естественной гендерной ролью. Хотя в процессе коррекции пола могут применяться хирургические вмешательства разной локализации, главной все же является операция на гениталиях и удаление гонад. За последние 10–15 лет качество выполнения операций заметно выросло. Пластическая хирургия гениталий выполняется с сохранением чувствительности нервов. Уровень удовлетворенности операциями по коррекции пола на данный момент очень высок [22]. Более того, улучшается психическое здоровье транссексуальных людей [24]. Для прохождения операции пациент должен соответствовать критериям отбора и готовности, приведенным в таблице 17.

Таблица 17. Критерии отбора и готовности к хирургической операции по коррекции пола

Пациенты, проходящие гормонозаместительную терапию, признаются подходящими кандидатами на операцию (соответствуют критериям отбора), если они:
1. Совершеннолетние;
2. Проходят предписанную им гормонозаместительную терапию непрерывно на протяжении как минимум 12 месяцев (при отсутствии медицинских противопоказаний);
3. Имеют опыт успешного фулл-тайма на протяжении как минимум 12 месяцев;
4. Во время фулл-тайма проходили регулярную психотерапию (если она была назначена специалистом по психическому здоровью);
5. Имеют четкое представление относительно всех аспектов операции (стоимость, длительность госпитализации, возможные осложнения, послеоперационная реабилитация и т.п.).
Пациенты, проходящие гормонозаместительную терапию, признаются готовыми к операции, если:
1. Происходит все более прочное закрепление человека в его гендерной идентичности;
2. Происходят положительные изменения на его работе, в семье и межличностном общении, что приводит к существенному улучшению психического здоровья человека.

Операции по коррекции пола для MtF-транссексуалок включают в себя гонадэктомию, пенэктомию и вагинопластику [145, 146]. Кожа пениса часто используется для формирования стенок вагины. Мошонка становится большими половыми губами.

С помощью пластической операции формируется клитор и его капюшон, при этом сохраняется нервно-сосудистый пучок с головки пениса. Совсем недавно пластические хирурги разработали метод моделирования малых половых губ. Эндокринологам следует поощрять применение транссексуалками вагинального расширителя (дилататора) для поддержания глубины и ширины влагалища в послеоперационный период до тех пор, пока вагина не начнет регулярно использоваться в половых сношениях. Сексуальная чувствительность и другие аспекты половой функции в процессе операции должны быть сохранены [147].

Вспомогательные хирургические операции для придания внешности феминности или маскулинности выходят за рамки этого Руководства. Но, по возможности, лучше минимизировать количество оперативных вмешательств. К примеру, для изменения высоты голоса предпочтительнее пройти голосовую терапию у фоониатра, чем прибегать к хирургическим методам [148].

Размер груди у биологических женщин варьируется очень широко. Для принятия транссексуалками адекватного решения, операция по увеличению груди должна проводиться не ранее чем через 2 года терапии эстрогенами, поскольку все это время молочная железа растет под воздействием эстрогенов [90, 97].

Еще одна важная процедура, – удаление нежелательных волос на лице и теле, – проводится методом электролиза, либо лазером. Становятся все более популярными и другие феминизирующие оперативные вмешательства [149–151], как, например, феминизация лица.

Процедуры создания мужских гениталий для FtM-транссексуалов пока еще далеки от совершенства. Формирование пениса на данный момент успешно проводится, но эта операция проходит в несколько этапов и имеет высокую стоимость [152, 153]. Эрекция может быть возможна только при вживлении в пенис специального механического устройства [154]. Многие выбирают метоидиопластику, – операцию по увеличению и выведению вперед клитора, – что делает возможным мочеиспускание в положении стоя. Мошонка формируется из больших половых губ, с

возможностью имплантации протезов яичек⁷. Эти процедуры, так же как овариэктомия, вагинэктомия и полная гистерэктомия, проводятся через несколько лет терапии андрогенами, и могут успешно осуществляться лапароскопически.

Очень важной частью FtM-перехода является операция по мастэктомии. Во время терапии андрогенами грудь уменьшается в размерах незначительно, поэтому взрослые пациенты обычно рассматривают вопрос операции сразу после начала терапии андрогенами. Поскольку у некоторых FtM-транссексуальных подростков к моменту принятия решения о начале гормональной терапии грудь уже выросла, допустимо решение вопроса о мастэктомии до достижения 18-летнего возраста.

Рекомендации

5.1. Мы рекомендуем рассматривать вопрос хирургической коррекции пола только после того, как проводящий гормонотерапию врач и специалист по психическому здоровью посчитают операцию желательной (1 *).

5.2. Мы рекомендуем хирургическую коррекцию гениталий по прошествии, как минимум, 1 года последовательной гормонотерапии, при условии, что она проводилась должным образом (1 *).

5.3. Мы рекомендуем врачу, проводящему гормонотерапию, подтвердить, что медицинских противопоказаний для проведения операции нет, и согласовать с хирургом прием гормонов в период проведения операции (1 *).

5.1.–5.3. Доказательства

Когда транссексуальный человек принимает решение о хирургической коррекции пола, эндокринолог и специалист по психическому здоровью должны подтвердить, что претендент соответствует критериям отбора и готовности, обозначенным в Стандартах Помощи WPATH [28] (Табл. 17).

Некоторую озабоченность вызывает тот факт, что терапия эстрогенами может увеличить риск тромбоза вен в процессе операции или после нее [21]. Поэтому хирургу и эндокринологу следует выработать совместное решение по приему гормонов в ближайший месяц перед

⁷ Следует заметить, что на практике многие FTM-транссексуальные люди не делают хирургических операций по созданию мужских половых органов в связи с несовершенством имеющихся на сегодняшний день технологий и высоким риском послеоперационных осложнений. – Прим. ред.

операцией.

Хотя в одном из исследований предполагается, что дооперационные факторы, такие как приверженность лечению, имеют меньшее значение для удовлетворенности пациента, чем физические результаты операции [39], другие исследования, а также клинический опыт доказывают, что пациенты, не следующие врачебным указаниям, не достигают намеченных целей терапии [155] и чаще подвергаются послеоперационным инфекциям и осложнениям [156, 157]. Не менее важно, чтобы претендент на операцию положительно воспринимал произошедшие за время гормонотерапии изменения в теле. Неудовлетворенность социальными и физическими результатами гормонотерапии может быть противопоказанием к операции [78].

После операции транссексуалы должны наблюдаться у эндокринолога. Пациенты, осуществившие гонадэктомию, нуждаются в гормонозаместительной терапии либо в наблюдении (либо и в том, и в другом), для предупреждения неблагоприятных последствий, вызванных хронической гормональной недостаточностью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Bullough VL 1975 Transsexualism in history. *Arch Sex Behav* 4:561–712. Meyerowitz J 2002 How sex changed: a history of transsexuality in the United States. Harvard University Press, Cambridge, MA
3. APA 2000 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). APA, Washington, DC
4. Ruble DN, Martin CL, Berenbaum SA 2006 Gender development. In: Damon W, Lerner RM, Eisenberg N (eds) *Handbook of child psychology*, 6th ed. John Wiley & Sons, New York; pp 858–932 (volume 3)
5. Zucker KJ 2004 Gender identity development and issues. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 13:551–68, vii
6. Coolidge FL, Thede LL, Young SE 2002 The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. *Behav Genet* 32:251–7
7. Knafo A, Iervolino AC, Plomin R 2005 Masculine girls and feminine boys: genetic and environmental contributions to atypical gender development in early childhood. *J Pers Soc Psychol* 88:400–12
8. Gooren L 2006 The biology of human psychosexual differentiation. *Horm Behav* 50:589–601
9. Meyer-Bahlburg HF 2005 Gender identity outcome in female-raised 46, XY persons with penile agenesis, cloacal exstrophy of the bladder, or penile ablation. *Arch Sex Behav* 34:423–38
10. Reiner WG 2005 Gender identity and sex-of-rearing in children with disorders of sexual differentiation. *J Pediatr Endocrinol Metab* 18:549–53
11. Dessens AB, Slijper FM, Drop SL 2005 Gender Dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital adrenal hyperplasia. *Arch Sex Behav* 34:389–97
12. Meyer-Bahlburg HF, Dolezal C, Baker SW, Carlson AD, Obeid JS, New MI 2004 Prenatal androgenization affects gender-related behavior but not gender identity in 5–12-year-old girls with congenital adrenal hyperplasia. *Arch Sex Behav* 33:97–104
13. Meyer-Bahlburg HF, Dolezal C, Baker SW, Ehrhardt AA, New MI 2006 Gender development in women with congenital adrenal hyperplasia as a function of disorder severity. *Arch Sex Behav* 35:667–84
14. Bocklandt S, Vilain E 2007 Sex differences in brain and behavior: hormones versus genes. *Adv Genet* 59:245–66
15. Blanchard R 1997 Birth order and sibling sex ratio in homosexual versus heterosexual males and females. *Annu Rev Sex Res* 8:27–67
16. Blanchard R 2001 Fraternal birth order and the maternal immune hypothesis of male homosexuality. *Horm Behav* 40:105–14
17. Whitehead NE 2007 An antibody antibody? Re-examination of the maternal immune hypothesis. *J Biosoc Sci* 39:905–21
18. Gooren L 1990 The endocrinology of transsexualism: a review and commentary. *Psychoneuroendocrinology* 15:3–14
19. Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, Guyatt GH, Harbour RT, Haugh MC, Henry D, Hill S, Jaeschke R, Leng G, Liberati A, Magrini N, Mason J, Middleton P, Mrukowicz J, O'Connell D, Oxman AD, Phillips B, Schunemann HJ, Edejer TT, Varonen H, Vist GE, Williams JW, Jr., Zaza S 2004 Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 328:1490
20. Swiglo BA, Murad MH, Schunemann HJ, Kunz R, Vigersky RA, Guyatt GH, Montori VM 2008 A case for clarity, consistency, and helpfulness: state-of-the-art clinical practice guidelines in endocrinology using the grading of recommendations, assessment, development, and evaluation system. *J Clin Endocrinol Metab* 93:666–73
21. Elamin MB, Zumaeta-Garcia M, Murad MH, Erwin PJ, Montori VM 2009 Effect of sex steroid use on cardiovascular risk in transsexual individuals: a systematic review and meta-analysis. *Clinical*

Endocrinology May 16 [Epub ahead of print]

22. Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, Mullan RJ, Murad A, Erwin PJ, Montori VM 2009 Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clin Endocrinol (Oxf)* May 16 [Epub ahead of print]

23. Cohen-Kettenis PT, Owen A, Kaijser VG, Bradley SJ, Zucker KJ 2003 Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: a cross-national, cross-clinic comparative analysis. *J Abnorm Child Psychol* 31:41–53

24. Cole CM, O'Boyle M, Emory LE, Meyer WJ, 3rd 1997 Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Arch Sex Behav* 26:13–26

25. Hepp U, Kraemer B, Schnyder U, Miller N, Delsignore A 2005 Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *J Psychosom Res* 58:259–61

26. Kersting A, Reutemann M, Gast U, Ohrmann P, Suslow T, Michael N, Arolt V 2003 Dissociative disorders and traumatic childhood experiences in transsexuals. *J Nerv Ment Dis* 191:182–9

27. Wallien MS, Swaab H, Cohen-Kettenis PT 2007 Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46:1307–14

28. Meyer 3rd WJ, Bockting W, Cohen-Kettenis P, Coleman E, DiCeglie D, Devor H, Gooren L, Hage JJ, Kirk S, Kuiper B, Laub D, Lawrence A, Menard Y, Monstrey S, Patton J, Schaefer L, Webb A, Wheeler CC 2001 Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's The Standards of Care for Gender Identity Disorders, 6th version.

29. WHO 1992 The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, Geneva

30. Kuiper AJ, Cohen-Kettenis PT 1998 Gender role reversal among postoperative transsexuals. *Int J Transgenderism* 2(3): Available at: <http://www.symposion.com/ijt/ijtc0502.htm>

31. Landen M, Walinder J, Hambert G, Lundstrom B 1998 Factors predictive of regret in sex reassignment. *Acta Psychiatr Scand* 97:284–9

32. Olsson SE, Moller A 2006 Regret after sex reassignment surgery in a male-to-female transsexual: a long-term followup. *Arch Sex Behav* 35:501–6

33. Pfafflin F, Junge A 1992 *Geschlechtsumwandlung: Abhandlungen zur Transsexualitat (Sex change: treatises on transsexualism)*. Schattauer, Stuttgart

34. Cohen-Kettenis PT, Pfafflin F 2003 *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: making choices*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA

35. Di Ceglie D, Freedman D, McPherson S, Richardson P 2002 Children and adolescents referred to a specialist gender identity development service: clinical features and demographic characteristics.

36. Cohen-Kettenis PT, van Goozen SH 1997 Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:263–71

37. Smith YL, van Goozen SH, Cohen-Kettenis PT 2001 Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: a prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40:472–81

38. Smith YL, Van Goozen SH, Kuiper AJ, Cohen-Kettenis PT 2005 Sex reassignment: outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychol Med* 35:89–99

39. Lawrence AA 2003 Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Arch Sex Behav* 32:299–315

40. Seikowski K 2007 Psychotherapy and transsexualism. *Andrologia* 39:248–52

41. Coleman E, Cesnik J 1990 Skoptik syndrome: the treatment of an obsessional gender dysphoria with lithium carbonate and psychotherapy. *Am J Psychother* 44:204–17

42. Cohen-Kettenis PT 2001 Gender identity disorder in DSM? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40:391
43. Drummond KD, Bradley SJ, Peterson-Badali M, Zucker KJ 2008 A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Dev Psychol* 44:34–45
44. Wallien MS, Cohen-Kettenis PT 2008 Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 47:1413–23
45. Zucker KJ, Bradley SJ 1995 Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents. Guilford Press, New York
46. Buchter D, Behre HM, Kliesch S, Nieschlag E 1998 Pulsatile GnRH or human chorionic gonadotropin/human menopausal gonadotropin as effective treatment for men with hypogonadotropic hypogonadism: a review of 42 cases. *Eur J Endocrinol* 139:298–303
47. Liu PY, Turner L, Rushford D, McDonald J, Baker HW, Conway AJ, Handelsman DJ 1999 Efficacy and safety of recombinant human follicle stimulating hormone (Gonal-F) with urinary human chorionic gonadotrophin for induction of spermatogenesis and fertility in gonadotrophin-deficient men. *Hum Reprod* 14:1540–5
48. De Sutter P 2001 Gender reassignment and assisted reproduction: present and future reproductive options for transsexual people. *Hum Reprod* 16:612–4
49. De Sutter P 2007 Reproduction and fertility issues for transpeople. In: Ettner R, Monstrey S, Eyler AE (eds) Principles of transgender medicine and surgery. Haworth Press, New York; pp 209–221
50. Seli E, Tangir J 2005 Fertility preservation options for female patients with malignancies. *Curr Opin Obstet Gynecol* 17:299–308
51. Lubbert H, Leo-Rossberg I, Hammerstein J 1992 Effects of ethinyl estradiol on semen quality and various hormonal parameters in a eugonadal male. *Fertil Steril* 58:603–8
52. Schulze C 1988 Response of the human testis to long-term estrogen treatment: morphology of Sertoli cells, Leydig cells and spermatogonial stem cells. *Cell Tissue Res* 251:31–43
53. Thiagaraj D, Gunasegaram R, Loganath A, Peh KL, Kottegoda SR, Ratnam SS 1987 Histopathology of the testes from male transsexuals on oestrogen therapy. *Ann Acad Med Singapore* 16:347–8
54. Baba T, Endo T, Honnma H, Kitajima Y, Hayashi T, Ikeda H, Masumori N, Kamiya H, Moriwaka O, Saito T 2007 Association between polycystic ovary syndrome and female-to-male transsexuality. *Hum Reprod* 22:1011–6
55. Spinder T, Spijkstra JJ, van den Tweel JG, Burger CW, van Kessel H, Hompes PG, Gooren LJ 1989 The effects of long term testosterone administration on pulsatile luteinizing hormone secretion and on ovarian histology in eugonadal female to male transsexual subjects. *J Clin Endocrinol Metab* 69:151–7
56. Trebay G 2008 He's pregnant, you're speechless *New York Times*, June 28, 2008; 18
57. De Sutter P 2003 Donor inseminations in partners of female-to-male transsexuals: should the question be asked? *Reprod Biomed Online* 6:382; author reply 282–3
58. Boyar RM, Wu RH, Roffwarg H, Kapen S, Weitzman ED, Hellman L, Finkelstein JW 1976 Human puberty: 24-hour estradiol in pubertal girls. *J Clin Endocrinol Metab* 43:1418–21
59. Wennink JM, Delemarre-van de Waal HA, Schoemaker R, Schoemaker H, Schoemaker J 1989 Luteinizing hormone and follicle stimulating hormone secretion patterns in boys throughout puberty measured using highly sensitive immunoradiometric assays. *Clin Endocrinol (Oxf)* 31:551–64
60. Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJ 2008 The treatment of adolescent transsexuals: changing insights. *J Sex Med* 5:1892–7
61. Delemarre-Van de Waal HA, Cohen-Kettenis PT 2006 Clinical management of gender identity disorder in adolescents: a protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *Eur J Endocrinol* 155 Suppl 1:S131–S137

62. Tanner JM 1962 Growth at adolescence, 2nd ed. Blackwell Scientific Publications, Oxford, UK
63. Wennink JM, Delemarre-van de Waal HA, Schoemaker R, Schoemaker H, Schoemaker J 1990 Luteinizing hormone and follicle stimulating hormone secretion patterns in girls throughout puberty measured using highly sensitive immunoradiometric assays. *Clin Endocrinol (Oxf)* 33:333–44
64. Roth C 2002 Therapeutic potential of GnRH antagonists in the treatment of precocious puberty. *Expert Opin Investig Drugs* 11:1253–9
65. Tuvemo T 2006 Treatment of central precocious puberty. *Expert Opin Investig Drugs* 15:495–505
66. Manasco PK, Pescovitz OH, Feuillan PP, Hench KD, Barnes KM, Jones J, Hill SC, Loriaux DL, Cutler GB, Jr. 1988 Resumption of puberty after long term luteinizing hormone-releasing hormone agonist treatment of central precocious puberty. *J Clin Endocrinol Metab* 67:368–72
67. Mittan D, Lee S, Miller E, Perez RC, Basler JW, Bruder JM 2002 Bone loss following hypogonadism in men with prostate cancer treated with GnRH analogs. *J Clin Endocrinol Metab* 87:3656–61
68. Neely EK, Bachrach LK, Hintz RL, Habiby RL, Slemenda CW, Feezle L, Pescovitz OH 1995 Bone mineral density during treatment of central precocious puberty. *J Pediatr* 127:819–22
69. Raudrant D, Rabe T 2003 Progestogens with antiandrogenic properties. *Drugs* 63:463–92
70. Jain J, Dutton C, Nicosia A, Wajszczuk C, Bode FR, Mishell DR, Jr. 2004 Pharmacokinetics, ovulation suppression and return to ovulation following a lower dose subcutaneous formulation of Depo-Provera. *Contraception* 70:11–8
71. Mieszczak J, Eugster EA 2007 Treatment of precocious puberty in McCune-Albright syndrome. *Pediatr Endocrinol Rev* 4 Suppl 4:419–22
72. Richman RA, Underwood LE, French FS, Van Wyk JJ 1971 Adverse effects of large doses of medroxyprogesterone (MPA) in idiopathic isosexual precocity. *J Pediatr* 79:963–71
73. Albanese A, Kewley GD, Long A, Pearl KN, Robins DG, Stanhope R 1994 Oral treatment for constitutional delay of growth and puberty in boys: a randomised trial of an anabolic steroid or testosterone undecanoate. *Arch Dis Child* 71:315–7
74. Nilsson KO, Albertsson-Wikland K, Alm J, Aronson S, Gustafsson J, Hagenas L, Hager A, Ivarsson SA, Karlberg J, Kristrom B, Marcus C, Moell C, Ritzén M, Tuvemo T, Wattsgard C, Westgren U, Westphal O, Aman J 1996 Improved final height in girls with Turner's syndrome treated with growth hormone and oxandrolone. *J Clin Endocrinol Metab* 81:635–40
75. Schroor EJ, van Weissenbruch MM, Knibbe P, Delemarre-van de Waal HA 1995 The effect of prolonged administration of an anabolic steroid (oxandrolone) on growth in boys with constitutionally delayed growth and puberty. *Eur J Pediatr* 154:953–7
76. Ball GD, Huang TT, Gower BA, Cruz ML, Shaibi GQ, Weigensberg MJ, Goran MI 2006 Longitudinal changes in insulin sensitivity, insulin secretion, and beta-cell function during puberty. *J Pediatr* 148:16–22
77. Reinehr T, Kiess W, Andler W 2005 Insulin sensitivity indices of glucose and free fatty acid metabolism in obese children and adolescents in relation to serum lipids. *Metabolism* 54:397–402
78. Monstrey S, De Cuypere G, Ettner R 2007 Surgery: general principles. In: Ettner SR, Monstrey S, Eyler AE (eds) *Principles of transgender medicine and surgery*. Haworth Press, New York; pp 89–104
79. Monstrey S, Hoebeke P, Dhont M, De Cuypere G, Rubens R, Moerman M, Hamdi M, Van Landuyt K, Blondeel P 2001 Surgical therapy in transsexual patients: a multi-disciplinary approach. *Acta Chir Belg* 101:200–9
80. Gooren L 2005 Hormone treatment of the adult transsexual patient. *Horm Res* 64 Suppl 2:31–6
81. Gooren LJ, Giltay EJ 2008 Review of studies of androgen treatment of female-to-male transsexuals: effects and risks of administration of androgens to females. *J Sex Med* 5:765–76
82. Levy A, Crown A, Reid R 2003 Endocrine intervention for transsexuals. *Clin Endocrinol (Oxf)* 59:409–18

83. Moore E, Wisniewski A, Dobs A 2003 Endocrine treatment of transsexual people: a review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. *J Clin Endocrinol Metab* 88:3467–73
84. Tangpricha V, Ducharme SH, Barber TW, Chipkin SR 2003 Endocrinologic treatment of gender identity disorders. *Endocr Pract* 9:12–21
85. Bhasin S, Cunningham GR, Hayes FJ, Matsumoto AM, Snyder PJ, Swerdloff RS, Montori VM 2006 Testosterone therapy in adult men with androgen deficiency syndromes: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 91:1995–2010
86. Bolona ER, Uraga MV, Haddad RM, Tracz MJ, Sideras K, Kennedy CC, Caples SM, Erwin PJ, Montori VM 2007 Testosterone use in men with sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Mayo Clin Proc* 82:20–8
87. Dickersin K, Munro MG, Clark M, Langenberg P, Scherer R, Frick K, Zhu Q, Hallock L, Nichols J, Yalcinkaya TM 2007 Hysterectomy compared with endometrial ablation for dysfunctional uterine bleeding: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 110:1279–89
88. Prasad P, Powell MC 2008 Prospective observational study of Thermablate Endometrial Ablation System as an outpatient procedure. *J Minim Invasive Gynecol* 15:476–9
89. Gooren LJ, Giltay EJ, Bunck MC 2008 Long-term treatment of transsexuals with cross-sex hormones: extensive personal experience. *J Clin Endocrinol Metab* 93:19–25
90. Dittrich R, Binder H, Cupisti S, Hoffmann I, Beckmann MW, Mueller A 2005 Endocrine treatment of male-to-female transsexuals using gonadotropin-releasing hormone agonist. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 113:586–92
91. Levy J, Burshell A, Marbach M, Aflalo L, Glick SM 1980 Interaction of spironolactone with oestradiol receptors in cytosol. *J Endocrinol* 84:371–9
92. Toorians AW, Thomassen MC, Zweegman S, Magdeleyns EJ, Tans G, Gooren LJ, Rosing J 2003 Venous thrombosis and changes of hemostatic variables during cross-sex hormone treatment in transsexual people. *J Clin Endocrinol Metab* 88:5723–9
93. van Kesteren PJ, Asscheman H, Megens JA, Gooren LJ 1997 Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clin Endocrinol (Oxf)* 47:337–42
94. Ott J, Kaufmann U, Bentz EK, Huber JC, Tempfer CB 2009 Incidence of thrombophilia and venous thrombosis in transsexuals under cross-sex hormone therapy. *Fertil Steril* Feb 5 [Epub ahead of print]
95. Righini M, Perrier A, De Moerloose P, Bounameaux H 2008 D-Dimer for venous thromboembolism diagnosis: 20 years later. *J Thromb Haemost* 6:1059–71
96. Lapauw B, Taes Y, Simoens S, Van Caenegem E, Weyers S, Goemaere S, Toye K, Kaufman JM, T'Sjoen GG 2008 Body composition, volumetric and areal bone parameters in male-to-female transsexual persons. *Bone* 43:1016–21
97. Meyer WJ, 3rd, Webb A, Stuart CA, Finkelstein JW, Lawrence B, Walker PA 1986 Physical and hormonal evaluation of transsexual patients: a longitudinal study. *Arch Sex Behav* 15:121–38
98. Bird D, Vowles K, Anthony PP 1979 Spontaneous rupture of a liver cell adenoma after long term methyltestosterone: report of a case successfully treated by emergency right hepatic lobectomy. *Br J Surg* 66:212–3
99. Westaby D, Ogle SJ, Paradinas FJ, Randell JB, Murray-Lyon IM 1977 Liver damage from long-term methyltestosterone. *Lancet* 2:262–3
100. Gooren LJ, Assies J, Asscheman H, de Slegte R, van Kessel H 1988 Estrogen-induced prolactinoma in a man. *J Clin Endocrinol Metab* 66:444–6
101. Kovacs K, Stefaneanu L, Ezzat S, Smyth HS 1994 Prolactin-producing pituitary adenoma in a male-to-female transsexual patient with protracted estrogen administration: a morphologic study. *Arch Pathol Lab Med* 118:562–5
102. Serri O, Noiseux D, Robert F, Hardy J 1996 Lactotroph hyperplasia in an estrogen treated male-

to-female transsexual patient. *J Clin Endocrinol Metab* 81:3177–9

103. Asscheman H, Gooren LJ, Assies J, Smits JP, de Slegte R 1988 Prolactin levels and pituitary enlargement in hormone-treated male-to-female transsexuals. *Clin Endocrinol (Oxf)* 28:583–8

104. Gooren LJ, Harmsen-Louman W, van Kessel H 1985 Follow-up of prolactin levels in long-term oestrogen-treated male-to-female transsexuals with regard to prolactinoma induction. *Clin Endocrinol (Oxf)* 22:201–7

105. Berra M, Armillotta F, D'Emidio L, Costantino A, Martorana G, Pelusi G, Meriggiola MC 2006 Testosterone decreases adiponectin levels in female to male transsexuals. *Asian J Androl* 8:725–9

106. Elbers JM, Giltay EJ, Teerlink T, Scheffer PG, Asscheman H, Seidell JC, Gooren LJ 2003 Effects of sex steroids on components of the insulin resistance syndrome in transsexual subjects. *Clin Endocrinol (Oxf)* 58:562–71

107. Giltay EJ, Lambert J, Gooren LJ, Elbers JM, Steyn M, Stehouwer CD 1999 Sex steroids, insulin, and arterial stiffness in women and men. *Hypertension* 34:590–7

108. Polderman KH, Gooren LJ, Asscheman H, Bakker A, Heine RJ 1994 Induction of insulin resistance by androgens and estrogens. *J Clin Endocrinol Metab* 79:265–71

109. Meriggiola MC, Armillotta F, Costantino A, Altieri P, Saad F, Kalthorn T, Perrone AM, Ghi T, Pelusi C, Pelusi G 2008 Effects of testosterone undecanoate administered alone or in combination with letrozole or dutasteride in female to male transsexuals. *J Sex Med* 5:2442–53

110. Giltay EJ, Hoogeveen EK, Elbers JM, Gooren LJ, Asscheman H, Stehouwer CD 1998 Effects of sex steroids on plasma total homocysteine levels: a study in transsexual males and females. *J Clin Endocrinol Metab* 83:550–3

111. Giltay EJ, Toorians AW, Sarabdjitsingh AR, de Vries NA, Gooren LJ 2004 Established risk factors for coronary heart disease are unrelated to androgen-induced baldness in female-to-male transsexuals. *J Endocrinol* 180:107–12

112. Giltay EJ, Verhoef P, Gooren LJ, Geleijnse JM, Schouten EG, Stehouwer CD 2003 Oral and transdermal estrogens both lower plasma total homocysteine in male-to-female transsexuals. *Atherosclerosis* 168:139–46

113. Calof OM, Singh AB, Lee ML, Kenny AM, Urban RJ, Tenover JL, Bhasin S 2005 Adverse events associated with testosterone replacement in middle-aged and older men: a meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 60:1451–7

114. NCEP 2002 Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation* 106:3143–421

115. Turner A, Chen TC, Barber TW, Malabanan AO, Holick MF, Tangpricha V 2004 Testosterone increases bone mineral density in female-to-male transsexuals: a case series of 15 subjects. *Clin Endocrinol (Oxf)* 61:560–6

116. van Kesteren P, Lips P, Gooren LJ, Asscheman H, Megens J 1998 Long-term follow-up of bone mineral density and bone metabolism in transsexuals treated with cross-sex hormones. *Clin Endocrinol (Oxf)* 48:347–54

117. Amin S, Zhang Y, Sawin CT, Evans SR, Hannan MT, Kiel DP, Wilson PW, Felson DT 2000 Association of hypogonadism and estradiol levels with bone mineral density in elderly men from the Framingham study. *Ann Intern Med* 133:951–63

118. Gennari L, Khosla S, Bilezikian JP 2008 Estrogen and fracture risk in men. *J Bone Miner Res* 23:1548–51

119. Gennari L, Khosla S, Bilezikian JP 2008 Estrogen effects on bone in the male skeleton. In: Bilezikian JP, Martin TJ, Raisz LG (eds) *Principles of bone biology*, 3rd ed. Academic Press, San Diego; pp 1801–1818

120. Khosla S, Melton LJ, 3rd, Atkinson EJ, O'Fallon WM, Klee GG, Riggs BL 1998 Relationship of

serum sex steroid levels and bone turnover markers with bone mineral density in men and women: a key role for bioavailable estrogen. *J Clin Endocrinol Metab* 83:2266–74

121. Mueller A, Dittrich R, Binder H, Kuehnel W, Maltaris T, Hoffmann I, Beckmann MW 2005 High dose estrogen treatment increases bone mineral density in male-to-female transsexuals receiving gonadotropin-releasing hormone agonist in the absence of testosterone. *Eur J Endocrinol* 153:107–13

122. Ruetsche AG, Kneubuehl R, Birkhaeuser MH, Lippuner K 2005 Cortical and trabecular bone mineral density in transsexuals after long-term cross-sex hormonal treatment: a cross-sectional study. *Osteoporos Int* 16:791–8

123. Ganly I, Taylor EW 1995 Breast cancer in a trans-sexual man receiving hormone replacement therapy. *Br J Surg* 82:341

124. Pritchard TJ, Pankowsky DA, Crowe JP, Abdul-Karim FW 1988 Breast cancer in a male-to-female transsexual. A case report. *JAMA* 259:2278–80

125. Symmers WS 1968 Carcinoma of breast in transsexual individuals after surgical and hormonal interference with the primary and secondary sex characteristics. *Br Med J* 2:83–5

126. Anderson GL, Limacher M, Assaf AR, Bassford T, Beresford SA, Black H, Bonds D, Brunner R, Brzyski R, Caan B, Chlebowski R, Curb D, Gass M, Hays J, Heiss G, Hendrix S, Howard BV, Hsia J, Hubbell A, Jackson R, Johnson KC, Judd H, Kotchen JM, Kuller L, LaCroix AZ, Lane D, Langer RD, Lasser N, Lewis CE, Manson J, Margolis K, Ockene J, O'Sullivan MJ, Phillips L, Prentice RL, Ritenbaugh C, Robbins J, Rossouw JE, Sarto G, Stefanick ML, Van Horn L, Wactawski-Wende J, Wallace R, Wassertheil-Smoller S 2004 Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *Jama* 291:1701–12

127. Bosze P, Toth A, Torok M 2006 Hormone replacement and the risk of breast cancer in Turner's syndrome. *N Engl J Med* 355:2599–600

128. Schoemaker MJ, Swerdlow AJ, Higgins CD, Wright AF, Jacobs PA 2008 Cancer incidence in women with Turner syndrome in Great Britain: a national cohort study. *Lancet Oncol* 9:239–46

129. Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ 2006 American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer, 2006. *CA Cancer J Clin* 56:11–25; quiz 49–50

130. Wilson JD, Roehrborn C 1999 Long-term consequences of castration in men: lessons from the Skoptzy and the eunuchs of the Chinese and Ottoman courts. *J Clin Endocrinol Metab* 84:4324–31

131. van Kesteren P, Meinhardt W, van der Valk P, Geldof A, Megens J, Gooren L 1996 Effects of estrogens only on the prostates of aging men. *J Urol* 156:1349–53

132. Brown JA, Wilson TM 1997 Benign prostatic hyperplasia requiring transurethral resection of the prostate in a 60-year-old male-to-female transsexual. *Br J Urol* 80:956–7

133. Casella R, Bubendorf L, Schaefer DJ, Bachmann A, Gasser TC, Sulser T 2005 Does the prostate really need androgens to grow? Transurethral resection of the prostate in a male-to-female transsexual 25 years after sex-changing operation. *Urol Int* 75:288–90

134. Dorff TB, Shazer RL, Nepomuceno EM, Tucker SJ 2007 Successful treatment of metastatic androgen-independent prostate carcinoma in a transsexual patient. *Clin Genitourin Cancer* 5:344–6

135. Thurston AV 1994 Carcinoma of the prostate in a transsexual. *Br J Urol* 73:217

136. van Haarst EP, Newling DW, Gooren LJ, Asscheman H, Prenger DM 1998 Metastatic prostatic carcinoma in a male-to-female transsexual. *Br J Urol* 81:776

137. USPSTF 2008 Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 149:185–91

138. Futterweit W 1998 Endocrine therapy of transsexualism and potential complications of long-term treatment. *Arch Sex Behav* 27:209–26

139. Miller N, Bedard YC, Cooter NB, Shaul DL 1986 Histological changes in the genital tract in transsexual women following androgen therapy. *Histopathology* 10:661–9

140. O'Hanlan KA, Dibble SL, Young-Spint M 2007 Total laparoscopic hysterectomy for female-to-male transsexuals. *Obstet Gynecol* 110:1096–101
141. Chadha S, Pache TD, Huikeshoven JM, Brinkmann AO, van der Kwast TH 1994 Androgen receptor expression in human ovarian and uterine tissue of long-term androgen-treated transsexual women. *Hum Pathol* 25:1198–204
142. Dizon DS, Tejada-Berges T, Koelliker S, Steinhoff M, Granai CO 2006 Ovarian cancer associated with testosterone supplementation in a female-to-male transsexual patient. *Gynecol Obstet Invest* 62:226–8
143. Hage JJ, Dekker JJ, Karim RB, Verheijen RH, Bloemena E 2000 Ovarian cancer in female-to-male transsexuals: report of two cases. *Gynecol Oncol* 76:413–5
144. Mueller A, Gooren L 2008 Hormone-related tumors in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *Eur J Endocrinol* 159:197–202
145. Selvaggi G, Ceulemans P, De Cuypere G, VanLanduyt K, Blondeel P, Hamdi M, Bowman C, Monstrey S 2005 Gender identity disorder: general overview and surgical treatment for vaginoplasty in male-to-female transsexuals. *Plast Reconstr Surg* 116:135e–145e
146. Tugnet N, Goddard JC, Vickery RM, Khoosal D, Terry TR 2007 Current management of male-to-female gender identity disorder in the UK. *Postgrad Med J* 83:638–42
147. Green R 1998 Sexual functioning in post-operative transsexuals: male-to-female and female-to-male. *Int J Impot Res* 10 Suppl 1:S22–4
148. McNeill EJ 2006 Management of the transgender voice. *J Laryngol Otol* 120:521–3
149. Becking AG, Tuinzing DB, Hage JJ, Gooren LJ 2007 Transgender feminization of the facial skeleton. *Clin Plast Surg* 34:557–64
150. Giraldo F, Esteva I, Bergero T, Cano G, Gonzalez C, Salinas P, Rivada E, Lara JS, Soriguer F 2004 Corona glans clitoroplasty and urethroreputial vestibuloplasty in male-to-female transsexuals: the vulval aesthetic refinement by the Andalusia Gender Team. *Plast Reconstr Surg* 114:1543–50
151. Goddard JC, Vickery RM, Terry TR 2007 Development of feminizing genitoplasty for gender dysphoria. *J Sex Med* 4:981–9
152. Hage JJ, de Graaf FH, Bouman FG, Bloem JJ 1993 Sculpturing the glans in phalloplasty. *Plast Reconstr Surg* 92:157–61
153. Monstrey S, De Cuypere G, Ettner R 2007 Surgery: female-to-male patient. In: Ettner SR, Monstrey S, Eyler AE (eds) *Principles of transgender medicine and surgery*. The Haworth Press, New York; pp 135–168
154. Chen HC, Gedebou TM, Yazar S, Tang YB 2007 Prefabrication of the free fibula osteocutaneous flap to create a functional human penis using a controlled fistula method. *J Reconstr Microsurg* 23:151–4
155. Liberopoulos EN, Florentin M, Mikhailidis DP, Elisaf MS 2008 Compliance with lipid-lowering therapy and its impact on cardiovascular morbidity and mortality. *Expert Opin Drug Saf* 7:717–25
156. Davis PJ, Spady D, de Gara C, Forgie SE 2008 Practices and attitudes of surgeons toward the prevention of surgical site infections: a provincial survey in Alberta, Canada. *Infect Control Hosp Epidemiol* 29:1164–6
157. Forbes SS, Stephen WJ, Harper WL, Loeb M, Smith R, Christoffersen EP, McLean RF 2008 Implementation of evidence-based practices for surgical site infection prophylaxis: results of a pre- and post-intervention study. *J Am Coll Surg* 207:336–41

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Разработка клинических практических рекомендаций "Эндокринная терапия транссексуальных людей"

Авторы:

Wylie C. Hembree, Peggy Cohen-Kettenis, Henriette A. Delemarre-van de Waal, Louis J. Gooren,

Walter J. Meyer III, Norman P. Spack, Vin Tangpricha, and Victor M. Montori

Организации-соавторы:

Европейское общество эндокринологии (European Society of Endocrinology), Европейское общество педиатрической эндокринологии (European Society for Paediatric Endocrinology), Педиатрическое эндокринологическое общество Лоусона Уилкинза (Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society), Всемирная Профессиональная Ассоциация по Трансгендерному Здоровью (World Professional Association for Transgender Health)

Участники:

Columbia University and New York Presbyterian Hospital (W.C.H.), New York, New York; VU

Medical Center (P.C-K., H.A.D.-v.d.W.), Amsterdam, The Netherlands; Leiden University Medical Center

(H.A.D.-v.d.W.), Leiden, The Netherlands; Andro-consult (L.J.G.) ChaingMai, Thailand; University of Texas

Medical Branch (W.J.M.), Galveston, Texas; Harvard Medical School (N.P.S.), Boston, Massachusetts; Emory

University School of Medicine (V.T.), Atlanta, Georgia; and Mayo Clinic (V.M.M.), Rochester, Minnesota.

Рекомендации впервые опубликованы в журнале **Clinical Endocrinology & Metabolism**, September 2009, 94(9):

3132–3154

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Возможный алгоритм гормональной терапии на различных этапах коррекции пола с женского на мужской

**Старт терапии: короткие эфиры
тестостерона (энантат, ципионат) с ГнРГ**



**Терапия до хирургической коррекции пола:
короткие эфиры тестостерона (энантат, ципионат)
или смеси эфиров тестостерона (*Сустанон, Омнадрен*)**



**Терапия после хирургической коррекции пола:
пролонгированные эфиры тестостерона
(ундеканоат (*Небидо*))**



**Терапия в пожилом возрасте:
трансдермальный гель тестостерона**

Всемирная Профессиональная Ассоциация
Трансгендерного Здоровья

Стандарты помощи транссексуальным, трансгендерным и гендерно неконформным людям

7-ая версия

Перевод на русский язык ЦСИИ «Действие»
под редакцией к.м.н Исаева Д. Д.

Предисловие

Последние десятилетия во всем мире прошли под знаком активного накопления знаний и опыта работы с трансгендерными людьми. Одновременно шел процесс переосмысления гендерной психологии и расширения прав людей на самостоятельный выбор гендерной самопрезентации. Все то, что было достигнуто и разработано по проблеме транссексуальности и трансгендерности в медицине и психологии, нашло свое воплощение в этом коллективном труде.

Предлагаемые «Стандарты Помощи транссексуальным, трансгендерным и гендерно неконформным людям», подготовленные и опубликованные в 2011 году Всемирной профессиональной ассоциацией по трансгендерному здоровью впервые официально представлены для российских специалистов.

Ситуация с оказанием помощи трансгендерным людям в Российской Федерации далека от идеальной. Это объясняется как несовременными программами подготовки специалистов, так и весьма консервативными взглядами общества, которые многие медики и психологи ретранслируют в работе с обращающимися к ним клиентами. Ничего удивительного, что и трансгендерные люди отвечают врачам и психологам взаимностью – недоверием, сокрытием имеющихся социальных, психологических или медицинских проблем. Даже в тех случаях, когда психологическая/психотерапевтическая помощь может быть оказана в должном объеме, она отвергается из-за опасений, что это каким-то негативным образом отразится на принимаемых экспертных решениях или приведет к постановке психиатрического диагноза, взятии на учет в ПНД.

Фактически мы видим, что уровень развития помощи в нашей стране лицам с «гендерной дисфорией» серьезно отстает от таковой в большинстве развитых стран. Это проявляется в убежденности многих медиков, что «транссексуализм» – это психическая болезнь или поведенческая девиация, с которой должны разбираться (т.е. лечить) психиатры и, лучше всего, в психиатрических больницах. Совсем иная идеология лежит в основе представленных Стандартов.

Кроме того, в РФ в настоящее время существует несогласованность подходов в рамках каждой специальности (среди психиатров, сексологов, клинических психологов, эндокринологов, хирургов) и отсутствие координации работы специалистов, готовности консультировать друг

друга при ведении каждого клиента, при его переходе от одного специалиста к другому.

Как идеальная (и почти недостижимая) модель читаются строки Стандартов, рассказывающие о возможности финансирования медицинской помощи трансгендерным людям из фонда медицинского страхования. В свете принятых в 2013 году в РФ административных законов, трудно представить и ситуацию, когда специалисты в области психического здоровья могут прийти в школы и открыто обсуждать вопросы гендерной психологии, трансгендерности с учителями, родителями и учениками. Невозможно представить и ситуацию, когда подростку предоставляется возможность сделать выбор о гендерном самоопределении или остановить процесс полового созревания, а психолог /психиатр встает на его сторону в отношениях с родственниками и социальным окружением. Тем важнее оказывается знакомство с международным опытом, который должен стать важным ориентиром для наших врачей и психологов.

Сейчас, даже если в силу культуральных и организационных особенностей мы не можем в полном объеме обеспечить выполнение этих Стандартов, то должны рассматривать заложенные в них положения как важные ориентиры для дальнейшей работы по совершенствованию оказания помощи трансгендерным людям.

Отдельно хотелось бы отметить, что, несмотря на профессиональную направленность Стандартов, они окажутся полезными для прочтения не только специалистам, непосредственно вовлеченным в оказание помощи транссексуалам, трансгендерам и гендерно неконформным людям, но и всем тем, кто что-либо знает или хочет узнать о существующей проблеме, которая по своей значимости вышла далеко за пределы медицинского обсуждения и стала серьезным мерилom адекватности общества в отношении к своим столь разным согражданам.

Хочется надеяться, что просветительский потенциал этого издания для нашей страны окажется не меньше его специальной составляющей и станет заметным импульсом в сторону гуманизации взглядов общества.

Д. Д. Исаев

к. м. н., заведующий кафедрой клинической психологии факультета клинической психологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета

ГЛОССАРИЙ

Терминология в области медицинской помощи транссексуалам, трансгендерам и гендерно неконформным людям быстро развивается; вводятся новые термины, а определения уже существующих меняются. Следовательно, лексика в этой области часто вызывает недопонимание, прения или несогласие. Ниже приведен список терминов в том виде, в котором они используются в Стандартах.

WPATH также признает, что многие термины, используемые в отношении этого сообщества, неидеальны. Например, термины транссексуал, трансвестит и более новый термин трансгендер – не всем кажутся корректными. Тем не менее, такие термины в большей или меньшей степени используются многими людьми. Употребляя эти термины, WPATH стремится к тому, чтобы Стандарты Помощи были понятны максимальному числу специалистов, чтобы облегчить оказание качественной медицинской помощи транссексуальным, трансгендерным и гендерно неконформным людям. WPATH остается открытой новой терминологии, которая, возможно, окажется более удачной для отражения всего различного опыта этих людей и приведет к улучшениям в доступе и оказании медицинской помощи.

FtM (англ. *female-to-male*) – люди, зарегистрированные при рождении в женском поле, которые изменяют или изменили свое тело и/или гендерную роль с женской на более мужское тело или гендерную роль.

MtF (англ. *male-to-female*) – люди, зарегистрированные при рождении в мужском поле, которые изменяют или изменили свое тело и/или гендерную роль с мужской на более женское тело или гендерную роль.

Биоидентичные гормоны (англ. *bioidentical hormones*) – гормоны, которые по структуре идентичны аналогичным гормонам, находящимся в теле человека [ACOG Committee of Gynecologic Practice, 2005]. Гормоны, используемые при биоидентичной гормональной терапии, в основном получают из растительных источников и затем обрабатывают для придания нужных свойств. По структуре они сходны с эндогенными гормонами человека.

Внутренняя трансфобия (англ. *internalized transphobia*) – дискомфорт, испытываемый человеком по отношению к своим собственным трансгендерным ощущениям или трансгендерной идентичности, как результат интернализации нормативных гендерных ожиданий общества.

Гендерная дисфория (англ. *gender dysphoria*) – дистресс, вызываемый несоответствием между гендерной идентичностью человека и его зарегистрированным при рождении полом (и связанной с ним гендерной ролью и/или первичными и вторичными половыми признаками) [Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b].

Гендерная идентичность (англ. *gender identity*) – стойкое осознание человеком своей принадлежности к мужскому (мальчик или мужчина), женскому (девочка или женщина) или альтернативному полу (например, мальчик-девочка, девочка-мальчик, трансгендер, гендерно неопределенный (гендерквир)) [Bockting, 1999; Stoller, 1964].

Гендерная роль, или гендерное самовыражение (англ. *gender role, or gender expression*) – особенности личности, внешности и поведения, которые в данной культуре и историческом периоде считаются мужскими или женскими (то есть более типичны для мужской или женской социальной роли) [Ruble, Martin, & Berenbaum, 2006]. Несмотря на то, что большинство людей четко проявляют в социуме либо мужскую, либо женскую гендерную роль, некоторые выступают в альтернативной гендерной роли (например, гендерно неопределенного или трансгендерного человека). При этом, все люди склонны объединять в своем гендерном самовыражении и мужские, и женские черты – различными способами и в различной степени [Bockting, 2008].

Гендерно неконформные люди (гендерно неконформные люди) (англ. *gender-nonconforming*) – люди, чья гендерная идентичность, гендерная роль или гендерное самовыражение отличаются от принятых для их зарегистрированного пола в данной культуре и историческом периоде.

Гендерно неопределенные люди, гендерквир (англ. *genderqueer*) – люди, чья гендерная идентичность и/или гендерная роль не укладываются в бинарное понимание пола, ограниченное категориями «мужчина» и «женщина», «мужской» или «женский» [Bockting, 2008].

Нарушения формирования пола (НФП) (англ. *disorders of sex development (DSD)*) – врожденные нарушения, при которых хромосомный, гонадный или анатомический пол атипичны. Некоторые люди возражают против термина «нарушение», предпочитая рассматривать эти врожденные состояния как разнообразие [Diamond, 2009] и использовать термины интерсекс или интерсексуальность.

Натуральные гормоны (англ. *natural hormones*) – гормоны, полученные из естественных источников (растений или животных). Разновидность натуральных гормонов – биоидентичные гормоны.

Операции по коррекции пола (англ. *sex reassignment surgery*) – операции по изменению первичных и/или вторичных половых признаков с целью приведения их в соответствие с гендерной идентичностью человека. Операции по коррекции пола могут быть важной частью терапии гендерной дисфории.

Переодевание (трансивестизм) (англ. *cross-dressing (transvestism)*) – периодическое ношение одежды и подача себя в гендерной роли, которые в данной культуре более свойственны противоположному полу.

Переход (англ. *transition*) – период времени, в течение которого люди изменяют приписанную им с рождения гендерную роль на другую. Для многих людей переход влечет за собой освоение навыков жизни в социально иной гендерной роли; для других переход означает нахождение гендерной роли и самовыражения, наиболее комфортных для них. Переход может включать или не включать феминизацию или маскулинизацию тела посредством гормонов или других медицинских процедур. Характер и длительность перехода варьируются и являются индивидуальными.

Пол (англ. *sex*) – регистрируется при рождении как мужской или женский, обычно на основании внешнего вида наружных половых органов. Когда наружные половые органы неопределенны, для регистрации пола [Grumbach, Hughes, & Conte, 2003; MacLaughlin & Donahoe, 2004; Money & Ehrhardt, 1972; Vilain, 2000] во внимание принимаются другие компоненты пола (внутренние половые органы, хромосомный и гормональный пол). У большинства людей гендерная идентичность и гендерное самовыражение совпадают с их полом, зарегистрированным при рождении. У транссексуальных, трансгендерных и гендерно неконформных людей – отличаются от зарегистрированного пола.

Расстройство гендерной идентичности (англ. *gender identity disorder*) – официальный диагноз, сформулированный в Диагностико-статистическом руководстве по психическим расстройствам (DSM-IV-TR)⁸ [American Psychiatric Association, 2000]. Расстройство гендерной идентичности характеризуется выраженной, устойчивой идентифика-

⁸ В более новой редакции DSM-5, изданной в 2013 году, диагноз поменял свое название на гендерная дисфория (англ. *gender dysphoria*).

цией с противоположным полом и стойким дискомфортом по поводу своего пола или чувством несоответствия гендерной роли этого пола. Это вызывает клинически значимый дистресс или ухудшение качества жизни в социальной, профессиональной и других областях.

Трансгендерные люди (англ. *transgender*) – люди, которые не соответствуют установленным в обществе категориям пола или выходят за их пределы. Гендерная идентичность трансгендеров в различной степени отличается от их пола, зарегистрированного при рождении [Bockting, 1999]. Так как понятие трансгендерные люди объединяет в себе и транссексуальных, и гендерно неконформных людей, в данных Стандартах оно может использоваться как обобщающее понятие, обозначающее всех людей, чья гендерная идентичность не коррелирует прямым образом с их биологическим полом.

Транссексуальные люди (англ. *transsexual*) – люди, стремящиеся изменить или уже изменившие свои первичные и/или вторичные половые признаки посредством феминизирующих или маскулинизирующих медицинских вмешательств (гормонов и/или операций), обычно сопровождающихся окончательной сменой гендерной роли.

Экстемпоральная биоидентичная гормональная терапия (англ. *bioidentical compounded hormone therapy*) – применение гормонов, приготовленных, смешанных, составленных, упакованных или помеченных фармацевтом как лекарственное средство и сделанных на заказ для пациента, в соответствии с предписаниями врача. Одобрение государственным надзорным органом каждого экстемпорального препарата, сделанного для индивидуального потребителя, невозможно.

I. Назначение и применение Стандартов Помощи

Всемирная профессиональная ассоциация по трансгендерному здоровью (World Professional Association for Transgender Health (WPATH))⁹ – это международная, междисциплинарная, профессиональная ассоциация, чьей миссией является содействие научно-обоснованному здравоохранению, просвещению, исследованиям, государственной политике, защите интересов и здоровья транссексуальных и трансгендерных людей. Концепция WPATH – это мир, в котором транссексуальные, трансгендерные и гендерно неконформные люди могут получать качественную медицинскую помощь и пользоваться социальными услугами наравне с другими людьми.

Одной из основных функций WPATH является издание Стандартов Помощи транссексуальным, трансгендерным и гендерно неконформным людям¹⁰. Стандарты основаны на самых современных научных исследованиях и профессиональном опыте¹¹. Значительная часть исследований и клинического опыта в данной области была получена в странах Северной Америки и Западной Европы; таким образом, адаптация Стандартов в других регионах мира является необходимой.

Общая цель Стандартов – обеспечить медицинских работников клиническими руководствами для содействия транссексуальным, трансгендерным и гендерно неконформным людям в безопасном и эффективном достижении устойчивого личного комфорта со своей гендерной идентичностью, с достижением наилучшего состояния здоровья, психологического благополучия и самореализации. Это содействие может включать в себя первичную медицинскую помощь, гинекологическую и урологическую помощь, помощь по вопросам репродукции, постановку голоса и коммуникативную терапию, психотерапевтические услуги (например, диагностику, консультирование, психотерапию), а также гормонотерапию и хирургию. Несмотря на то, что этот документ адресован, в первую очередь, медицинским специалистам, Стандарты также могут

9 Первоначальное название – *The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA)* <http://www.wpath.org/>

10 Это 7-ое издание Стандартов помощи. Предыдущие издания выпускались в 1979, 1980, 1981, 1990, 1998 и 2001 гг.

11 7-ое издание Стандартов помощи существенно отличается от предыдущих изданий. Изменения в данной версии отражают произошедшие общественные изменения, прогресс в клинических знаниях и признание многих проблем в области оказания медицинской помощи транссексуалам, трансгендерам и гендерно неконформным людям – помимо проведения гормональной терапии и операций [Coleman, 2009a, 2009b, 2009c, 2009d].

быть полезны социальным институтам, отдельным людям и их семьям.

WPATH признает, что здоровье обеспечивается не только качественной медицинской помощью, но и социальным и политическим климатом, которые гарантируют терпимость общества, равенство и полноту прав граждан. Здоровье поддерживается государственной политикой и законодательными реформами, которые поощряют терпимость и равенство по отношению к гендерному и сексуальному разнообразию и искореняют предрассудки, дискриминацию и стигму. WPATH привержено продвижению этих изменений в государственной политике и законодательстве.

Стандарты Помощи – гибкие клинические рекомендации

Стандарты предлагают рекомендации по предоставлению медицинской и психологической помощи людям, испытывающим гендерную дисфорию – сильный дискомфорт, вызванный расхождением между гендерной идентичностью и зарегистрированным при рождении полом (и связанной с ним гендерной ролью и/или первичными и вторичными половыми признаками) [Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b].

Как и во всех предыдущих версиях Стандартов, критерии для проведения гормональной терапии и хирургического лечения гендерной дисфории являются клиническими рекомендациями; отдельные медицинские специалисты и программы могут модифицировать их. Отклонения от Стандартов могут возникать:

- в зависимости от конкретных анатомических, социальных или психологических особенностей пациента;
- в результате применения опытным медицинским специалистом своего метода работы в знакомой ему ситуации;
- когда требуется соблюсти протокол исследования;
- при недостатке ресурсов в различных регионах мира;
- при необходимости применения специальных стратегий для снижения вреда.

Эти отклонения должны быть объяснены пациенту и задокументированы в информированном согласии для обеспечения правовой защиты. Эта документация также ценна для накопления новых данных,

которые могут быть проанализированы ретроспективно в интересах развития медицинской помощи и Стандартов.

Стандарты, предлагая четкие рекомендации, признают роль информированного выбора и значимость подходов, направленных на снижение вреда. Кроме того, данная версия Стандартов признает, что не все гендерно неконформные люди могут нуждаться в психологической, гормональной или хирургической помощи. Некоторые люди, обращающиеся за медицинской помощью, самостоятельно добиваются значительного прогресса в изменении гендерной роли, пола и в других проявлениях, касающихся их гендерной идентичности. Другим требуется более интенсивная помощь. Медицинские специалисты могут использовать Стандарты, чтобы помочь людям сделать выбор из всего диапазона доступных медицинских услуг, в соответствии с их клиническими потребностями и целями их гендерного самовыражения.

II. Глобальная применимость Стандартов Помощи

Хотя Стандарты предназначены для применения в любом регионе, нужно учитывать, что большая часть зафиксированного клинического опыта и знаний в данной области получена из североамериканских и западноевропейских источников. В разных регионах, как между странами, так и внутри них, существуют различия в отношении общества к трансгендерным людям, в гендерных ролях, в соответствующей терминологии, в происхождении гендерной дисфории, в доступности лечения, в предлагаемых видах лечения; в количестве и профиле специалистов, оказывающих помощь, в правовых вопросах и вопросах политики в данной области здравоохранения [Winter, 2009].

В международном документе, каким являются Стандарты, сложно учесть все эти различия. Поэтому медицинским специалистам может понадобиться адаптировать Стандарты к местным реалиям.

В некоторых регионах гендерно неконформные люди встречаются в большем количестве и легко заметны в обществе [Peletz, 2006]. В подобных условиях людям свойственно начинать изменения в гендерном самовыражении и физическом облике в подростковом возрасте или даже раньше. Многие люди живут в совершенно ином социальном, культурном и даже языковом контекстах. Тем не менее, почти все эти люди сталкиваются с предубеждением [Peletz, 2006; Winter, 2009]. Во многих культурах социальная стигма по отношению к гендерно неконформным людям широко распространена, и гендерные роли жестко закреплены [Winter et al., 2009]. Гендерно неконформные люди в таких условиях вынуждены скрывать свою идентичность, и вследствие этого могут испытывать нехватку адекватной медицинской помощи [Winter, 2009].

Стандарты не предполагают ограничение усилий по обеспечению наилучшей из доступной помощи всем людям. Медицинские специалисты во всем мире – даже в странах с ограниченными ресурсами и возможностями обучения – могут применять ключевые принципы, являющиеся основой Стандартов:

- проявлять уважение к пациентам с неконформной гендерной идентичностью (не патологизировать различия в гендерной идентичности или самовыражении);
- предоставлять помощь (или направлять к осведомленным коллегам) и быть готовым принять гендерную идентичность пациента, что

снизит дистресс от гендерной дисфории (если она имеется);

- приобретать знания о медицинских потребностях транссексуальных, трансгендерных и гендерно неконформных людей, включая пользу и риски, которые предполагает терапия гендерной дисфории;

- подбирать терапию с учетом потребностей и целей пациента;

- облегчать пациенту доступ к соответствующей помощи;

- получать информированное согласие пациента до начала лечения;

- обеспечивать преемственность лечения и быть готовым поддерживать человека и защищать его интересы в его семье и среде общения (в школе, на месте работы и в других коллективах).

III. Различие между гендерной неконформностью и гендерной дисфорией

Проблема патологизации транссексуальных, трансгендерных и гендерно неконформных людей

В мае 2010 г. WPATH опубликовала обращение, призывающее все страны мира не рассматривать гендерную неконформность как психопатологию [WPATH Board of Directors, 2010]. В этом обращении подчеркивалось, что «проявление гендерных характеристик (включая идентичности), которые отличаются от типичных для установленного при рождении пола, является обычным явлением, которое не следует рассматривать как патологическое или негативное».

К сожалению, во многих обществах по всему миру гендерная неконформность провоцирует стигматизацию. Стигматизация может приводить к предубеждениям и дискриминации, что порождает «стресс меньшинства» [I.H. Meyer, 2003]. Стрессу меньшинства подвергаются небольшие группы людей, этот стресс социально обусловлен и держится долгое время, увеличивает подверженность данной группы людей тревожности и депрессиям [Institute of Medicine, 2011]. Вдобавок к предубеждению и дискриминации в обществе в целом, стигма может способствовать плохому обращению и пренебрежению к человеку со стороны его сверстников и членов семьи, что, в свою очередь, может вести к психологическому дистрессу.

Гендерная неконформность и гендерная дисфория

Гендерная неконформность подразумевает степень, в которой гендерная идентичность, роль или гендерное самовыражение человека отличается от общественных норм, приписываемых людям определенного пола [Institute of Medicine, 2011]. Гендерная дисфория подразумевает сильный дискомфорт, обусловленный расхождением между гендерной идентичностью человека и полом, установленным при рождении (а также соответствующей гендерной ролью и/или первичными и вторичными половыми признаками) [Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b]. Важно отметить, что только некоторые гендерно неконформные люди испытывают гендерную дисфорию в определенный

период жизни.

Различные виды терапии помогают людям с гендерной дисфорией проанализировать свою гендерную идентичность и найти гендерную роль, которая наиболее для них комфортна [Bokting & Goldberg, 2006]. Терапия подбирается индивидуально и может варьироваться в каждом конкретном случае. Это может быть психотерапевтический процесс, либо гормональное или хирургическое вмешательство (либо сочетания этих способов). Варианты медицинского вмешательства включают феминизацию или маскулинизацию тела посредством гормональной терапии и/или хирургических операций. Все эти способы достаточно эффективны для облегчения гендерной дисфории и являются необходимыми для многих трансгендерных людей. Варианты гендерной идентичности и самовыражения весьма разнообразны, поэтому гормонотерапия и хирургическое вмешательство являются лишь двумя вариантами из множества доступных видов помощи людям в достижении комфорта с собой.

Медицинская и психологическая помощь может облегчить гендерную дисфорию в значительной степени [Murad et al., 2010]. И хотя в некоторые периоды жизни дисфория может вновь проявляться, многие из проходящих терапию людей находят комфортную для себя гендерную роль, даже если она отличается от роли, приписанной им биологическим полом, или от доминирующих гендерных норм и ожиданий.

Диагнозы, сопутствующие гендерной дисфории

Некоторые люди испытывают гендерную дисфорию в такой степени, что переживаемый дистресс соответствует критериям для постановки диагноза, отнесенного к психическим расстройствам. Такой диагноз не должен становиться поводом для стигматизации или лишения человека гражданских прав. Существующие системы классификации, такие, как Диагностическое и статистическое руководство психических расстройств (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) [American Psychiatric Association, 2000] и Международная классификация болезней (МКБ) [World Health Organization, 2007] описывают сотни психических расстройств, различных по возникновению, течению, патогенезу, функциональным нарушениям и излечимости. В обеих системах классифицируются не сами пациенты, а сочетания симптомов и состояний. Термин «расстройство» подразумевает состояние, в котором человек может на-

ходиться, но никоим образом не характеризует самого человека.

Таким образом, транссексуалов, трансгендеров и гендерно неконформных людей по сути нельзя назвать людьми с функциональными нарушениями. Однако можно сказать, что гендерная дисфория является дискомфортным состоянием, которое, будучи диагностированным, имеет различные варианты лечения. Существование подобного диагноза часто облегчает доступ к медицинской помощи и может способствовать нахождению эффективных способов лечения.

Исследования ведут к появлению новых диагностических перечней; термины меняются как в DSM [Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b; Meyer-Bahlburg, 2010; Zucker, 2010], так и в МКБ. По этой причине в Стандартах используются привычные термины, а новые термины сопровождаются определениями. Медицинским специалистам следует сверяться с наиболее современными диагностическими критериями и соответствующими кодами для применения в своей практике.

IV. Распространенность явлений транссексуальности, трансгендерности и гендерной неконформности

Формальные исследования числа случаев и распространенности транссексуальности, трансгендерности и гендерной неконформности не проводились, а попытки получить реалистичную оценку сопряжены с большими трудностями [Institute of Medicine, 2011; Zucker & Lawrence, 2009]. Даже если принять долю транссексуальных, трансгендерных и гендерно неконформных людей одинаковой в разных регионах, культурные различия между странами будут оказывать влияние на поведенческие проявления людей разной гендерной идентичности, а также на степень проявления гендерной дисфории среди населения. В большинстве стран выход за нормативные гендерные границы не поощряется обществом, но в отдельных культурах есть примеры гендерно неконформного поведения (например, среди духовных лидеров), которые осуждаются в меньшей степени, либо даже поддерживаются [Besnier, 1994; Bolin, 1988; Chiñas, 1995; Coleman, Colgan, & Gooren, 1992; Costa & Matzner, 2007; Jackson & Sullivan, 1999; Nanda, 1998; Taywaditep, Coleman, & Dumronggittigule, 1997].

По разным причинам исследователи, изучавшие распространенность описываемых явлений, как правило, фокусировались на наиболее легко доступной для подсчета подгруппе гендерно неконформных людей – транссексуалах, испытывающих гендерную дисфорию и обращающихся за помощью по коррекции пола в гендерные клиники [Zucker & Lawrence, 2009]. Большинство исследований проводилось в странах Европы – Швеции [Wålinder, 1968, 1971], Великобритании [Hoenig & Kenna, 1974], Нидерландах [Bakker, Van Kesteren, Gooren & Bezemer, 1993; Eklund, Gooren & Bezemer, 1988; van Kesteren, Gooren & Megens, 1996], Германии [Weitze & Osburg, 1996], Бельгии [De Cuypere et al., 2007]. Одно исследование было проведено в Сингапуре [Tsoi, 1988].

De Cuypere с коллегами (2007) на протяжении 39 лет выполняли обзоры этих работ, а также провели собственное исследование. Если не учитывать сильно расходящиеся результаты, полученные Pauly в 1965 г. и Tsoi в 1988 г., десять исследований, проведенных в восьми странах, показали, что распространенность MtF-транссексуалок составляет от 1:11900 до 1:45000, FtM-транссексуалов – от 1:30400 до 1:200000. Некоторые исследователи предполагают, что распространенность намного выше, и результат зависит от применяемых методов [Olyslager & Conway,

2007].

Прямое сопоставление между исследованиями невозможно, так как все они различаются по методам сбора данных и критериям отбора транссексуальных людей (выполнение хирургической коррекции гениталий, прохождение гормонотерапии, обращение в клинику с целью коррекции пола и др.). В более поздних исследованиях показатели распространенности оказались более высокими, что может указывать на возрастающее количество людей, обращающихся за помощью к врачам. Это предположение подкрепляет исследование Reed и коллег (2009), которые отметили удвоение количества людей, обращающихся в гендерные клиники Великобритании, за каждые 5–6 лет. Аналогично, Zucker и коллеги (2008) отметили 4–5-кратное увеличение количества обращений детей и подростков в клинику в Торонто (Канада) за последние 30 лет.

Цифры, полученные в подобных исследованиях, можно считать в лучшем случае минимальными оценками. Опубликованные данные в большинстве случаев были получены из клиник, где пациенты соответствовали критериям серьезной гендерной дисфории и имели доступ к медицинскому обслуживанию. При этом не учитывалось, что предлагаемые клиникой виды терапии по их финансовой доступности, эффективности и приемлемости могут устраивать далеко не всех людей, страдающих от гендерной дисфории.

Другие клинические наблюдения (пока не подкрепленные систематическими исследованиями) подтверждают вероятность высокой распространенности гендерной дисфории по следующим причинам:

1. Ранее не распознанная гендерная дисфория иногда выявляется при наблюдении пациентов с тревожностью, депрессией, поведенческими расстройствами, злоупотреблением алкоголем или наркотиками, диссоциативными и пограничными расстройствами личности, сексуальными дисфункциями и расстройствами формирования пола [Cole, O'Boyle, Emory, & Meyer III, 1997];

2. Некоторые трансвеститы, актеры шоу трансвеститов или переодевающиеся пародисты, геи и лесбиянки также могут испытывать гендерную дисфорию [Bullough & Bullough, 1993];

3. У некоторых людей интенсивность гендерной дисфории колеблется то ниже, то выше вокруг клинического порога [Docter, 1988];

4. Гендерная неконформность среди FtM-транссексуальных лю-

дей имеет тенденцию оставаться относительно незаметной во многих культурах, в частности, для западных медицинских специалистов и исследователей, проводящих большинство исследований и на чьих данных основаны существующие оценки распространенности транссексуальности [Winter, 2009].

В целом стоит сказать, что проведенные исследования дают достаточно богатый материал, однако здравоохранение нуждается в более скрупулезных исследованиях в разных регионах по всему миру.

V. Обзор подходов к лечению гендерной дисфории

Достижения в изучении и лечении гендерной дисфории

Феномен гендерной дисфории стал более известен во второй половине XX века, когда медицинские специалисты начали оказывать помощь по коррекции гендерной дисфории, изменяя первичные и вторичные половые признаки посредством гормональной терапии и хирургического вмешательства, вместе с изменением гендерной роли. Хотя Гарри Бенджамин¹² впоследствии признал многообразие гендерной неконформности [Benjamin, 1966], изначально его внимание было сосредоточено на людях, стремящихся максимально изменить свое тело с мужского на женское или наоборот [Green & Fleming, 1990; Hastings, 1974]. Применяемый к таким пациентам клинический подход подвергся всесторонней оценке и показал свою эффективность: показатели удовлетворенности в разных исследованиях варьировались от 87% среди MtF-пациенток до 97% среди FtM-пациентов [Green & Fleming, 1990], а сожаления были чрезвычайно редки (1–1,5% среди MtF-пациенток и <1% среди FtM-пациентов) [Pfäfflin, 1993]. Действительно, обнаружилось, что для многих людей гормональная терапия и хирургическая коррекция являются необходимыми медицинскими мерами по уменьшению гендерной дисфории [American Medical Association, 2008; Anton, 2009; World Professional Association of Transgender Health, 2008].

По мере развития области медицинские специалисты признали, что, хотя многим людям для уменьшения гендерной дисфории требуются как гормональная терапия, так и хирургическая коррекция, некоторые нуждаются только в одном из этих видов помощи, а иным помощь не требуется вовсе [Bockting & Goldberg, 2006; Bockting, 2008; Lev, 2004]. Часто при помощи психотерапии отдельные люди интегрируют свои транс- или межгендерные ощущения в гендерную роль, предписанную им с рождения, и не видят необходимости феминизировать или маскулинизировать свое тело. Другим людям для смягчения гендерной дисфории достаточно изменить гендерную роль и самовыражение. Одни пациенты могут нуждаться в гормонотерапии и, возможно, в смене гендерной роли, но не в хирургической коррекции; другие могут нуждаться

12 Гарри Бенджамин (*Harry Benjamin*) – американский эндокринолог и сексолог, посвятивший более 20 лет изучению трансгендерности.

в смене гендерной роли наряду с хирургической коррекцией, но не в гормонотерапии. Другими словами, терапия гендерной дисфории становится более индивидуализированной.

Поскольку уже сформировалось поколение транссексуальных, трансгендерных и гендерно неконформных людей, многим из которых помогли разные варианты помощи, они стали более заметны как сообщество, внутри которого оказались люди разнообразной гендерной идентичности. Некоторые люди описывают себя не как гендерно неконформных, а как однозначно представителей противоположного пола (Bockting, 2008). Другие считают свою гендерную идентичность уникальной и не относят себя ни к мужчинам, ни к женщинам [Bornstein, 1994; Kimberly, 1997; Stone, 1991; Warren, 1993]. Вместо этого они могут называть себя трансгендерами, бигендерами или гендерно неопределенными, выходя за пределы бинарного понимания пола [Bockting, 2008; Ekins & King, 2006; Nestle, Wilchins, & Howell, 2002]. Они могут не ощущать процесс подтверждения гендерной идентичности как переход, потому что они никогда в полной мере не принимали гендерную роль, приписанную им с рождения, либо потому что их самореализация не требует смены одной гендерной роли на другую. Например, некоторые молодые люди, определяющие себя как гендерно неопределенные, всегда ощущали гендерную идентичность и роль именно так. Большая публичная заметность и осведомленность о гендерном разнообразии [Feinberg, 1996] дают людям с гендерной дисфорией возможность найти себя.

Медицинские специалисты могут помочь людям с гендерной дисфорией принять себя, найти способ выражения своей гендерной идентичности и принять решение о вариантах терапии для уменьшения гендерной дисфории.

Варианты психологической и медицинской помощи при гендерной дисфории

Существуют различные варианты помощи при гендерной дисфории, которые могут применяться по-разному с учетом конкретного случая [Bockting, Knudson, & Goldberg, 2006; Bolin, 1994; Rachlin, 1999; Rachlin, Green & Lombardi, 2008; Rachlin, Hansbury & Pardo, 2010]. Варианты помощи включают:

- психологическую помощь в изменении гендерного самовыраже-

ния и роли в повседневной жизни на на совпадающие с гендерной идентичностью самовыражение или роль (всё время либо какую-то часть времени);

- гормонотерапию для феминизации или маскулинизации тела;
- хирургическую коррекцию с целью изменения первичных и/или вторичных половых признаков (например, молочных желез/груди, внешних и/или внутренних половых органов, черт лица, очертаний тела);
- психотерапию (индивидуальную, парную, семейную, либо групповую) – для исследования гендерной идентичности, роли и их проявления; уменьшения негативного влияния гендерной дисфории и стигмы на психическое здоровье, облегчения внутренней трансфобии, расширения социальной поддержки и взаимопомощи, улучшения восприятия тела и развития стрессоустойчивости.

Другие варианты помощи

В дополнение (или в качестве альтернативы) к вышеописанным вариантам могут проводиться:

- группы или сообщества взаимопомощи, а также Интернет-ресурсы, которые предоставляют социальную поддержку и защиту интересов;
- группы поддержки и сетевые ресурсы для ближнего окружения трансгендерных людей;
- постановка голоса и коммуникативная терапия, для развития вербальных и невербальных навыков общения;
- удаление волос с помощью электролиза, лазера или воска;
- бинтование или использование накладной груди, маскировка гениталий или использование фаллопротеза, использование накладных бедер и ягодиц;
- смена имени и пола в удостоверяющих личность документах.

VI. Оценка состояния и терапия детей и подростков с гендерной дисфорией

Существует ряд различий в диагностике и терапии гендерной дисфории у детей, подростков и взрослых. У детей и подростков процесс физического и психосексуального развития носит бурный характер, отличается пластичностью и разнообразием результатов, особенно у детей препубертатного возраста.

Различия между детьми и подростками с гендерной дисфорией

Детская и подростковая гендерная дисфория сохраняется во взрослом возрасте в неодинаковых пропорциях¹³. Детская гендерная дисфория не обязательно продолжается во взрослом возрасте. Катамнезы детей препубертатного возраста (в основном мальчиков), которых направляли в клиники для оценки гендерной дисфории, показали, что дисфория сохранилась во взрослом возрасте только у 6–23% детей [Cohen-Kettenis, 2001; Zucker & Bradley, 1995]. Участники этих исследований чаще идентифицировали себя во взрослом возрасте как геи, а не трансгендеры [Green, 1987; Money & Russo, 1979; Zucker & Bradley, 1995; Zuger, 1984]. Более поздние исследования, также включившие и девочек, установили, что гендерная дисфория сохранялась во взрослом возрасте в 12-27% случаев [Drummond, Bradley, Peterson-Badali, & Zucker, 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008].

Сохранение же подростковой гендерной дисфории во взрослом возрасте гораздо более вероятно. Официальные лонгитюдные исследования не проводились. Однако катамнез 70-ти подростков с диагнозом «гендерная дисфория», проходивших терапию по подавлению полового созревания¹⁴ показал, что, все в дальнейшем осуществили изменение пола, начав с феминизирующей/маскулинизирующей гормональной терапии [de Vries, Steensma, Doreleijers, & Cohen-Kettenis, 2010].

¹³ Гендерно неконформное поведение у детей может продолжаться и во взрослом возрасте, однако оно не обязательно говорит о гендерной дисфории и необходимости ее лечения. Как описано в разделе III, разнообразие гендерного самовыражения само по себе не указывает на гендерную дисфорию.

¹⁴ Терапия, подавляющая половое созревание (англ. *Puberty suppression therapy*) – гормональная терапия, проводимая в подростковом возрасте с целью отсрочить формирование нежелательных половых признаков до момента принятия осознанного решения о коррекции пола.

Еще одно различие между детьми и подростками с гендерной дисфорией состоит в численном соотношении полов в каждой возрастной группе. Среди направленных в клиники детей младше 12 лет с гендерной дисфорией соотношение мальчиков к девочкам колебалось от 6:1 до 3:1 [Zucker, 2004]. Среди направленных в клиники подростков с гендерной дисфорией старше 12 лет соотношение полов было близким к 1:1 [Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003].

Официальных эпидемиологических исследований гендерной дисфории у детей, подростков и взрослых проводится недостаточно. Необходимы дополнительные исследования для уточнения оценок ее распространенности и устойчивости среди населения разных стран мира.

Феноменология у детей

Дети могут проявлять признаки гендерной дисфории уже в двухлетнем возрасте. Они могут проявлять желание быть ребенком другого пола и ощущать дискомфорт по поводу своей анатомии и физиологии. Кроме того, они могут предпочитать одежду, игры и игрушки, которые обычно свойственно выбирать детям другого пола, и предпочитать играть с ровесниками другого пола. Некоторые дети демонстрируют крайне гендерно неконформное поведение, сопровождаемое постоянным и сильным дискомфортом по поводу своих первичных половых признаков. У других детей эти проявления не такие сильные или присутствуют лишь частично [Cohen-Kettenis et al., 2006; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010a].

Дети с гендерной дисфорией достаточно часто имеют сопутствующие интернализированные расстройства, такие, как тревожность и депрессия [Cohen-Kettenis, Owen, Kaijser, Bradley, & Zucker, 2003; Wallien, Swaab, & Cohen-Kettenis, 2007; Zucker, Owen, Bradley, & Ameeriar, 2002]. Есть также предположения о более высокой распространенности расстройств аутического характера у направленных в клиники детей с гендерной дисфорией, чем у остального населения [de Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berckelaer-Onnes, & Doreleijers, 2010].

Феноменология у подростков

У большинства детей гендерная дисфория проходит до пубертатного периода или в ранней его стадии. Однако в некоторых случаях с развитием вторичных половых признаков чувство отвращения к своему телу усиливается [Cohen-Kettenis, 2001; Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2003; Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Zucker & Bradley, 1995]. Данные одного из исследований указывают на то, что крайние степени гендерной неконформности в детстве обычно сохраняются в позднем подростковом периоде и в начале взрослого возраста [Wallien & Cohen-Kettenis, 2008]. Тем не менее, многие подростки и взрослые, обращающиеся по поводу гендерной дисфории, не сообщают о гендерно неконформном поведении в своем детстве [Docter, 1988; Landen, Walinder, & Lundstrom, 1998]. Поэтому для окружающих (родителей, других членов семьи, друзей и знакомых) гендерная дисфория, впервые проявившаяся в подростковом возрасте, может стать неожиданностью.

Подростки, воспринимающие свои первичные и/или вторичные половые признаки и зарегистрированный пол не соответствующими своей гендерной идентичности, могут сильно страдать из-за этого. Многие подростки с гендерной дисфорией (хотя и не все) стремятся принимать гормоны и сделать хирургическую коррекцию. Все больше подростков начинают жить в желаемой гендерной роли еще до окончания школы [Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2003].

Доля подростков, направляемых в гендерные клиники для прохождения терапии по подавлению полового созревания на первых стадиях Таннера¹⁵, отличается по странам и центрам. Не все клиники предлагают подобную терапию. Терапию разрешается начинать на 2–4 стадиях Таннера [Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006; Zucker et al., 2012]. Доля подростков, допускаемых к терапии, по всей видимости, зависит от организации медицинской помощи, страхового покрытия, культурных различий, мнения медицинских специалистов и процедуры диагностики.

Неопытные врачи могут принять симптомы гендерной дисфории за симптомы бреда, хотя их проявления качественно различаются. Подавляющее большинство детей и подростков с гендерной дисфорией

15 Шкала Таннера описывает этапы полового созревания у человека. Разработана британским детским эндокринологом Джеймсом Таннером. Состоит из 5-ти стадий.

не страдают скрытыми тяжелыми психическими заболеваниями, такими как психотические расстройства [Steensma, Biemond, de Boer, & Cohen-Kettenis, опубликовано онлайн перед изданием 07.01.2011].

Подростки с гендерной дисфорией достаточно часто имеют сопутствующие интернализированные расстройства (например, тревожность и депрессию) и/или экстернализированные расстройства (например, вызывающее оппозиционное расстройство) [de Vries et al., 2010]. Как и в случае с детьми, распространенность расстройств аутического характера у направленных в клиники подростков с гендерной дисфорией, по всей видимости, выше, чем у остальных подростков [de Vries et al., 2010].

Компетентность специалистов в области психического здоровья, работающих с детьми или подростками с гендерной дисфорией

Ниже перечислены рекомендуемые минимальные квалификационные требования для специалистов в области психического здоровья, работающих с детьми и подростками с гендерной дисфорией:

1. Соответствовать квалификационным требованиям к специалистам в области психического здоровья, работающим со взрослыми (см. раздел VII).
2. Пройти обучение по возрастной психопатологии детей и подростков.
3. Быть компетентными в диагностике и лечении обычных проблем детей и подростков.

Функции специалистов в области психического здоровья, работающих с детьми и подростками с гендерной дисфорией

1. Оценивать гендерную дисфорию у детей и подростков (общие рекомендации по оценке см. ниже).
2. Предоставлять семейное консультирование и поддерживающую психотерапию, чтобы помочь детям и подросткам понять свою гендерную идентичность, снизить дискомфорт, вызываемый гендерной дисфорией, и помочь в разрешении других психосоциальных трудностей.

3. Проводить оценку и терапию любых сопутствующих проблем с психическим здоровьем (или направлять к другому специалисту по психическому здоровью). Решение таких проблем является необходимым элементом всего курса лечения.

4. Направлять подростков на дополнительные методы терапии (такие, как гормональное подавление полового созревания) для уменьшения гендерной дисфории. Направление должно включать: документацию с оценкой гендерной дисфории и психического здоровья, соответствие подростка критериям отбора для проведения терапии (приведены ниже), экспертное заключение специалиста по психическому здоровью и любую другую информацию, связанную со здоровьем подростка и направлением на конкретные виды терапии.

5. Просвещать и выступать в защиту детей и подростков с гендерной дисфорией и их семей в их сообществах (например, в школах, центрах дневного ухода за детьми, детских лагерях). Это особенно важно, так как дети и подростки, не соответствующие предписанным обществом гендерным нормам, могут стать жертвами нападков [Grossman, D'Augelli, & Salter, 2006; Grossman, D'Augelli, Howell, & Hubbard, 2006; Sausa, 2005], подвергнуться риску социальной изоляции, депрессии и других негативных последствий [Nuttbrock et al., 2010].

6. Предоставлять детям, подросткам и их семьям информацию о наличии групп взаимопомощи (например, групп поддержки для родителей трансгендерных и гендерно неконформных детей) [Gold & MacNish, 2011; Pleak, 1999; Rosenberg, 2002].

Диагностика и психосоциальная помощь детям и подросткам может осуществляться в многопрофильных гендерных центрах. Если они отсутствуют, специалист по психическому здоровью должен оценивать состояние ребенка или подростка и принимать любые решения о физических вмешательствах совместно с педиатром-эндокринологом.

Психологическая оценка детей и подростков

При оценке состояния детей и подростков, обращающихся по поводу гендерной дисфории, специалистам по психическому здоровью желательно придерживаться следующих рекомендаций:

1. Специалисты по психическому здоровью не должны игнориро-

вать или выражать негативное отношение к неконформным гендерным идентичностям или признакам гендерной дисфории. Желательно признать, что проблема существует, провести тщательную оценку гендерной дисфории и других сопутствующих проблем психического здоровья и проконсультировать подростка и его семью по поводу вариантов терапии (если она необходима). Готовность снять с проблемы ореол секретности и обсудить ее может принести ребенку и его семье значительное облегчение.

2. При оценке гендерной дисфории и психического здоровья следует изучить особенности гендерной идентичности; провести психодиагностическую и психиатрическую оценку эмоциональной сферы, взаимоотношений со сверстниками и других социальных связей, функционирование интеллекта и достижения в учебе. Обследование должно также предусматривать изучение характера семейных взаимоотношений. В окружении такого ребенка или подростка достаточно часто наблюдаются эмоциональные и поведенческие проблемы [de Vries, Doreleijers, Steensma, & Cohen-Kettenis, 2011; Di Ceglie & Thummel, 2006; Wallien et al., 2007].

3. Подростков и членов их семей следует проинформировать о возможностях и ограничениях разных видов терапии. Это необходимо как для получения информированного согласия, так и для оценки проблемы. Сама по себе реакция подростка на эту информацию может быть информативна с диагностической точки зрения. Предоставленная информация может заставить подростка пересмотреть свои взгляды на терапию, если они основывались на нереалистичных ожиданиях.

Психологические и социальные меры помощи детям и подросткам

Оказывая психологическую помощь детям и подросткам с гендерной дисфорией, медицинским работникам желательно придерживаться следующих рекомендаций:

1. Специалистам в области психического здоровья следует помогать семье принять своего ребенка или подростка, испытывающего гендерную дисфорию. Семья играет важную роль в психологическом здоровье и благополучии подростка [Brill & Pepper, 2008; Lev, 2004]. Это также касается сверстников и окружающих взрослых, так как они могут послу-

жить дополнительным источником социальной поддержки.

2. Психотерапия должна быть сосредоточена на уменьшении у ребенка или подростка дистресса, связанного с гендерной дисфорией, и на решении других психосоциальных проблем. Для подростков, намеренных пройти коррекцию пола, психотерапевтическое сопровождение может быть сосредоточено на поддержке до перехода, во время перехода, и после него. Никаких официальных оценок эффективности различных психотерапевтических подходов нет, но несколько методов консультирования уже описано [Cohen-Kettenis, 2006; de Vries, Cohen-Kettenis, & Delemarre-van de Waal, 2006; Di Ceglie & Thummel, 2006; Hill, Menvielle, Sica, & Johnson, 2010; Malpas, 2011; Menvielle & Tuerk, 2002; Rosenberg, 2002; Vanderburgh, 2009; Zucker, 2006].

Важно отметить, что попытки изменить гендерную идентичность и гендерное самовыражение человека с целью их большего соответствия зарегистрированному полу предпринимались в прошлом безуспешно [Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964], особенно в долгосрочной перспективе [Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965]. Такая терапия больше не считается этической.

3. Следует помочь семье ребенка справиться с чувством неуверенности и тревоги по поводу возможных результатов терапии, а также помочь самому ребенку выработать положительную самооценку.

4. Специалисты в области психического здоровья не должны навязывать ребенку бинарные представления о поле. Желательно дать ему пространство для исследования различных вариантов гендерного самовыражения. Что касается гормональных или хирургических методов вмешательства, в них нуждаются не все подростки.

5. Желательно помочь детям и их семьям установить, до какой степени ребенку оптимально выражать гендерную роль, соответствующую его идентичности в повседневной жизни, а также помочь с выбором времени для начала перехода. Например, ребенок может совершить социальный переход лишь частично (одеваясь и нося прическу приемлемого для него пола) или целиком (используя также имя и местоимения, соответствующие его гендерной идентичности). Нужно также решить непростой вопрос – следует ли информировать других людей о ситуации ребенка, когда это лучше сделать и какова может быть их реакция.

6. Медицинские работники должны образовывать и поддерживать

детей и их семьи в их взаимодействиях с учителями, школьными советами и судами.

7. Желательно, чтобы специалист в области психического здоровья установил терапевтические отношения с гендерно неконформным ребенком и его семьей и наблюдал его в течение последующих социальных изменений или физических вмешательств. Это позволит регулярно пересматривать вопрос о гендерном самовыражении и терапии гендерной дисфории, принимать наиболее взвешенные решения относительно дальнейших действий. Аналогичный подход следует применять, если подросток изменил гендерную роль еще до визита к специалисту.

Социальный переход в раннем детстве

Некоторые дети еще задолго до полового созревания заявляют о желании перейти в другую гендерную роль. Для одних детей это желание – следствие гендерной идентичности, а у других может быть обусловлено иными причинами. Семьи сильно различаются по готовности позволить своему ребенку сменить гендерную роль, хотя успешный социальный переход в раннем детстве имеет место в некоторых семьях. Вопрос этот спорный, поэтому медицинские специалисты придерживаются разных взглядов. Пока что не собрано достаточно сведений, чтобы оценить долгосрочные результаты смены гендерной роли в раннем детстве. Катamnестические исследования детей, осуществивших ранний гендерный переход смогут существенно дополнить клинические рекомендации.

Специалисты в области психического здоровья могут помочь семьям с детьми младшего возраста принять решение о том, когда и как оптимально осуществить смену гендерной роли. Они должны предоставить информацию родителям о потенциальных преимуществах и рисках разных вариантов решения. Следует иметь в виду уже упомянутые выше невысокие показатели сохранения детской гендерной дисфории во взрослом возрасте [Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008]. Возвращение к первоначальной гендерной роли может быть настолько сложным и дискомфортным, что ребенок может не решаться на этот второй переход [Steensma & Cohen-Kettenis, 2011]. По этой причине родителям, возможно, будет лучше предложить своему ребенку попробовать пожить в другой гендерной роли, сделав акцент на ее обратимо-

сти. Специалисты могут помочь родителям в нахождении возможных компромиссных решений (например, смена социальной роли на время выходных дней). Важно, чтобы родители ясно дали ребенку знать, что есть путь назад.

Вне зависимости от конкретных решений членов семьи относительно перехода, следует предоставлять семье поддержку и консультативную помощь по мере реализации избранного пути и возникновения различных последствий. Даже если родители не позволяют своему ребенку осуществить переход, им следует помочь установить эмоционально близкие и доверительные отношения, чтобы у ребенка была возможность разобраться в гендерных переживаниях и поведении в безопасной среде. Если родители разрешают ребенку осуществить переход, им может понадобиться консультирование для закрепления положительного опыта. Например, в использовании нужных местоимений в общении с ребенком, организации безопасной среды в школе и в общении со сверстниками и взрослыми. По мере приближения к пубертату может потребоваться дополнительное обследование для решения вопроса о возможных вариантах медицинского вмешательства.

Медицинская помощь подросткам

Прежде чем рассматривать варианты медицинского вмешательства, необходимо подробно изучить психологическую, семейную и социальную ситуацию, в которой находится подросток. Это может занять разное время, в зависимости от сложности ситуации.

Медицинские вмешательства должны рассматриваться в контексте подросткового развития. Подростки могут жестко придерживаться некоторых взглядов на идентичность и решительно их выражать, создавая иллюзию необратимости. Напротив, сдвиг в сторону гендерной конформности может произойти в угоду родителям и оказаться недолгим, не отражать долговременные изменения в гендерной дисфории [Hembree et al., 2009; Steensma et al., online-publication, 2011].

Медицинские вмешательства у подростков подразделяются на три категории или этапа [Hembree et al., 2009]:

1. Полностью обратимые вмешательства. Включают терапию, подавляющую половое созревание – применение аналогов гонадотро-

пин-рилизинг-фактора (GnRH) для подавления секреции эстрогена или тестостерона, что позволяет отсрочить наступление телесных пубертатных изменений. Альтернативные варианты терапии включают: прием прогестинов (чаще всего Депо-провера) или других препаратов (верошпирон), которые ослабляют действие андрогенов, выделяемых яичками (если подросток не принимает аналоги гонадолиберина). Для подавления менструаций могут применяться пероральные контрацептивы (или Депо-провера).

2. Частично обратимые вмешательства. Включают гормонотерапию по маскулинизации или феминизации тела. Некоторые изменения, вызываемые гормонами, могут требовать пластических операций для создания противоположного результата (например, гинекомастия, вызванная эстрогенами), в то время как другие изменения необратимы (например, понижение голоса, вызванное тестостероном).

3. Необратимые вмешательства. К ним относятся хирургические операции.

Производить изменения тела рекомендуется поэтапно. Переходить от одного этапа к другому не следует, пока не пройдет достаточно времени для того, чтобы подросток и его родители полностью освоились с произошедшими переменами.

Полностью обратимые вмешательства

Подростки соответствуют критериям для назначения терапии, подавляющей половое созревание, как только начались пубертатные изменения. Для того чтобы подростки и их родители могли принять обоснованное решение о задержке наступления пубертата, рекомендуется, чтобы подросток дошел, по крайней мере, до 2-ой стадии Таннера. Некоторые дети доходят до этой стадии очень рано (в возрасте около 9 лет). Исследования, оценивающие этот подход, включали детей только 12-ти лет и старше [Cohen-Kettenis, Schagen, Steensma, de Vries, & Delemarre-van de Waal, 2011; de Vries, Steensma et al., 2010; Delemarre-van de Waal, van Weissenbruch, & Cohen Kettenis, 2004; Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006].

Гормональное подавление полового созревания имеет две цели:

1. Дать подростку больше времени на принятие гендерной нонкон-

формности и решения других проблем развития;

2. Облегчить переход, не допустив развития нежелательных половых признаков, которые будет трудно или невозможно вернуть в исходное состояние, если подросток впоследствии решит продолжать переход.

Подавление полового созревания может продолжаться несколько лет, в течение которых принимается решение о прекращении гормонотерапии, либо о начале феминизирующей/маскулинизирующей гормонотерапии. Подавление полового созревания не обязательно ведет к социальному переходу или к коррекции пола.

Критерии для назначения подросткам терапии, подавляющей половое созревание

1. У подростка проявляется долговременная и сильная гендерная неконформность или гендерная дисфория (выраженная или подавленная).

2. Гендерная дисфория возникла или усилилась с началом полового созревания.

3. Сопутствующие психологические, медицинские или социальные проблемы, которые могли бы создать помехи при прохождении терапии, разрешены, и состояние подростка достаточно стабильно для начала терапии.

4. Подросток дал информированное согласие или его родители (опекуны) согласны на терапию (если подросток еще не достиг возраста медицинского согласия) и готовы поддерживать подростка в процессе лечения.

Прием препаратов, мониторинг и риски терапии, подавляющей половое созревание

Для подавления полового созревания подросткам с мужскими гонадотропинами следует назначать аналоги гонадолиберина, которые останавливают секрецию лютеинизирующего гормона и, таким образом, секрецию тестостерона. В качестве альтернативы можно назначать про-

гестины (Провера) или другие препараты, блокирующие секрецию тестостерона и/или нейтрализующие действие тестостерона.

Подросткам с женскими гениталиями следует назначать аналоги гонадолиберина, которые останавливают продуцирование эстрогенов и прогестерона. В качестве альтернативы можно назначать прогестины (Провера). Продолжительный прием пероральных контрацептивов (или Депо-Провера) может использоваться для подавления менструаций. В обеих группах подростков применение аналогов гонадолиберина является предпочтительным лечением [Hembree et al., 2009], но высокая стоимость этих препаратов может быть преградой некоторым пациентам.

При подавлении полового созревания необходимо внимательно отслеживать физическое развитие подростка – предпочтительно, детскому эндокринологу – чтобы можно было провести необходимые процедуры (например, оценить соответствие роста гендерным предпочтениям подростка, привести в норму низкую плотность костной ткани) [Hembree et al., 2009].

Применение подавляющих половое созревание гормонов в раннем пубертате помогает максимально сгладить отрицательные социальные и эмоциональные последствия гендерной дисфории. Вмешательство в младшем подростковом возрасте желательно проводить под наблюдением детского эндокринолога. Подростки с мужскими гениталиями, начинающие принимать аналоги гонадолиберина в раннем пубертате, должны быть проинформированы, что вследствие этой терапии ткани пениса может оказаться недостаточно для применения техники пенальной инверсии при вагинопластике (альтернативные техники, такие как использование кожного лоскута или тканей толстой кишки, остаются доступными).

Подавление полового созревания, так же как и невмешательство в половое созревание, не может считаться нейтральным. С одной стороны, дальнейшая жизнь человека может быть осложнена появлением необратимых вторичных половых признаков и, как следствие, усилением гендерной дисфории. С другой стороны, есть опасения по поводу побочных эффектов применения аналогов гонадолиберина (например, их влияние на развитие костей и на рост). Хотя самые первые результаты этого терапевтического подхода (оцененные для подростков, наблюдаемых более 10 лет) обнадеживают [Cohen-Kettenis et al., 2011; Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006], долгосрочные результаты могут быть выяс-

нены только тогда, когда первые пациенты достигнут соответствующего возраста.

Частично обратимые вмешательства

Подростки могут допускаться к началу феминизирующей/маскулинизирующей гормонотерапии, но, предпочтительно, с согласия родителей. Во многих странах 16-летние граждане юридически считаются взрослыми для принятия медицинских решений, и им не требуется родительское согласие. В идеальном случае, лечебные решения должны приниматься совместно подростком, семьей и медицинскими работниками.

Схемы приема гормональных препаратов подростками значительно отличаются от схем для взрослых пациентов [Hembree et al., 2009]. Для подростков схемы приема гормонов адаптированы с учетом их соматического, эмоционального и психического развития в этом возрасте [Hembree et al., 2009].

Необратимые вмешательства

Хирургические операции на гениталиях должны проводиться только при выполнении следующих условий:

1. Подросток достиг юридического возраста совершеннолетия;
2. Подросток имеет опыт непрерывной жизни не менее 12 месяцев в гендерной роли, соответствующей его гендерной идентичности.

Достижение совершеннолетия является необходимым условием для направления на операцию, но никак не самостоятельным поводом для ее выполнения.

Хирургическая коррекция груди у FtM-подростков может выполняться и раньше – но, желательно, по истечении достаточного количества времени, прожитого в предпочитаемой гендерной роли, и после одного года терапии тестостероном. Цель предлагаемой последовательности – дать FtM-подросткам возможность прожить и социально приспособиться к маскулинной гендерной роли, прежде чем подвергнуться необратимой операции. Могут выбираться и другие подходы, в зависимости от конкретной клинической ситуации подростка и от его

пожеланий.

Риски отказа подросткам в терапии

Отказ подросткам в своевременных медицинских вмешательствах может продлить гендерную дисфорию и способствовать формированию нежелательной внешности, что может провоцировать оскорбления со стороны сверстников и стигматизацию. Так как уровень насилия по признаку пола тесно связан со степенью психиатрического дистресса в подростковом возрасте [Nuttbrock et al., 2010], отказ в подавлении полового созревания и последующей феминизирующей или маскулинизирующей гормональной терапии не является нейтральным вариантом для подростков.

VII. Психическое здоровье

Транссексуальные, трансгендерные и гендерно неконформные люди могут обращаться за помощью к специалистам в области психического здоровья по многим причинам. Вне зависимости от причин обращения, специалисты должны обладать знаниями о гендерной неконформности, действовать с необходимой культурной компетентностью и проявлять деликатность при оказании помощи.

Компетентность специалистов в области психического здоровья, работающих со взрослыми с гендерной дисфорией

Подготовка специалистов в области психического здоровья, квалифицированных для работы со взрослыми с гендерной дисфорией, основывается на базовой общеклинической подготовке по диагностике и лечению проблем психического здоровья. Клиническая подготовка может осуществляться по любой дисциплине, которая готовит специалистов по психическому здоровью к клинической практике: психологии, психиатрии, социальной работе, психолого-психиатрическому консультированию, семейной и супружеской терапии, медсестринскому делу или семейной медицине со специальной подготовкой по поведенческому здоровью и консультированию. Ниже перечислены рекомендуемые минимальные квалификационные требования для специалистов по психическому здоровью, работающих со взрослыми с гендерной дисфорией:

1. Степень магистра (или ее эквивалент) в области клинических поведенческих наук, присвоенная учреждением, аккредитованным соответствующим национальным или региональным аккредитующим органом. Специалисту по психическому здоровью необходимо иметь квалификацию, подтвержденную документами, выданными соответствующими лицензирующими органами или их аналогом в конкретной стране.

2. Компетентность в применении Диагностического и статистического руководства психических расстройств (DSM) или МКБ в диагностических целях.

3. Умение распознавать и диагностировать сопутствующие пробле-

мы психического здоровья и отличать их от гендерной дисфории.

4. Задokumentированная компетентность в психотерапии или консультировании, пройденная супервизия.

5. Знания гендерно неконформных идентичностей и их проявлений, а также оценки и терапии гендерной дисфории.

6. Непрерывное образование в области оценки и терапии гендерной дисфории. Сюда может входить посещение соответствующих профессиональных встреч, симпозиумов или семинаров, прохождение супервизии у специалиста по психическому здоровью, имеющего соответствующий опыт, либо участие в исследованиях, связанных с гендерной неконформностью и гендерной дисфорией.

Помимо перечисленного, рекомендуется, чтобы специалисты по психическому здоровью развивали и поддерживали культурную компетентность для облегчения их работы с транссексуальными, трансгендерными и гендерно неконформными клиентами. Сюда может входить получение знаний о текущих проблемах трансгендерного сообщества, защите интересов и публичной политике, связанной с трансгендерными людьми и их семьями. Кроме того, предпочтительно иметь знания о сексуальности, проблемах сексуального здоровья и оценке и терапии сексуальных расстройств.

Специалистам по психическому здоровью, впервые работающим в данном профиле (вне зависимости от их уровня подготовки и другого опыта), следует работать под контролем специалиста по психическому здоровью с признанной компетентностью в диагностике и терапии гендерной дисфории.

Задачи специалистов в области психического здоровья, работающих со взрослыми с гендерной дисфорией

Специалисты в области психического здоровья могут помочь транссексуальным, трансгендерным и гендерно неконформным людям и их семьям множеством способов, в зависимости от потребностей клиента. Они могут выступать в качестве психотерапевта, консультанта, семейного терапевта, диагноста/эксперта или защитника интересов.

В первую очередь специалист в области психического здоровья должен определить причину обращения клиента. Такими причинами могут быть:

- получение психотерапевтической помощи в обретении понимания гендерной идентичности и гендерного самовыражения или в содействии в процессе раскрытия своей идентичности;
- оценка состояния человека и направление его на феминизирующие/маскулинизирующие медицинские вмешательства;
- психологическая поддержка для членов семьи (партнеров, детей, родственников);
- психотерапия, не связанная с гендерными проблемами.

Задачи, связанные с оценкой состояния и направлением на терапию

1. Оценить гендерную дисфорию

Специалисты в области психического здоровья оценивают гендерную дисфорию клиентов в контексте определения степени их психосоциальной адаптации [Bockting et al., 2006; Lev, 2004, 2009]. Процесс оценки включает в себя, как минимум:

- оценку гендерной идентичности и гендерной дисфории;
- анамнез и процесс развития ощущений гендерной дисфории;
- влияние стигмы, связанной с гендерной неконформностью, на психическое здоровье;
- наличие поддержки со стороны семьи, друзей и ровесников (например, личное или онлайн-общение с другими трансгендерными людьми или группами).

Результатом оценки может быть отсутствие какого-либо диагноза, постановка диагноза гендерной дисфории, либо постановка других диагнозов, характеризующих здоровье клиента и психосоциальную адаптацию. Специалисту в области психического здоровья следует убедиться, что гендерная дисфория не является вторичной к другим диагнозам и не объясняется ими.

Специалисты в области психического здоровья с компетенциями, перечисленными выше (далее – «квалифицированные специалисты в области психического здоровья»), являются наиболее подготовленными для выполнения такой оценки гендерной дисфории. Однако эта задача может быть выполнена вместо них медицинским специалистом другого профиля, имеющим необходимую подготовку по поведенческому здоровью, и компетентным в оценке гендерной дисфории, в частности, если специалист работает в многопрофильном специализированном коллективе, предоставляющем доступ к феминизирующей/маскулинизирующей гормонотерапии. Таким специалистом может быть врач, назначающий гормонотерапию, или член лечащего коллектива этого врача.

2. Предоставить информацию о возможных вариантах гендерной идентичности и гендерного самовыражения и о доступных медицинских вмешательствах

Важной задачей является просвещение клиентов о разнообразии гендерных идентичностей и гендерных самовыражений и об имеющихся возможностях облегчения гендерной дисфории. Затем специалист может помочь человеку разобраться в разных возможностях и найти комфортную для него гендерную роль и самовыражение и при необходимости принять обоснованное решение относительно медицинского вмешательства. Специалист может также направлять клиента на индивидуальную, семейную или групповую терапию или к трансгенерному сообществу и средствам взаимопомощи. Специалист и клиент должны обсудить последствия (как кратковременные, так и долговременные) изменений в гендерной роли, которые могут затрагивать психологическую, социальную, физическую, сексуальную, профессиональную, финансовую или юридическую сферы жизни [Bockting et al., 2006; Lev, 2004].

Эту задачу также желательно решать квалифицированному специалисту в области психического здоровья. Однако она может быть решена и другим специалистом с соответствующей подготовкой по поведенческому здоровью и с достаточными знаниями о гендерно неконформных идентичностях и самовыражениях и о возможных медицинских вмешательствах при гендерной дисфории (особенно если специалист работает в многопрофильном специализированном центре, предоставляющем доступ к феминизирующей/маскулинизирующей гормональной терапии).

3. Оценить состояние, поставить диагноз и обсудить способы те-

рапии сопутствующих проблем психического здоровья

Клиенты, обращающиеся по поводу гендерной дисфории, могут иметь различные проблемы в психическом здоровье [Gomez-Gil, Trilla, Salamero, Godas, & Valdes, 2009; Murad et al., 2010], как связанные, так и не связанные с гендерной дисфорией или хроническим стрессом меньшинства. Возможные проблемы включают: тревогу, депрессию, самоповреждения, последствия пережитых человеком отвержений и унижений, компульсивное поведение, злоупотребление алкоголем или наркотиками, сексуальные проблемы, личностные расстройства, расстройства пищевого поведения, психотические и аутистические расстройства [Bockting et al., 2006; Nuttbrock et al., 2010; Robinow, 2009]. Специалисты психического здоровья должны выявить эти и другие проблемы психического здоровья и включить их в общий план терапии. Эти проблемы могут быть серьезным источником дистресса и, оставленные без лечения, могут затруднить терапию гендерной дисфории [Bockting et al., 2006; Fraser, 2009a; Lev, 2009]. Решение этих проблем может значительно облегчить устранение гендерной дисфории, достижение изменений в гендерной роли, принятие ответственного решения о медицинском вмешательстве, а также улучшить качество жизни.

В некоторых случаях назначение психотропных препаратов с целью смягчения симптомов или лечения психического расстройства могут улучшить состояние человека. Если специалист не может назначать медикаментозное лечение самостоятельно, следует направить клиента к другому врачу соответствующей квалификации. Наличие сопутствующих проблем психического здоровья не обязательно препятствует процедурам по коррекции пола, тем не менее, необходимо оптимально контролировать их до или одновременно с терапией. Кроме того, нужно оценить способность клиента дать обоснованное и информированное согласие на лечение.

Помимо специалистов в области психического здоровья, медицинские специалисты других профилей с соответствующей подготовкой по поведенческому здоровью, работающие в многопрофильных специализированных центрах, где проводится гормонотерапия для трансгендерных людей, могут также выявлять проблемы психического здоровья и при необходимости направлять на комплексную оценку и терапию к квалифицированному специалисту в области психического здоровья.

4. Оценить наличие показаний и при необходимости подгото-

вить и направить клиента на гормональную терапию

Критерии допуска к феминизирующей/маскулинизирующей гормональной терапии перечислены в разделе VIII и Приложении 2.

Специалисты в области психического здоровья могут помочь клиентам, планирующим гормональную терапию, в следующем:

- принять ответственное решение, руководствуясь четкими и реалистичными ожиданиями;
- быть готовым пройти процедуры в соответствии с общим планом терапии;
- при необходимости найти поддержку близких людей или сообщества;
- помочь пройти осмотр у врача, чтобы исключить или устранить медицинские противопоказания к приему гормонов;
- обдумать психосоциальные последствия.

Клиенты детородного возраста должны быть проконсультированы относительно своих репродуктивных возможностей (см. раздел IX) до начала гормонотерапии.

Важно понимать, что, хотя все касающиеся гормональной терапии и медицинской помощи решения принимаются в первую очередь клиентом, специалист по психическому здоровью несет ответственность за консультирование и помощь клиенту в принятии обоснованного решения и в подготовке к процедурам. Чтобы наилучшим образом помочь принятию решения, специалисты в области психического здоровья должны иметь регулярные контакты с клиентом и иметь достаточно информации о нем.

Направление на феминизирующую/маскулинизирующую гормональную терапию

Для прохождения феминизирующей/маскулинизирующей гормонотерапии трансгендерные люди могут обращаться к специалистам различных областей. Однако медицинская помощь транссексуалам является междисциплинарной областью, поэтому рекомендуется сотрудничество и координация действий различных специалистов.

Гормонотерапию можно начать по направлению квалифицированного специалиста в области психического здоровья. В качестве альтернативы медицинский специалист, получивший необходимую подготовку по поведенческому здоровью и имеющий компетенцию в оценке гендерной дисфории, может оценить наличие показаний, подготовить и направить пациента на гормонотерапию – особенно при отсутствии значительных сопутствующих проблем психического здоровья, а также если специалист работает в специализированном многопрофильном коллективе. Выдающий направление медицинский специалист предоставляет документацию – в карте и/или в направлении – с анамнезом пациента, динамикой его состояния и наличием показаний к дальнейшей терапии. Медицинские специалисты, направляющие на гормональную терапию, разделяют этическую и юридическую ответственность за это решение с осуществляющим гормонотерапию врачом.

Рекомендуемое содержание направления на феминизирующую/маскулинизирующую гормонотерапию следующее:

1. Общая характеристика клиента.
2. Результаты психосоциальной оценки клиента, включая поставленные диагнозы.
3. Продолжительность взаимодействия дающего направление медицинского специалиста с клиентом, включая тип оценки и терапии/консультирования на момент направления.
4. Подтверждение, что критерии для гормональной терапии удовлетворены, и краткое описание клинического обоснования поддержки запроса клиента на гормональную терапию.
5. Подтверждение факта получения информированного согласия пациента.
6. Утверждение, что направляющий специалист доступен для координации терапии и предоставляет для этих целей свой контактный телефон или иной способ связи.

Специалистам, совместно работающим в многопрофильном специализированном центре, направление может не требоваться. Оценка и рекомендация в этом случае могут быть задокументированы в медицинской карте пациента.

5. **Оценить наличие показаний, подготовить и направить на хи-**

рургическую операцию

Критерии допуска к операции на молочных железах/груди и гениталиях представлены в разделе XI и Приложении 2.

Специалисты в области психического здоровья могут помочь клиентам, планирующим операцию, в следующем:

- принять ответственное решение, руководствуясь четкими и реалистичными ожиданиями;
- быть готовым пройти процедуры в соответствии с общим планом лечения;
- при необходимости найти поддержку близких людей или сообщества;
- осуществить обоснованный выбор хирурга для выполнения процедуры;
- организовать послеоперационное ведение пациента;

Клиенты детородного возраста должны быть проконсультированы относительно своих репродуктивных возможностей (см. раздел IX) до проведения генитальных операций.

Стандарты не устанавливают критерии для прочих хирургических процедур (таких, как феминизирующая/маскулинизирующая лицевая хирургия), однако специалисты психического здоровья могут помочь клиентам в принятии обоснованного решения о выборе нужного момента для процедуры, а также о ее последствиях.

Важно понимать, что, хотя все решения, касающиеся операций принимаются в первую очередь клиентом, специалист по психическому здоровью несет ответственность за консультирование и помощь клиенту в принятии обоснованного решения и в подготовке к процедурам. Чтобы наилучшим образом помогать принятию решения, специалисты в области психического здоровья должны иметь регулярные контакты с клиентом и иметь достаточно информации о нем.

Направление на операцию

Хирургическое лечение гендерной дисфории можно начать по направлению (одному или двум, в зависимости от вида операции) квалифи-

цированного специалиста в области психического здоровья. Выдающий направление медицинский специалист предоставляет документацию – в карте и/или в направлении – с анамнезом пациента, динамикой его состояния и наличием показаний. Медицинские специалисты, рекомендуя операцию, разделяют этическую и юридическую ответственность за это решение с хирургом.

- Одно направление от квалифицированного специалиста психического здоровья необходимо для операции на молочных железах/груди (мастэктомия, восстановление груди либо увеличивающая маммопластика).

- Два направления (от квалифицированных специалистов в области психического здоровья, независимо оценивших пациента) требуются для генитальных операций (гистерэктомии/сальпингоовариэктомии, орхиэктомии, генитальных восстановительных операций). Если первое направление выдано психотерапевтом пациента, второе должно быть от лица, которое играло только оценивающую роль при работе с пациентом. Может быть составлено два отдельных направления, либо одно, подписанное обоими специалистами (например, если они работают в одной клинике).

- Если гистерэктомия/сальпингоовариэктомия, либо орхиэктомия выполняются по причинам, не связанным с гендерной дисфорией, или в связи с другими диагнозами, направление от специалиста по психическому здоровью не требуется.

Рекомендуемое содержание каждого из направлений:

1. Общая характеристика клиента.
2. Результаты психосоциальной оценки клиента, включая поставленные диагнозы.
3. Продолжительность взаимодействия специалиста по психическому здоровью с клиентом, включая тип оценки и терапии/консультирования на момент направления.
4. Подтверждение, что критерии для операции соблюдены, и краткое описание клинического обоснования поддержки запроса пациента на операцию.
5. Подтверждение факта получения информированного согласия пациента.

6. Утверждение, что направляющий специалист доступен для координации лечения и предоставляет для этих целей свой контактный телефон или иной способ связи.

Специалистам, совместно работающим в многопрофильном специализированном центре, направление может не требоваться. Оценка и рекомендация в этом случае могут быть задокументированы в медицинской карте пациента.

Взаимодействие специалистов в области психического здоровья с назначающими гормоны врачами, с хирургами и другими медицинскими специалистами

Специалистам в области психического здоровья желательно периодически обсуждать ход терапии с другими специалистами (как в области психического здоровья, так и в других медицинских дисциплинах), компетентными в диагностике и терапии гендерной дисфории. Такое взаимодействие специалистов, вовлеченных в оказание медицинской помощи клиенту, должно оставаться коллективным, с координацией действий по мере необходимости. Открытая и последовательная коммуникация может быть необходима для консультаций, направления на терапию и решения послеоперационных проблем.

Задачи, связанные с психотерапией

Психотерапия не является обязательным условием гормональной и хирургической терапии

Проверка и/или оценка психического здоровья необходимы для направления на гормонотерапию и хирургическое лечение гендерной дисфории. В противоположность им, психотерапия не является обязательной мерой – хотя и весьма желательна.

Стандарты не дают рекомендаций о минимальном количестве психотерапевтических сеансов до гормональной терапии или операции, по разным причинам [Lev, 2009]. Во-первых, минимально достаточное количество сеансов может толковаться как барьер, препятствующий возможности личностного роста. Во-вторых, специалисты в области психического здоровья могут оказать клиентам поддержку на всех стадиях

перехода, а не только перед возможными медицинскими вмешательствами. И в-третьих, все клиенты достигают целей психотерапии с разной скоростью.

Цели психотерапии взрослых с гендерными проблемами

Главная цель психотерапии – повысить общее психологическое благополучие, качество жизни человека и его самореализацию. Психотерапия не направлена на изменение гендерной идентичности человека; скорее, она может помочь человеку разобраться с гендерными проблемами и найти способы облегчения гендерной дисфории, при ее наличии [Bockting et al., 2006; Bockting & Coleman, 2007; Fraser, 2009a; Lev, 2004]. Как правило, общая цель терапии – помочь трансгендерным людям достичь долговременного комфорта со своей гендерной идентичностью и больших шансов на успешное межличностное общение, учебу и работу [Fraser, 2009c].

Возможны различные виды психотерапии – личная, семейная, парная или групповая психотерапия, причем последняя особенно важна для организации взаимопомощи.

Виды психотерапевтической помощи людям с гендерными проблемами

Поиск комфортной гендерной роли является, прежде всего, психосоциальным процессом. Психотерапия может быть бесценной в решении следующих задач:

- Обретение гендерной идентичности и гендерной роли;
- Снижение влияния стигмы и стресса меньшинства на психическое здоровье человека;
- Облегчение процесса самораскрытия [Bockting & Coleman, 2007; Devor, 2004; Lev, 2004], что для некоторых индивидуумов включает изменения проявлений гендерной роли и прохождение феминизирующих/маскулинизирующих медицинских вмешательств;

Специалисты в области психического здоровья могут предоставлять поддержку и стимулировать развитие навыков межличностного общения и стрессоустойчивости у трансгендерных людей и их семей по

мере того, как они прокладывают свой путь в мире, который зачастую плохо подготовлен к принятию и уважению трансгендеров. Психотерапия также может помочь в решении сопутствующих проблем психического здоровья (например, тревоги или депрессии), выявленных при обследовании.

Для транссексуалов, трансгендеров и гендерно неконформных людей, которые планируют изменить гендерные роли и осуществить переход, специалисты в области психического здоровья могут облегчить разработку индивидуального плана с персональными целями и временными рамками. Опыт перехода уникален для каждого человека, однако его социальные аспекты, как правило, вызывают у большинства людей больше затруднений, чем физические. Поскольку изменение гендерной роли часто влечет кардинальные изменения в личной и социальной жизни человека, то решение об этом должно сопровождаться информированием клиента о возможных семейных, межличностных, учебных, профессиональных, материальных и юридических сложностях, которые могут возникнуть в процессе перехода.

Многие транссексуалы, трансгендеры и гендерно неконформные люди, обращающиеся за помощью, никогда не принимались в гендерной роли, соответствующей их гендерной идентичности. Специалисты в области психического здоровья могут помочь таким клиентам предугадать последствия изменений в гендерной роли и сопроводить процесс осуществления этих изменений. Психотерапия может помочь клиентам начать выражать себя способами, наиболее соответствующими их гендерной идентичности, а некоторым – преодолеть страх изменений гендерной роли. На продуманные риски люди могут идти вне терапии, чтобы получить опыт и обрести уверенность в новой роли. Может быть предоставлена помощь в раскрытии гендерной идентичности в семье и сообществе (друзья, школа, место работы).

Для трансгендеров, уже имеющих опыт жизни в другой гендерной роли (небольшой или значительный) специалисты психического здоровья могут оказать помощь в разрешении возникающих трудностей, поощрять оптимальную адаптацию в новой гендерной роли.

Семейная терапия или поддержка членов семьи

Решение о смене гендерной роли и медицинском вмешательстве

затрагивает не только самого клиента, но и его близких людей [Emerson & Rosenfeld, 1996; Fraser, 2009a; Lev, 2004]. Специалисты психического здоровья могут помочь клиентам в решении вопроса о том, как проинформировать членов семьи и других людей об их гендерной идентичности и предстоящих медицинских процедурах. Семейная терапия может проводиться с супругами или партнерами, с детьми и другими родственниками клиента.

Клиенты также могут иметь запрос на помощь в сфере интимных отношений, сексуальности и сексуального здоровья.

Семейная терапия может проводиться наряду с индивидуальной терапией и, если это уместно с клинической точки зрения, тем же врачом. В качестве альтернативы клиент может быть направлен к другому терапевту, имеющему опыт работы с членами семьи. Кроме того, могут оказаться полезными ресурсы взаимопомощи, например, онлайн- и офлайн-группы поддержки для партнеров трансгендерных людей и их семей.

Последующее наблюдение в течение жизни

Специалисты в области психического здоровья могут продолжать работать с клиентами и их семьями на разных этапах их жизни. Психотерапия может быть полезной в разное время и в связи с различными проблемами в течение жизни.

Онлайн-консультирование либо удаленное консультирование

Подтверждено, что онлайн-консультирование особенно востребовано людьми, которые не имеют доступа к профессиональной психотерапевтической помощи, а также людьми, которые подвергаются социальной изоляции и стигматизации [Derrig-Palumbo & Zeine, 2005; Fenichel et al., 2004; Fraser, 2009b]. Однако, являясь развивающимся направлением, такая терапия также может нести непредсказуемые риски, поэтому рекомендуется применять ее с осторожностью. Руководства по телемедицине носят четкий характер в некоторых дисциплинах в ряде штатов США [Fraser, 2009b; Maheu, Pulier, Wilhelm, McMenamin, & Brown-Connolly, 2005], международная ситуация менее определена [Maheu et al., 2005]. Специалистам психического здоровья, занимающимся онлайн-терапией

ей, рекомендуется следить за новостями профессиональных ассоциаций и нормативными документами страны, а также за новой литературой, относящейся к этому стремительно развивающемуся направлению. Опубликовано подробное описание возможного применения, методов и этических вопросов, связанных с онлайн-терапией [Fraser, 2009b].

Другие задачи специалиста в области психического здоровья

Предоставлять актуальную научную информацию и выступать в защиту трансгендерных людей в сообществе (в школах, на работе, других организациях) и помогать клиентам с внесением изменений в удостоверяющие личность документы

По мере реализации своей гендерной идентичности транссексуальные, трансгендерные и гендерно неконформные люди могут сталкиваться с трудностями в своей профессиональной и образовательной среде [Lev, 2004, 2009]. Роль специалиста психического здоровья может быть велика благодаря предоставлению людям актуальной информации по вопросам гендерной неконформности и защите своих клиентов [Currah & Minter, 2000; Currah, Juang, & Minter, 2006]. Эта роль может включать консультации с учителями и администрацией, сотрудниками, начальниками отделов кадров, работодателями и представителями других организаций. Кроме того, к врачам могут обратиться за подтверждением изменений в имени и/или поле клиента в таких удостоверяющих личность документах, как паспорт, водительские права, свидетельство о рождении или диплом.

Предоставлять информацию о группах взаимопомощи

Для некоторых трансгендеров опыт участия в группах взаимопомощи может быть даже более информативным и полезным, чем индивидуальная психотерапия [Rachlin, 2002]. Оба опыта потенциально ценны, и всех, кто решает свои гендерные проблемы, следует поощрять участвовать в жизни сообщества. Необходимо обеспечить доступ к ресурсам взаимопомощи и информационным ресурсам.

Культура и ее влияние на оценку состояния и психотерапию

Специалисты психического здоровья работают в разных странах в весьма разных условиях. Формы дистресса, побуждающие людей обращаться за профессиональной помощью, в каждой культуре понимаются и классифицируются по-своему, что является результатом их культур [Frank & Frank, 1993]. Культурная среда также в значительной мере определяет, как эти условия понимают специалисты в области психического здоровья. Культурные различия, связанные с гендерной идентичностью и гендерным самовыражением, могут оказывать влияние как на пациентов, так и на специалистов и на принятую психотерапевтическую практику. Представленные стандарты поэтому могут нуждаться в адаптации в зависимости от культурного контекста.

Этические принципы, связанные с охраной психического здоровья

Практикующим специалистам по психическому здоровью необходимо иметь сертификат или лицензию, в соответствии с принятыми в государстве требованиями [Fraser, 2009b; Pope & Vasquez, 2011]. Специалисты должны придерживаться кодексов этических норм своих лицензирующих или сертифицирующих организаций в своей работе с транссексуальными, трансгендерными и гендерно неконформными людьми.

Лечение, направленное на попытку изменить гендерную идентичность с целью ее большего соответствия приписанному полу, предпринималось в прошлом [Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964], но безуспешно [Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965]. Такое лечение не считается этичным в современной медицине.

Если работа с транссексуальными, трансгендерными, гендерно неконформными людьми и их семьями некомфортна для специалиста по психическому здоровью, или же отсутствует соответствующий опыт, специалисту следует перенаправить клиента к компетентному врачу или проконсультироваться с коллегой-экспертом. Если в данном регионе нет нужных специалистов, клиенту можно порекомендовать найти удаленного специалиста.

Вопросы доступа к медицинской помощи

Квалифицированные специалисты по психическому здоровью не общедоступны; следовательно, доступ к качественной помощи может быть ограниченным. WPATH ставит перед собой цель улучшить доступ и предоставляет возможности регулярного непрерывного образования, чтобы обучить специалистов разных дисциплин предоставлять качественную, специализированную для трансгендеров медицинскую помощь. Предоставление медицинской помощи удаленно, посредством использования новых технологий, может служить одним из способов улучшения доступа [Fraser, 2009b].

Во многих местах в мире доступ трансгендеров, транссексуалов и гендерно неконформных людей к медицинской помощи также ограничен отсутствием медицинской страховки или других средств, чтобы оплатить необходимую помощь. WPATH призывает компании медицинского страхования и других плательщиков третьей стороны покрывать расходы на необходимые с медицинской точки зрения процедуры для облегчения гендерной дисфории [American Medical Association, 2008; Anton, 2009; World Professional Association for Transgender Health, 2008].

Когда обращается клиент, у которого нет возможности получить доступ к услугам, рекомендуется направлять его к доступным ресурсам взаимопомощи (онлайн и оффлайн).

VIII. Гормональная терапия

Необходимость гормональной терапии с точки зрения медицины

Феминизирующая/маскулинизирующая гормонотерапия – введение экзогенных эндокринных веществ с целью вызвать феминизирующие или маскулинизирующие изменения – является необходимым с точки зрения медицины вмешательством для многих транссексуальных, трансгендерных и гендерно неконформных людей с гендерной дисфорией [Newfield, Hart, Dibble, Kohler, 2006; Pfäfflin, Junge, 1998]. Важно отметить, что некоторые люди стремятся к максимальной феминизации/маскулинизации, в то время как другие комфортно живут с более андрогинной внешностью, минимизировав существующие вторичные половые признаки приемом гормонов [Factor, Rothblum, 2008].

Гормональная терапия должна подбираться индивидуально с учетом целей пациента, соотношения риска/пользы от препаратов, наличия других медицинских показаний, а также с учетом социальных и экономических аспектов. Прием гормональных препаратов может обеспечить значительный комфорт пациентам, которые не хотят осуществлять социальный переход гендерной роли или подвергаться хирургической коррекции, или которые не могут сделать это [Meyer III, 2009]. Прохождение гормонотерапии желательно для последующего осуществления некоторых (но не всех) видов хирургического вмешательства (см. раздел XI и Приложение 2).

Критерии для начала гормональной терапии

Гормонотерапия может быть начата после проведения психосоциальной оценки и получения квалифицированным медицинским специалистом информированного согласия от пациента (см. раздел VII). Направление должно быть выдано квалифицированным психиатром, который проводил оценку, за исключением случаев, когда оценка была проведена назначающим гормоны специалистом, имеющим также квалификацию в психиатрии.

Критерии для начала гормонотерапии следующие:

1. Стойкая, подробно задокументированная гендерная дисфория.

2. Способность пациента принять ответственное решение и дать согласие на терапию.

3. Совершеннолетний возраст (если пациент не достиг совершеннолетия, см. раздел VI).

4. Сопутствующие серьезные медицинские или психические проблемы пациента должны быть под контролем врача.

Наличие сопутствующих проблем с психическим здоровьем не всегда является противопоказанием к гормонотерапии; однако, этим проблемам следует уделить внимание либо до, либо во время терапии гендерной дисфории (см. раздел VII).

В некоторых случаях назначение гормонотерапии может допускаться, даже если пациенты не соответствуют критериям отбора. Это допустимо при переводе пациента на прием гормонов известного качества вместо приема неразрешенных или непроверенных гормонов, либо для пациентов, уже принимающих гормоны.

Сероположительный результат анализа крови на передаваемые через кровь инфекции (ВИЧ, гепатиты В, С) не является противопоказанием к назначению гормонотерапии.

В редких случаях (при наличии серьезных медицинских проблем) гормонотерапия может быть противопоказана. Медицинские специалисты должны помочь такому пациенту получить доступ к негормональным методам терапии гендерной дисфории.

Информированное согласие

Поскольку феминизирующая/маскулинизирующая гормонотерапия может приводить к необратимым физическим изменениям, предусмотрено обязательное получение информированного согласия (включая несовершеннолетних детей, которые были объявлены судом свободными от родительской опеки, людей, находящихся в местах лишения свободы, и людей с когнитивными расстройствами, которые считаются дееспособными для участия в принятии медицинских решений) [Bockting et al., 2006]. Врачи должны зафиксировать в истории болезни, что пациент проинформирован по всем аспектам гормональной терапии, включая возможные пользу и риск, а также влияние на репродуктивные возможности.

Связь между Стандартами Помощи и Протоколами на основе модели информированного согласия

Несколько медицинских центров в США разработали протоколы для назначения гормональной терапии на основе подхода, который стал известен как Модель информированного согласия [Callen Lorde Community Health Center, 2000, 2011; Fenway Community Health Transgender Health Program, 2007; Tom Waddell Health Center, 2006]. Эти протоколы соответствуют рекомендациям, представленным в данной версии Стандартов Помощи. Гибкость Стандартов – в возможности при необходимости скорректировать предоставляемые в этом документе протоколы терапии (лечения) и рекомендации в пользу конкретного человека [Ehrbar & Gorton, 2010].

Получение информированного согласия на заместительную гормональную терапию является важной задачей врачей, позволяющей гарантировать, что пациенты понимают психологические и физические выгоды и риски, а также психосоциальные последствия гормональной терапии. Врачи, выписывающие гормоны, или медицинские специалисты, рекомендуящие применение гормонов, должны иметь знания и опыт, чтобы оценить гендерную дисфорию. Они должны информировать людей о конкретных выгодах, ограничениях и рисках гормональной терапии, учитывая возраст пациента, предыдущий опыт применения гормонов, а также сопутствующие проблемы с физическим или психическим здоровьем.

Выявление и решение острых или текущих проблем психического здоровья – важная часть процесса получения информированного согласия. Это может быть сделано специалистом в области психического здоровья или надлежащим образом подготовленным врачом, назначающим гормональную терапию (см. раздел VII). Тот же врач или другой специально подготовленный член лечащего коллектива (например, медсестра) может работать с психосоциальными последствиями приема гормонов, когда это необходимо (например, влияние маскулинизации/феминизации на восприятие человека его окружением и на отношения с семьей, друзьями и коллегами). При наличии показаний эти специалисты могут дать направление на психотерапию и на оценку и лечение сопутствующих проблем с психическим здоровьем, таких как тревога или депрессия.

Разница между Моделью информированного согласия и настоящей версией Стандартов в том, что Стандарты делают больший акцент на важной роли специалистов психического здоровья в облегчении гендерной дисфории и содействии изменениям в гендерной роли и психосоциальной адаптации. Эта роль может включать всестороннюю оценку психического здоровья и психотерапию – при наличии показаний.

Модель информированного согласия предлагает подход, в котором условием для начала гормональной терапии является получение от пациента информированного согласия. Меньшее значение придается предоставлению психиатрической помощи, пока сам пациент не обратился за ней, за исключением случаев выявления серьезных проблем с психическим здоровьем, которые необходимо решить до назначения гормонов.

Физическое воздействие гормональной терапии

Феминизирующая/маскулинизирующая гормональная терапия вызывает следующие физические изменения:

- У FtM-пациентов: понижение голоса, увеличение клитора (индивидуально), рост волос на лице и теле, прекращение менструаций, атрофия тканей молочных желез и понижение доли жировой ткани по отношению к мышечной массе.
- У MtF-пациентов: рост груди (индивидуально), снижение эрекции, уменьшение размеров яичек, повышение доли жировой ткани по отношению к мышечной массе.

Большая часть указанных физических изменений происходит в течение 2 лет. Степень их выраженности и временная динамика могут варьировать (см. Табл. 1а и 1б).

Таблица 1а. Воздействие и ожидаемый период действия маскулинизирующих гормонов¹⁶

ИЗМЕНЕНИЯ	ОЖИДАЕМОЕ ПОЯВЛЕНИЕ*	ОЖИДАЕМЫЙ МАКСИМУМ*
Повышение жирности кожи/появление акне	1–6 мес.	1–2 года

Рост волос на лице и теле	3–6 мес.	3–5 лет
Облысение волосистой части головы	> 12 мес.**	Индивидуально
Увеличение мышечной массы/силы мышц	6–12 мес.	2–5 лет***
Перераспределение жировой ткани	3–6 мес.	2–5 лет
Прекращение менструаций	2–6 мес.	–
Увеличение клитора	3–6 мес.	1–2 года
Атрофические изменения влагалища	3–6 мес.	1–2 года
Понижение голоса	3–12 мес.	1–2 года
* По данным клинических наблюдений ** В большой степени зависит от возраста и наследственности; может быть минимальным *** В значительной мере зависит от объема тренировок		

Таблица 16. Воздействие и ожидаемый период действия
феминизирующих гормонов¹⁷

ИЗМЕНЕНИЯ	ОЖИДАЕМОЕ ПОЯВЛЕНИЕ*	ОЖИДАЕМЫЙ МАКСИМУМ*
Перераспределение жировой ткани	3–6 мес.	2–5 лет
Уменьшение мышечной массы и силы мышц	3–6 мес.	1–2 года**
Смягчение кожи/уменьшение ее жирности	3–6 мес.	Нет данных
Уменьшение либидо	1–3 мес.	1–2 года
Снижение частоты спонтанных эрекций	1–3 мес.	3–6 мес.
Прекращение мужской сексуальной функции	Индивидуально	Индивидуально
Рост груди	3–6 мес.	2–3 года
Уменьшение объема яичек	3–6 мес.	2–3 года
Снижение выработки спермы	Индивидуально	Индивидуально
Замедление роста волос на лице и теле и их утоньшение	6–12 мес.	> 3 лет***

Облысение по мужскому типу	Рост волос не возобновляется; потеря волос прекращается через 1–3 мес.	1–2 года
<p><i>* По данным клинических наблюдений</i></p> <p><i>** В значительной мере зависит от объема тренировок</i></p> <p><i>*** Для полного исчезновения мужских волос требуется электролиз и/или лазерное удаление</i></p>		

Степень и скорость физических изменений отчасти зависят от выбранного препарата, дозировки и способа приема, которые выбираются в соответствии с конкретными целями пациента и профилем медицинского риска. Отклик на гормональную терапию не имеет прямой зависимости с возрастом, телосложением, этнической принадлежностью или внешностью родственников пациента и поэтому не может быть спрогнозирован (за исключением понижения голоса у FtM-пациентов). При равенстве остальных факторов, нет никаких оснований полагать, что одобренный врачом тип или путь введения гормонов является эффективнее любого другого для достижения желаемых физических изменений.

Риски гормональной терапии

Все медицинские вмешательства влекут за собой риски. Вероятность серьезных побочных явлений зависит от многих факторов: самого препарата, дозы, пути введения и клинических характеристик пациента (возраст, сопутствующие заболевания, семейный анамнез, образ жизни). Поэтому появление конкретного побочного явления у конкретного пациента предсказать невозможно.

Риски феминизирующей/маскулинизирующей гормонотерапии приведены в таблице 2.

Таблица 2. Риски гормональной терапии

УРОВЕНЬ РИСКА	ФЕМИНИЗИРУЮЩИЕ ГОРМОНЫ	МАСКУЛИНИЗИРУЮЩИЕ ГОРМОНЫ
Вероятный повышенный риск	Венозная тромбозно-эмболическая болезнь* Желчные камни Повышенный уровень ферментов печени Набор веса Гипертриглицеридемия	Полицитемия Набор веса Акне Андрогенная плешивость (облысение) Апноэ во сне
Вероятный повышенный риск с наличием дополнительных факторов риска**	Сердечно-сосудистая болезнь	
Возможный повышенный риск	Гипертония Гиперпролактинемия или пролактинома	Повышенный уровень ферментов печени Гиперлипидемия
Возможный повышенный риск с наличием дополнительных факторов риска**	Диабет 2 типа*	Дестабилизация определенных психиатрических расстройств*** Сердечно-сосудистая болезнь Гипертония Диабет 2 типа
Нет повышенного риска или риск не определен	Рак молочной железы	Уменьшение плотности костной ткани Рак молочной железы Рак шейки матки Рак яичников Рак матки

Примечание. Отмеченные жирным пункты клинически значимы.

** Риск при оральном приеме эстрогенов выше, чем при трансдермальном приеме*

*** Дополнительные факторы риска включают возраст*

**** Сюда входят биполярные, шизоаффективные и другие расстройства, которые могут включать маниакальные или психотические симптомы. Представляется, что это побочное явление связано с более высокими дозами или супрафизиологическим уровнем тестостерона в крови*

По уровню доказательств риски подразделяются на следующие категории:

1. Вероятный повышенный риск;
2. Возможный повышенный риск;
3. Нет повышенного риска или риск не определен.

Последняя категория включает риски, доказательства которых настолько малы, что сделать однозначный вывод невозможно.

Более детальное описание рисков дано в Приложении 1. Оно базируется на двух фактологических обзорах по маскулинизирующей/феминизирующей гормонотерапии [Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009], наряду с объемным групповым исследованием [Asscheman et al., 2011]. Эти обзоры могут давать врачам дополнительную детальную информацию, как и другие опубликованные и широко признанные клинические материалы [Dahl, Feldman, Goldberg, & Jaber, 2006; Ettner, Monstrey, & Eyler, 2007].

Компетенция врачей, назначающих гормоны, взаимоотношения с другими медицинскими специалистами

Феминизирующую/маскулинизирующую гормонотерапию лучше всего осуществлять в контексте целостного подхода к здоровью, который включает в себя комплексный и скоординированный подход к психосоциальным вопросам [Feldman & Safer, 2009]. Несмотря на то, что психотерапия или постоянные консультации не являются обязательным требованием для начала гормональной терапии, в случае вовлечения терапевта рекомендуется (с согласия пациента) регулярное общение между медицинскими специалистами с целью обеспечения надлежащего хода процесса перехода, как в физическом, так и в психологическом плане.

При наличии соответствующей подготовки феминизирующую/маскулинизирующую гормонотерапию могут вести разные медицинские специалисты, включая младших медсестер и врачей первичного звена [Dahl et al., 2006]. Посещения врачей, связанные с сопровождением гормональной терапии, обеспечивают возможность предоставить больше помощи, чем обычно ее получают [Clements, Wilkinson, Kitano, & Marx, 1999; Feldman, 2007; Xavier, 2000]. Многие из задач скрининга, а также

лечение сопутствующих заболеваний, связанных с долгосрочным приемом гормонов (например, онкологический скрининг и сердечно-сосудистые заболевания), попадают скорее в категорию первичной помощи, чем специализированной [American Academy of Family Physicians, 2005; Eyler, 2007; World Health Organization, 2008], особенно в регионах, где отсутствуют специалисты, работающие с гендерными проблемами.

Поскольку трансгендерные люди нуждаются в совместной скоординированной помощи специалистов из разных областей медицины, что не всегда легко осуществимо [World Health Organization, 2008], важно, чтобы медработники, оказывающие первичную медицинскую помощь, включались в оказание помощи трансгендерам и повышали квалификацию в области феминизирующей/маскулинизирующей гормонотерапии.

Если гормоны назначает врач-специалист, он должен тесно сотрудничать с лечащим врачом пациента/участковым терапевтом. Если лечащий врач/участковый терапевт не имеет опыта работы с данным видом гормональной терапии, либо если пациент имеет предшествующее расстройство обмена веществ или эндокринное расстройство (на которое может повлиять гормонотерапия), в таких случаях должен быть задействован врач-эндокринолог.

Поскольку принятой программы обучения медицинскому обслуживанию трансгендерных людей нет, врачи, назначающие гормоны, несут ответственность за получение соответствующих знаний и опыта в этой области. Практикующие врачи могут расширить свой опыт в назначении феминизирующей/маскулинизирующей гормонотерапии посредством ее совместного ведения или консультирования с более опытным врачом, или временно выбрав тип гормонотерапии с большими ограничениями. Поскольку эта область медицины развивается, практикующим врачам желательно держаться в курсе происходящих изменений и обсуждать возникающие вопросы со своими коллегами. Такие обсуждения могут происходить в сетях, созданных WPATH и другими национальными или местными организациями.

Обязанности врачей, назначающих гормональную терапию

1. Выполнить первоначальную оценку, которая включает в себя обсуждение желаемых пациентом физических изменений, состояние здоровья, врачебные обследования, оценку рисков и соответствующие

лабораторные анализы.

2. Обсудить с пациентом ожидаемое воздействие феминизирующих/маскулинизирующих гормональных препаратов и их возможные побочные действия, включая воздействие на фертильность [Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009]. Важно отметить, что возможности репродукции должны обсуждаться с пациентом до начала гормональной терапии (см. раздел IX).

3. Убедиться, что пациент в состоянии оценить риск и пользу от терапии и принять обоснованное решение о медицинском вмешательстве.

4. Проводить регулярный мониторинг, включая общие и лабораторные обследования для контроля эффективности гормонотерапии и своевременного выявления побочных эффектов.

5. При необходимости связываться с лечащим врачом пациента/участковым терапевтом, специалистом по психическому здоровью и хирургом.

6. При необходимости предоставлять пациенту краткое письменное подтверждение о том, что он находится под наблюдением врача и получает помощь в виде феминизирующей/маскулинизирующей гормонотерапии. Пациент может носить это подтверждение с собой (особенно на ранних этапах гормонотерапии), чтобы предотвратить трудности с полицией и другими органами власти.

В зависимости от клинической ситуации, некоторые из этих обязанностей не уместны. Следовательно, объем консультирования, медицинских осмотров и лабораторных оценок должен быть индивидуальным в соответствии с потребностями пациента.

Частные случаи гормональной терапии

В некоторых случаях практикующие врачи могут быть призваны назначить гормоны без обязательного начала или ведения долгосрочной феминизирующей/маскулинизирующей гормональной терапии. Признав существование различных клинических ситуаций (см. ниже, от наименьшего к наивысшему уровню сложности), можно привлечь к феминизирующей/маскулинизирующей гормональной терапии врачей, которые в противном случае не были бы в состоянии предложить дан-

ное лечение.

1. Перекрывающая терапия¹⁸

Бывают ситуации, когда пациент обращается за помощью, уже находясь в процессе приема гормонов, выписанных другим врачом либо приобретаемых другим способом (например, через Интернет). Тогда практикующий врач может выписать временный рецепт на гормоны (сроком действия от 1 до 6 месяцев) и за это время найти врача, который сможет прописать долгосрочную гормонотерапию. Врач при этом оценивает прописанную предыдущим врачом терапию на предмет безопасности и взаимодействия препаратов, и при необходимости заменяет препараты на более безопасные [Dahl et al., 2006; Feldman & Safer, 2009]. Если гормоны были уже прописаны ранее, следует запросить (с разрешения пациента) медицинские документы с результатами первоначальных обследований, лабораторных анализов и с отметками о побочных эффектах. Назначающий гормоны врач также должен общаться со специалистом в области психического здоровья, который в данный момент работает с пациентом. Если пациент никогда не проходил психологическое обследование (см. раздел VII), практикующий врач должен по возможности направить пациента к квалифицированному специалисту в области психического здоровья [Feldman & Safer, 2009]. Врачи, назначающие гормоны в рамках покрывающей терапии, должны совместно с пациентом установить ее продолжительность.

2. Гормонозаместительная терапия (после удаления гонад)

Гормонозаместительная терапия (эстрогенная или тестостероновая) обычно назначается после овариэктомии или орхиэктомии пожизненно, если нет медицинских противопоказаний. Поскольку после операций по удалению половых желез дозировки гормонов часто снижаются [Basson, 2001; Levy, Crown, & Reid, 2003; Moore, Wisniewski, & Dobs, 2003] и затем корректируются только с учетом возраста и сопутствующих заболеваний, гормонозаместительная терапия трансгендерных людей схожа с гормонозаместительной терапией пациентов с гипогонадизмом.

3. Поддерживающая гормональная терапия (до удаления гонад)

После получения максимального феминизирующего/маскулинизирующего эффекта от гормонотерапии (обычно через 2 года или более), пациент переводится на поддерживающую эффект дозу. Она подбирает-

18 англ. *Bridging therapy*

ся с учетом изменений в состоянии здоровья, возраста или образа жизни [Dahl et al., 2006]. При дальнейших обращениях пациента врач оценивает текущую терапию на предмет безопасности и взаимодействия препаратов и при необходимости заменяет препараты на более безопасные. Желательно продолжать наблюдать состояние здоровья пациента и проводить необходимые лабораторные анализы, в соответствии с существующими рекомендациями [Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009]. Дозировки и путь приема препаратов должны регулярно пересматриваться при любых изменениях в состоянии здоровья пациента и при публикации новой информации о доказанных рисках применения препаратов (см. Схемы гормональной терапии, ниже).

4. Начало гормональной феминизации/маскулинизации

Гормонотерапия должна назначаться индивидуально с учетом целей пациента, соотношения риска/пользы препаратов, их доступности и стоимости, наличия у пациента сопутствующих заболеваний и других факторов. Несмотря на большой выбор доступных для ознакомления схем приема гормонов [Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009; Moore et al., 2003], сведения рандомизированных клинических исследований по безопасности и эффективности препаратов не опубликованы.

Оценка рисков в начале гормональной терапии

При назначении пациенту гормонотерапии оцениваются пожелания пациента и риск развития побочных явлений, связанных с приемом гормонов. При оценке риска пациент и практикующий врач должны разработать план действий по максимальному снижению рисков до начала терапии или в процессе ее прохождения.

Оценка состояния здоровья пациента должна базироваться на осмотре пациента с обязательным измерением веса, роста и артериального давления. Необходимость обследования таких неоднозначных для трансгендерных пациентов частей тела, как грудь, гениталии или ректальная область, должна решаться в индивидуальном порядке на основе имеющегося риска определенных заболеваний, либо если необходимо провести профилактические процедуры [Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007].

Профилактические меры

Назначающие гормональную терапию врачи должны обсуждать профилактические меры с пациентами, особенно если у пациента нет основного лечащего врача. В зависимости от возраста и группы риска, пациенту могут быть назначены соответствующие скрининги или обследования на заболевания, которые может провоцировать гормонотерапия. Первые скрининги желательно провести еще до начала гормонотерапии.

Оценка рисков феминизирующей гормональной терапии у MtF-пациенток

Абсолютных противопоказаний к феминизирующей терапии нет, но есть абсолютные противопоказания к приему препаратов для феминизирующей терапии, особенно эстрогена. Они включают в себя следующие состояния: предшествующие тромбозные явления на фоне гиперкоагуляции, чувствительные к эстрогену опухоли в анамнезе и терминальная стадия хронической печеночной недостаточности [Gharib et al., 2005].

Эстрогенная или андрогенная блокада может усугубить некоторые заболевания (Табл. 2 и Приложение 1), поэтому врачу следует оценить их и хорошо контролировать до начала гормонотерапии [Feldman & Safer, 2009; Nembree et al., 2009]. Клиницисты должны обратить особое внимание на курение, т.к. оно связано с повышенным риском венозного тромбоза, который еще больше повышается с применением эстрогена. Консультация кардиолога может быть целесообразна для пациенток, имеющих сердечно-сосудистые или цереброваскулярные заболевания.

Для оценки текущего риска и возможных нежелательных явлений в будущем важно иметь первоначальные результаты лабораторных анализов. Они должны быть собраны на основе известных рисков феминизирующей гормональной терапии (см. Табл. 2) и индивидуальных факторов риска пациентки, включая семейный анамнез. Рекомендуемые перечни исходных лабораторных анализов опубликованы [Feldman & Safer, 2009; Nembree et al., 2009], но могут быть изменены для пациентов и систем здравоохранения с ограниченными ресурсами и для здоровых пациентов.

Оценка рисков маскулинизирующей гормональной терапии у FtM-пациентов

Абсолютные противопоказания к терапии тестостероном включают: беременность, нестабильную ишемическую болезнь сердца и не

пролеченную полицитемию с гематокритом 55% или выше [Carnegie, 2004]. Поскольку ароматизация тестостерона в эстроген может повысить риск у пациентов с анамнезом рака молочной железы или других эстрогензависимых видов рака [Moore et al., 2003], до начала гормональной терапии рекомендуется консультация с онкологом. Сопутствующие заболевания, которые могут обостриться при приеме тестостерона, должны быть выявлены и пролечены желательнее до начала гормональной терапии [Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009]. Пациентам с сердечно-сосудистыми или цереброваскулярными заболеваниями показана консультация кардиолога.

У FtM-пациентов (даже не принимающих тестостерон) была отмечена повышенная распространенность синдрома поликистоза яичников (СПКЯ) [Baba et al., 2007; Balen, Schachter, Montgomery, Reid, & Jacobs, 1993; Bosinski et al., 1997]. СПКЯ связан с повышенным риском диабета, заболеваний сердца, высокого кровяного давления и рака яичников и эндометрия [Cattrall & Healy, 2004]. СПКЯ также желательнее выявить до начала терапии тестостероном, во избежание прогрессирования указанных состояний. Пациентам, принимающим тестостерон, необходимо также избегать возможности наступления беременности, так как тестостерон может повлиять на развивающийся плод [Physicians' Desk Reference, 2011].

Для оценки текущего риска и возможных нежелательных явлений в будущем важно иметь первоначальные результаты лабораторных анализов. Они должны быть собраны на основе известных рисков маскулинизирующей гормональной терапии (см. Табл. 2) и индивидуальных факторов риска пациента, включая семейный анамнез. Рекомендуемые перечни исходных лабораторных анализов опубликованы [Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009], но могут быть изменены для пациентов и систем здравоохранения с ограниченными ресурсами и для здоровых пациентов.

Мониторинг эффективности и рисков при гормональной терапии

Целью клинического наблюдения во время гормонотерапии является оценка степени происходящей феминизации/маскулинизации тела и контроль возможного появления побочных эффектов принимаемого препарата. Для этого можно использовать опубликованные клиниче-

ские протоколы мониторинга [Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009]. Пациенты с сопутствующими заболеваниями могут нуждаться в более частом наблюдении. Здоровые пациенты, не имеющие доступ к квалифицированным специалистам, могут использовать консультации через Интернет, либо обратиться к местным врачам. При отсутствии других показаний, медицинские специалисты могут уделять первостепенное внимание мониторингу тех рисков, которые будут повышены вследствие гормональной терапии.

Мониторинг эффективности и рисков при феминизирующей гормональной терапии MtF-пациенток

Лучшей оценкой эффективности гормонотерапии является клинический ответ на терапию. Признаки женского пола должны становиться более заметными, признаки мужского пола – минимизироваться. Для определения адекватной дозировки гормонов потребуются лабораторные анализы. Уровень тестостерона следует поддерживать ниже верхнего уровня нормы для биологических женщин; уровень эстрадиола – в пределах нормы для биологических женщин детородного возраста, но значительно ниже супрафизиологических уровней [Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009].

Для предупреждения нежелательных осложнений следует проводить мониторинг сердечно-сосудистых нарушений и венозной тромбозной эмболии посредством измерения кровяного давления, веса и пульса, обследований сердца и легких, осмотра конечностей на наличие периферических или локализованных отеков, либо боли [Feldman & Safer, 2009]. Набор необходимых лабораторных исследований определяется рисками феминизирующей гормонотерапии (см. Табл. 2), индивидуальными заболеваниями и факторами риска пациентки, а также конкретной схемой гормонотерапии. Протоколы лабораторных исследований опубликованы [Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009].

Мониторинг эффективности и рисков при маскулинизирующей гормональной терапии FtM-пациентов

Лучшей оценкой эффективности гормонотерапии является клинический ответ на терапию. Признаки мужского пола должны становиться более заметными, признаки женского пола – минимизироваться. Для определения адекватной дозировки гормонов потребуются лабораторные анализы. Уровень тестостерона следует поддерживать в пределах нормы для биологических мужчин, избегая супрафизиологических уров-

ней [Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009]. У пациентов, принимающих внутримышечно ципионат или энантат тестостерона, уровень тестостерона проверяется в день перед инъекцией и в середине интервала между инъекциями [Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009; Tangpricha, Turner, Malabanan, & Holick, 2001; Tangpricha, Ducharme, Barber, & Chipkin, 2003].

Для предупреждения нежелательных осложнений следует отслеживать лишний вес, акне, маточные кровотечения, сердечно-сосудистые нарушения, а также психиатрические симптомы у пациентов из группы риска. Медицинский осмотр должен включать измерение давления, веса, пульса, осмотр кожи и обследование сердца и легких [Feldman & Safer, 2009]. Набор необходимых лабораторных исследований определяется рисками маскулинизирующей гормонотерапии (см. Табл. 2), индивидуальными заболеваниями и факторами риска пациента, а также конкретной схемой гормонотерапии. Протоколы лабораторных исследований опубликованы [Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009].

Схемы гормональной терапии

Так как контролируемые клинические исследования безопасности или эффективности отдельных схем гормонотерапии не проводились, в медицинской литературе предлагаются самые разные дозировки и типы препаратов [Moore et al., 2003; Tangpricha et al., 2003; van Kesteren, Asscheman, Megens, & Gooren, 1997]. Кроме того, не все препараты могут быть доступны пациенту по географическим или финансовым причинам. Поэтому в данных Стандартах рассматриваются наиболее известные и часто применимые схемы приема препаратов, в общих чертах рассматриваются классы препаратов и пути приема, использованные в большинстве опубликованных схем.

Как было сказано выше, существуют различия в безопасности препаратов. В Рекомендациях Эндокринологического общества [Hembree et al., 2009] и Feldman and Safer [2009] приведен перечень используемых гормональных препаратов и их дозировки¹⁹. Назначающим гормоны врачам желательно регулярно отслеживать публикующуюся новую информацию и применять препараты, признанные на данный момент наиболее безопасными.

19 См. «Эндокринная терапия транссексуальных людей»

Схемы феминизирующей гормональной терапии для MtF-пациенток

Эстроген. Применение орального эстрогена, и особенно этинилэстрадиола (*Микрофоллин*), по всей вероятности, увеличивает риск венозной тромбоэмболии. Поэтому этинилэстрадиол не рекомендуется для феминизирующей гормонотерапии. Трансдермальный эстроген рекомендуется пациенткам с повышенным риском венозной тромбоэмболии. Риск нежелательных явлений возрастает с повышением дозировки, особенно если это приводит к супрафизиологическим уровням гормонов [Hembree et al., 2009]. При наличии сопутствующих заболеваний, которые могут усугубиться приемом эстрогена, следует избегать орального приема эстрогена, а также начинать прием препаратов с более низких доз. В некоторых случаях пациентка не может принимать эстрогены в достаточных для получения желаемых изменений дозах, без вреда для своего здоровья. Такие ситуации стоит обсуждать с пациентками задолго до начала гормонотерапии.

Снижающие андроген препараты (антиандрогены). Прием эстрогена в сочетании с антиандрогенами является наиболее изученной схемой феминизирующей гормонотерапии. Антиандрогены снижают эндогенный уровень тестостерона или активность тестостерона и, таким образом, минимизируют маскулинные признаки, такие, как волосы на теле. Также они уменьшают дозу эстрогена, необходимую для подавления тестостерона, тем самым уменьшая риски, связанные с высокими дозировками экзогенного эстрогена [Prior, Vigna, Watson, Diewold, & Robinow, 1986; Prior, Vigna, & Watson, 1989].

К распространенным антиандрогенам относятся:

- *Спиронолактон (Верошпирон)* – антигипертензивное средство, непосредственно замедляет секрецию тестостерона и связывание андрогена с андрогенным рецептором. Необходимо следить за кровяным давлением и уровнем электролитов ввиду риска гиперкалиемии.
- *Ципротерона ацетат (Андрокур)* – гестагенное соединение с антиандрогенными свойствами. Препарат не одобрен в США ввиду опасений по поводу потенциальной гепатотоксичности, но широко используется в других странах [De Cuypere et al., 2005].
- Агонисты гонадолиберина (например, *гозерелин, бусерелин, трипторелин*) – нейрого르몬ы, блокирующие рецептор гонадолибе-

рина, таким образом блокируя высвобождение ФСГ и ЛГ. Это ведет к высокоэффективной блокаде секреции гонад. Однако, данные препараты дорогостоящи и доступны только в форме инъекций или имплантатов.

- Ингибиторы 5-альфа-редуктазы (*финастерид* или *дутастерид*) – блокируют превращение тестостерона в более активное вещество, 5-альфа-дигидротестостерон. Данные препараты имеют благоприятное воздействие на предотвращение выпадения волос на голове, рост волос на теле, сальные железы и состояние кожи.

Ципротерон и *спиронолактон* являются наиболее часто применяющимися антиандрогенами и, возможно, наиболее экономичными препаратами.

Прогестины. За исключением *ципротерона*, включение прогестинов в феминизирующую гормональную терапию является спорным [Oriol, 2000]. Поскольку прогестины принимают участие в развитии молочных желез на клеточном уровне, некоторые практикующие врачи полагают, что эти вещества необходимы для полноценного развития груди [Basson & Prior, 1998; Oriol, 2000]. Однако клиническое сравнение схем гормонотерапии с прогестинами и без них показало, что прием прогестинов не усиливает рост груди и не понижает уровень свободного тестостерона в сыворотке крови [Meyer III et al., 1986]. Существуют опасения относительно возможных побочных эффектов прогестинов, включая депрессию, набор веса и липидные изменения [Meyer III et al., 1986; Tangpricha et al., 2003]. Также подозревают, что прогестины (особенно медроксипрогестерон) повышают риск рака молочной железы и сердечно-сосудистых заболеваний у женщин [Rossouw et al., 2002]. Микронизированный прогестерон может лучше переноситься и иметь более благоприятное воздействие на липидный профиль, чем медроксипрогестерон [de Lignieres, 1999; Fitzpatrick, Pace, & Wiita, 2000].

Схемы маскулинизирующей гормональной терапии для FtM-пациентов

Тестостерон. Тестостерон можно принимать орально, трансдермально или парентерально, но также доступны буккальные и имплантируемые препараты. Оральный тестостерона ундеканат образует более низкий уровень тестостерона в сыворотке крови, чем инъекционные препараты и имеет ограниченную эффективность в подавлении менструаций [Feldman, 2005, April; Moore et al., 2003]. Поскольку внутримышечные препараты ципионата или энантата тестостерона зачастую вводятся

каждые 2–4 недели, некоторые пациенты могут заметить циклическое колебание действия препарата (например, утомление и раздражительность в конце инъекционного цикла, агрессия или приподнятое настроение в начале инъекционного цикла); также в какие-то моменты уровень тестостерона может выходить за пределы мужской физиологической нормы [Jockenhovel, 2004]. Эти явления можно сгладить путем снижения и учащения дозы, либо принимая ежедневные трансдермальные препараты [Dobs et al., 1999; Jockenhovel, 2004; Nieschlag et al., 2004]. Внутримышечный тестостерона ундеcanoат поддерживает стабильные, физиологические уровни тестостерона в течение приблизительно 12 недель и эффективен как при лечении гипогонадизма, так и у FtM-транссексуалов [Mueller, Kiesewetter, Binder, Beckmann, & Dittrich, 2007; Zitzmann, Saad, & Nieschlag, 2006]. Существуют подтверждения, что трансдермальный и внутримышечный тестостерон дают сходный маскулинизирующий эффект, однако трансдермальные препараты могут действовать медленнее [Feldman, 2005, April]. В целом, следует стремиться к применению наиболее низких доз, достаточных для поддержания желаемых результатов – особенно это касается людей среднего и старшего возраста. При этом нужно соблюдать предосторожности для поддержания плотности костной ткани.

Другие средства. Прогестины, чаще всего медроксипрогестерон (*Провера*), могут применяться в течение короткого периода времени, чтобы способствовать прекращению менструаций на ранней стадии гормональной терапии. Агонисты гонадолиберина могут применяться сходным образом, а также при не поддающихся лечению маточных кровотечениях у пациентов без видимых гинекологических патологий.

Биоидентичные и экстемпоральные гормоны

По мере ведения споров вокруг применения биоидентичных гормонов для постклимактерической гормонозаместительной терапии повысился интерес к применению сходных препаратов при феминизирующей/маскулинизирующей гормонотерапии. Не существует доказательств, что экстемпоральные биоидентичные гормоны более безопасны или эффективны, чем одобренные государственными органами биоидентичные гормоны [Sood, Shuster, Smith, Vincent, & Jatoi, 2011]. Поэтому вне зависимости от того, являются гормоны экстемпоральными или нет, при одинаковых действующих веществах принято считать побочные эффекты от обоих препаратов одинаковыми.

IX. Репродуктивное здоровье

Многие транссексуальные, трансгендерные и гендерно неконформные люди хотели бы иметь детей. Поскольку феминизирующая/маскулинизирующая гормональная терапия ограничивает фертильность [Darney, 2008; Zhang, Gu, Wang, Cui, & Bremner, 1999], пациентам желательно принять решения относительно фертильности до начала гормональной терапии или прохождения операций по удалению или изменению репродуктивных органов. Известны случаи, когда люди, проходившие гормональную терапию и генитальные операции, впоследствии жалели о неспособности иметь своих биологических детей [De Sutter, Kira, Verschoor, & Hotimsky, 2002].

Специалисты в области психического здоровья, рекомендующие гормонотерапию или операции, врачи, выписывающие гормоны, а также хирурги должны информировать пациента о репродуктивных возможностях до начала гормонотерапии и выполнения операций. Это обсуждение должно иметь место, даже если пациенты на момент обращения не заинтересованы в данных вопросах, что может быть характерно для пациентов молодого возраста [De Sutter, 2009]. Раннее обсуждение желательно, но не всегда возможно. Если человек еще не прошел полную хирургическую коррекцию пола, может существовать возможность временно прекратить прием гормонов для продуцирования биологических гормонов, а затем половых клеток [Payer, Meyer III, & Walker, 1979; Van den Broecke, Van der Elst, Liu, Hovatta, & Dhont, 2001].

Поскольку научных данных по репродуктивному здоровью трансгендерных людей крайне мало, для ориентировки можно использовать материалы по проблемам сохранения репродуктивной функции у людей с онкологическими заболеваниями, которые тоже подвержены операциям по удалению репродуктивных органов.

MtF-пациенток, особенно тех, кто еще не имеет детей, необходимо проинформировать о возможности помещения спермы на хранение в банк спермы до начала гормонотерапии. В исследовании по воздействию высоких доз эстрогена на яички [Payer et al., 1979] было показано, что при прекращении приема эстрогена функции яичек могут восстановиться. В опросе MtF-транссексуалок по поводу заморозки спермы [De Sutter et al., 2002] подавляющее большинство из 121 опрошенной согласилось с тем, что врачам следует обсуждать с пациентками возможность

заморозки спермы. Забор спермы следует осуществлять до гормонотерапии, либо после прекращения терапии, дождавшись естественного увеличения количества сперматозоидов. Вопрос криоконсервирования должен обсуждаться даже тогда, когда качество сперматозоидов низкое. У взрослых с азооспермией возможна биопсия яичек с последующим криоконсервированием биопсированного материала для сохранения спермы, однако процедура может быть безуспешной.

Возможности репродукции для FtM-пациентов могут включать заморозку ооцитов (яйцеклеток) или эмбриона. Замороженные гаметы и эмбрион могут затем быть использованы для вынашивания суррогатной матерью. Исследования женщин с синдромом поликистоза яичников показывают, что яичники могут частично восстанавливаться после воздействия высоких доз тестостерона [Hunter & Sterrett, 2000]. Кратковременное прекращение приема тестостерона может позволить яичникам восстановиться в достаточной степени для продуцирования яйцеклеток; успех, вероятно, зависит от возраста пациента и продолжительности лечения тестостероном. Случаи удачной беременности и рождения детей FtM-транссексуальными людьми после приостановки гормонотерапии известны и описаны [More, 1998].

Репродуктивные технологии доступны не во всех регионах и могут быть весьма дорогостоящими, но об их существовании стоит информировать. Транссексуальным, трансгендерным и гендерно неконформным людям ни по каким причинам не следует отказывать в возможностях репродукции.

Особый случай представляют подростки препубертатного и пубертатного возраста, принимающие блокаторы или гормоны желаемого пола. В этом случае сохранение репродуктивной функции на данный момент невозможно.

Х. Постановка голоса и коммуникативная терапия

Транссексуальные, трансгендерные и гендерно неконформные люди могут обращаться за помощью к специалистам по голосу для коррекции высоты или тембра голоса в сторону желаемого пола. Также им могут потребоваться тренинги по невербальной коммуникации (жестам, позам, движениям, мимике) для повышения уверенности в себе в новой гендерной роли.

Компетенция специалистов, работающих с транссексуальными, трансгендерными и гендерно неконформными клиентами

Дефектологи, логопеды, фонiatры, тренеры по речевой коммуникации, а также репетиторы по вокалу и актерскому мастерству, желающие работать с трансгендерными людьми, могут повысить свой профессиональный уровень, изучая общие вопросы здоровья трансгендерных людей, гормональные и хирургические методы феминизации/маскулинизации, характерные для трансгендерных людей психосоциальные проблемы. Также при общении желательно иметь в виду актуальные для трансгендеров вопросы использования корректных местоимений и имени.

Соображения по оценке и терапии

Цель коммуникативной терапии и работы с голосом – помочь человеку чувствовать себя безопасно и естественно в своей гендерной роли [Adler, Hirsch, & Mordaunt, 2006]. Так как представления о желаемых результатах у каждого человека свои, имеет смысл помочь человеку развить те характеристики, которые он будет ощущать как естественные и комфортные.

Планы постановки голоса и коммуникативной терапии разрабатываются с учетом имеющихся данных исследований, клинических знаний и опыта специалиста и собственных целей и ценностей клиента. Цели работы со специалистом обычно включают высоту, диапазон, интонацию, громкость и характер распределения напряжения, качество голоса, тембр, артикуляцию, темп речи и формулирования, языковые формы и

невербальную коммуникацию [Adler et al., 2006; Davies & Goldberg, 2006; de Bruin, Coerts, & Greven, 2000; Gelfer, 1999; McNeill, 2006; Oates & Dacakis, 1983]. Работа со специалистом может включать в себя индивидуальные и/или групповые занятия. Частота и продолжительность работы будет меняться в зависимости от потребностей клиента. Существующие протоколы по постановке голоса и коммуникативному лечению могут быть приняты во внимание при разработке индивидуального плана терапии [Carew, Dacakis, & Oates, 2007; Dacakis, 2000; Davies & Goldberg, 2006; Gelfer, 1999; McNeill, Wilson, Clark, & Deakin, 2008; Mount & Salmon, 1988].

Феминизация или маскулинизация голоса включает в себя непривычное использование механизма производства голоса. Необходимы профилактические меры, чтобы избежать возможности неправильного использования голоса и долгосрочных голосовых нарушений. Следовательно, все услуги по постановке голоса и коммуникативной терапии должны включать компонент здоровья голоса [Adler et al., 2006].

Здоровье голоса после операций по феминизации голоса

Поскольку понижение голоса у MtF-транссексуальных подростков, не проходивших терапию по подавлению полового созревания, относится к необратимым пубертатным изменениям, для повышения голоса такие люди могут прибегать к операции по феминизации голоса (см. Раздел XI). Степень удовлетворенности пациенток такой операцией различна, как и соотношение риска и пользы. После проведения операции рекомендуется консультация с фоониатром, который поможет максимально улучшить результаты и минимизировать возможные осложнения.

XI. Хирургия

Операции по коррекции пола эффективны и необходимы с медицинской точки зрения

Хирургическая операция – заключительный этап процесса коррекции пола. Хотя многие транссексуальные, трансгендерные и гендерно неконформные люди обретают комфорт в своей гендерной идентичности без хирургического вмешательства, для других операция является важной и необходимой мерой для облегчения гендерной дисфории [Hage & Karim, 2000]. Подобные операции меняют первичные и/или вторичные половые признаки для достижения большего соответствия желаемому полу. Более того, операция может помочь пациентам почувствовать себя более расслабленно с сексуальными партнерами или в таких местах, как кабинет врача, бассейн или тренажерный зал. Также операция может снизить риски в случае ареста или обыска полицией.

Последующие исследования показали, что операция улучшает ощущение благополучия человека, удовлетворенность собственной внешностью и сексуальной функцией [De Cuypere et al., 2005; Gijs & Brewaeys, 2007; Klein & Gorzalka, 2009; Pfäfflin & Junge, 1998]. Дополнительная информация о результатах хирургического лечения обобщена в Приложении 3.

Этические вопросы хирургической коррекции пола

В обычной хирургической практике органосохраняющие операции выполняются только по причине нарушения функций этих органов, либо, в случае пластической хирургии, для косметической коррекции здоровых органов. Некоторые врачи возражают против хирургической коррекции пола, считая подобные вмешательства неоправданными. Тем не менее, хирургическое вмешательство может значительно облегчить психологический дискомфорт и страдания людей с гендерной дисфорией, в то время как отказ в такой операции может нанести человеку серьезный вред.

Сероположительный результат анализа крови на передаваемые через кровь инфекции (ВИЧ, гепатиты В, С) не является основанием для отказа в допуске к хирургическому вмешательству.

Взаимодействие хирурга со специалистами в области психического здоровья, назначающими гормоны врачами (при необходимости) и с пациентами (информированное согласие)

Хирургу желательно ознакомиться с историей болезни пациента и с основанием для направления на операцию. При этом может быть полезен контакт с другими специалистами, которые работают (или работали) с пациентом. Если критерии (см. ниже) для операции/операций удовлетворены, хирургом должен быть составлен план операции. С пациентом проводится предоперационная консультация, во время которой обсуждаются следующие вопросы:

- Доступные для пациента методы хирургической коррекции (с направлением к коллегам, предоставляющим альтернативные возможности, при необходимости).
- Преимущества и недостатки каждого метода.
- Ограничения, не позволяющие достичь «идеальных» результатов; хирурги должны предоставить полный набор фотографий их пациентов «до» и «после», включая лучшие и худшие результаты.
- Неизбежные риски и возможные осложнения различных методов, частота этих осложнений.

Эти обсуждения являются важнейшей частью получения информированного согласия, которое является и этическим, и законным требованием для любой хирургической процедуры. Важно, чтобы ожидания пациента от хирургического вмешательства были реалистичными.

Поскольку операции по коррекции пола являются необратимыми, очень важно проинформировать пациента должным образом. Вся указанную информацию желательно предоставить пациенту в письменном виде, при необходимости дополняя текст схематичными рисунками. Пациенту нужно предоставить достаточно времени на обдумывание решения об операции. Также он должен иметь возможность обсудить с хирургом любые имеющиеся у него вопросы и сомнения. Только после этого может быть подписано информированное согласие.

После операции хирург обеспечивает пациенту должное наблюдение и предоставляет инструкции по прохождению послеоперационного периода. При необходимости хирург также оказывает консультирова-

ние специалистам, которые будут работать с пациентом в дальнейшем.

Виды хирургических процедур

Для MtF-пациенток:

1. Хирургия молочных желез/груди: пластическая операция по увеличению молочной железы (имплантаты/липофилинг).
2. Генитальная хирургия: пенэктомия, орхиэктомия, вагинопластика, пластика клитора, пластика вульвы.
3. Прочее: феминизирующая лицевая хирургия, липосакция, липофилинг, голосовая хирургия, уменьшение щитовидного хряща, пластические операции по увеличению ягодиц (имплантаты/липофилинг), восстановление волос, различные эстетические процедуры.

Для FtM-пациентов:

1. Хирургия молочных желез/груди: подкожная мастэктомия, создание мужской груди.
2. Генитальная хирургия: гистерэктомия/овариэктомия, реконструкция фиксированной части уретры (может быть объединена с метоиоидопластикой или фаллопластикой (с использованием лоскута на ножке или свободного васкуляризированного лоскута)), иссечение влагалища, скротопластика, имплантация фаллопротезов и/или протезов яичек.
3. Прочее: голосовая хирургия (редко), липосакция, липофилинг, грудные имплантаты, различные эстетические процедуры.

Реконструктивная хирургия в сравнении с эстетической

Вопрос «следует ли считать операции по коррекции пола «эстетической» или «реконструктивной» хирургией?» уместен не только с философской точки зрения, но и с финансовой. Эстетическая, или косметическая, хирургия по большей части рассматривается не как необходимая с медицинской точки зрения и поэтому обычно полностью оплачивается пациентом. Реконструктивные процедуры, напротив, считаются необходимыми с медицинской точки зрения – с неоспоримыми терапевти-

ческими результатами – и вследствие этого оплачиваются частично или полностью государственными системами здравоохранения или страховыми компаниями.

К сожалению, в области пластической и реконструктивной хирургии (как в целом, так и в частности для операций, связанных с коррекцией пола), не существует четкого различия между тем, что является чисто реконструктивным и что является чисто косметическим. Большинство процедур пластической хирургии на самом деле являются комплексом реконструктивных и косметических процедур.

В то время как большинство специалистов согласны, что операции на гениталиях и мастэктомия не могут считаться чисто косметическими, мнения расходятся по поводу того, до какой степени другие хирургические процедуры (например, пластическая операция увеличения молочной железы, феминизирующая лицевая хирургия) могут считаться чисто реконструктивными. Хотя фаллопластику или пластику влагалища гораздо легче воспринимать как вмешательство с целью окончить пожизненное страдание, для отдельных пациентов такое вмешательство как редуцирующая ринопластика может иметь радикальное воздействие на качество их жизни, и, следовательно, является гораздо более необходимым с медицинской точки зрения, чем для кого-либо без гендерной дисфории.

Критерии для операций

Как и в Стандартах в целом, критерии для начала хирургического лечения гендерной дисфории были разработаны с целью помочь пациентам наилучшим образом. Хотя Стандарты допускают индивидуализированный подход для наилучшего удовлетворения потребностей пациента в медицинской помощи, критерием для всех операций на груди и гениталиях является документирование хронической гендерной дисфории квалифицированным специалистом по психическому здоровью. Для некоторых операций дополнительные критерии включают прохождение феминизирующей/маскулинизирующей гормональной терапии и один год непрерывной жизни в гендерной роли, соответствующей гендерной идентичности человека.

Эти критерии изложены ниже. На основе имеющихся данных и клинического консенсуса экспертов для разных операций даются разные

рекомендации.

Стандарты не указывают порядок, в котором должны быть сделаны различные операции. Количество и последовательность хирургических процедур могут отличаться от пациента к пациенту, в соответствии с их клиническими потребностями.

Критерии для хирургии молочных желез/груди

Критерии для мастэктомии и создания мужской груди у FtM-пациентов:

1. Задokumentированная стойкая гендерная дисфория.
2. Способность пациента принять обоснованное решение и дать согласие на лечение.
3. Совершеннолетний возраст (если пациент не достиг совершеннолетия, см. раздел VI).
4. Сопутствующие серьезные медицинские или психические проблемы пациента должны быть под контролем врача.

Прохождение гормональной терапии не является необходимым условием.

Критерии для пластической операции по увеличению груди (имплантаты/липофилинг) у MtF-пациенток:

1. Задokumentированная стойкая гендерная дисфория.
2. Способность пациентки принять обоснованное решение и дать согласие на лечение.
3. Совершеннолетний возраст (если пациентка не достигла совершеннолетия, см. раздел VI).
4. Сопутствующие серьезные медицинские или психические проблемы пациентки должны быть под контролем врача.

Хотя это не является обязательным критерием, до выполнения пластической операции по увеличению груди MtF-пациенткам рекомендуется пройти феминизирующую гормональную терапию (в течение, как минимум, 12-ти месяцев). Целью является максимальное увеличение роста груди, что дает более удачные хирургические (эстетические) ре-

зультаты.

Критерии для генитальной хирургии

Критерии для гистерэктомии и овариэктомии у FtM-пациентов и для орхиэктомии у MtF-пациенток:

1. Задokumentированная стойкая гендерная дисфория.
2. Способность пациента/пациентки принять обоснованное решение и дать согласие на лечение.
3. Совершеннолетний возраст (если пациент/пациентка не достигли совершеннолетия, см. раздел VI).
4. Сопутствующие серьезные медицинские или психические проблемы пациентов должны быть под контролем врача.
5. 12 месяцев непрерывной гормональной терапии в соответствии с гендерными целями пациента/пациентки (если у них нет клинических противопоказаний к гормонам).

Главная цель гормональной терапии до выполнения гонадэктомии – подавить секрецию эндогенных гормонов для получения возможности оценки происходящих изменений и принятия окончательного решения, до того как пациент подвергнется необратимому хирургическому вмешательству.

Эти критерии не применимы к пациентам, которые проходят данные процедуры по медицинским показаниям, отличным от гендерной дисфории.

Критерии для метоидиопластики или фаллопластики у FtM-пациентов и для вагинопластики у MtF-пациенток:

1. Задokumentированная стойкая гендерная дисфория.
2. Способность пациента/пациентки принять обоснованное решение и дать согласие на лечение.
3. Совершеннолетний возраст (если пациент/пациентка не достигли совершеннолетия, см. см. раздел VI).
4. Сопутствующие серьезные медицинские или психические проблемы пациентов должны быть под контролем врача.

5. 12 месяцев непрерывной гормональной терапии в соответствии с гендерными целями пациента/пациентки (если у них нет клинических противопоказаний к гормонам).

6. 12 месяцев непрерывной жизни в выбранной гендерной роли.

Хотя это не является обязательным критерием, таким пациентам также рекомендуется регулярно посещать специалиста в области психического здоровья или другого медицинского специалиста.

Обоснование предоперационного 12-месячного опыта жизни в выбранной гендерной роли

Опыт проживания некоторого времени в выбранной гендерной роли дает человеку возможность социально адаптироваться в новой роли и оценить адекватность своего решения до выполнения необратимых хирургических вмешательств. Так как психологическая перестройка требует больших затрат внутренних ресурсов, она может проходить сложнее, чем физическая перестройка тела. Более того, принятие новой гендерной роли может серьезно изменить жизнь человека, поэтому до выполнения операции весьма желательно учесть те семейные, межличностные, учебные, профессиональные, материальные и юридические сложности, которые могут возникнуть в связи с переходом и после него. В процессе адаптации человек может нуждаться в поддержке квалифицированного специалиста по психическому здоровью и других трансгендерных людей [Bockting, 2008].

12 месяцев являются достаточно долгим периодом, чтобы успеть прожить разнообразные события повседневной жизни, включая общение с партнерами, родственниками, друзьями, коллегами и другими людьми. Главным условием такого опыта является его непрерывность.

Хирургия для лиц с психотическими расстройствами и другими серьёзными психическими заболеваниями

В случае диагностирования тяжелых психических расстройств и нарушенного восприятия реальности (психотических эпизодов, биполярного расстройства, диссоциативного расстройства, пограничного расстройства личности) для улучшения состояния пациента назначаются психотропные препараты и/или психотерапия до хирургического вме-

шательства (Dhejne et al., 2011). После этого психиатр повторно оценивает состояние пациента и решает вопрос о его готовности к операции. Желательно, если это будет специалист, уже знакомый с пациентом. Операция не должна выполняться, если пациент находится в психотическом состоянии [De Cuypere и Vercruyse, 2009].

Компетентность хирургов, выполняющих операции на молочных железах/груди или на гениталиях

Хирургические операции по коррекции пола могут выполнять урологи, гинекологи, пластические хирурги или хирурги общей практики. Хирурги должны иметь специализированные знания по техникам реконструкции гениталий, подтвержденные документом о прохождении обучения у более опытного хирурга. Оперирующие врачи могут публиковать отчеты о результатах операций, что было бы полезным для других врачей и для пациентов. Хирургам стоит регулярно посещать профессиональные встречи, на которых представляются новые техники.

Желательно, чтобы хирург знал более чем об одной хирургической технике реконструкции гениталий, чтобы в соответствии с пожеланиями пациента выбрать наиболее приемлемую технику операции. Если хирург квалифицирован только в одной технике, которая окажется не подходящей пациенту или не будет устраивать его, хирург должен проинформировать пациента о других существующих техниках и предложить направление к хирургу, владеющему ими.

Техники и осложнения операций на молочных железах/груди

Грудь не относится к репродуктивным органам, тем не менее, она является важным вторичным половым признаком. Выполнение операции на груди также требует взвешенного решения, так как эта операция вносит в тело относительно необратимые изменения.

Пластическая операция по увеличению груди (реконструкция груди) у MtF-пациенток не отличается от такой же процедуры у биологических женщин и обычно выполняется посредством имплантации протезов груди и иногда – техникой липофилинга. Из послеоперационных

осложнений возможны инфекции и капсульный фиброз, но они возникают редко [Kanhai, Hage, Karim, & Mulder, 1999].

Для формирования мужской груди у FtM-транссексуалов проводится операция по мастэктомии. Для многих FtM-пациентов это единственная операция, которую они проходят. Косметический результат операции зависит от конкретной техники, а также от исходного состояния груди. Когда количество удаленной ткани молочной железы требует также удаления кожи, неизбежны шрамы, о чем пациент должен быть предупрежден. Осложнения подкожной мастэктомии могут включать некроз сосков, неровности контура и образование шрамов [Monstrey et al., 2008].

Техники генитальной хирургии и возможные осложнения

Генитальные хирургические процедуры для MtF-пациенток могут включать орхиэктомию, пенэктомию, пластику влагалища, клитора и половых губ. Техники включают в себя инверсию кожи полового члена, ректосигмоидальный трансплантат на питающей ножке и свободные кожные трансплантаты для выстилки неовлагалища. Сохранение сексуальной чувствительности является важной целью при вагинопластике, наряду с созданием функциональной вагины и обеспечением приемлемого косметического вида.

Хирургические осложнения операций на гениталиях у MtF-пациенток могут включать полный или частичный некроз влагалища и половых губ, свищи мочевого пузыря или кишки во влагалище, стеноз уретры, а также слишком короткое или узкое для полового акта влагалище. Хотя хирургические техники по созданию неовлагалища дошли до высокого функционального и эстетического уровня, сообщалось о случаях аноргамии после процедуры. Также для косметической коррекции может потребоваться второй этап пластики половых губ [Klein & Gorzalka, 2009; Lawrence, 2006].

Хирургические процедуры на гениталиях для FtM-пациентов могут включать гистерэктомию, овариэктомию (сальпингоовариэктомию), иссечение влагалища, метоидиопластику, скротопластику, уретропластику, вставку протезов яичек и фаллопластику. Лапароскопическая гистерэктомия и сальпингоовариэктомия позволят избежать шрама в

нижней части живота. Вагинальный доступ может быть затруднительным, поскольку большинство пациентов не рожали и зачастую не имели половых актов. Современные хирургические техники фаллопластики различны. Выбор техник может быть ограничен анатомическими или хирургическими соображениями и финансовыми соображениями клиента. Если целями фаллопластики являются неофаллос хорошего внешнего вида, мочеиспускание стоя, сексуальная чувствительность или способность совершить половой акт, то пациент должен быть четко проинформирован о том, что операции проводятся в несколько этапов, а частые технические сложности могут потребовать проведения дополнительных операций. Даже метоидиопластика, в теории являясь одноэтапной процедурой по созданию микрофаллоса, часто требует более чем одной операции. Цель мочеиспускания стоя с этой техникой не всегда может быть достигнута [Monstrey et al., 2008].

Осложнения фаллопластики у FtM-пациентов могут включать частые стенозы мочевых путей и свищи, иногда – некроз неофаллоса. Метоидиопластика дает в результате микропенис, часто без возможности мочеиспускания стоя. Фаллопластика с использованием лоскута на ножке или свободного васкуляризованного лоскута является длительной многоэтапной процедурой с высокой частотой осложнений, включая трудности с мочеиспусканием и неизбежное образование шрамов на донорских участках. По этой причине многие FtM-пациенты никогда не делают операций на гениталиях, кроме гистерэктомии и сальпингоооариэктомии [Hage & De Graaf, 1993].

Однако даже при развитии тяжелых хирургических осложнений пациенты редко жалеют о перенесенных операциях.

Прочие операции

Прочие операции по феминизации тела включают: редуцирующую щитовидную хондропластику (уменьшение Адамова яблока), операцию по изменению голоса, липопластику с отсасыванием (моделирование контуров) в области талии, риноластику (коррекцию носа), уменьшение костей лица, круговую пластику лица и блефаропластику (омоложение век).

Прочие операции по маскулинизации тела включают: липосакцию, липофилинг и вставку грудных имплантатов. Голосовая хирургия для по-

лучения более низкого голоса нужна редко, но может быть рекомендована, например, если гормональная терапия была неэффективна.

Для таких операций направление от специалиста в области психического здоровья не требуется. Тем не менее, специалист может помочь клиенту в консультации и принятии решения о выполнении подобной операции.

Хотя большинство этих процедур, как правило, относят к эстетическим, пациенту с тяжелой гендерной дисфорией они могут быть необходимы, в зависимости от индивидуальной клинической картины и жизненной ситуации.

ХII. Послеоперационное наблюдение

Для получения оптимальных хирургических и психологических результатов коррекции пола желательно послеоперационное наблюдение пациента [Monstrey et al., 2009]. Более того, хирург таким образом получает обратную связь от пациента и может оценить успешность или недостатки выбранного метода операции. С иногородними пациентами следует заранее обсудить, сколько времени им потребуется провести в клинике под наблюдением.

Иногда транссексуальные пациенты, сделавшие операцию, отказываются от дальнейших консультаций с эндокринологом, считая их ненужными. Однако этого делать не стоит, поскольку именно эндокринолог, знакомый с данной спецификой, может наилучшим образом предотвратить, диагностировать и лечить заболевания у пациентов, принимающих гормоны и выполнивших хирургическую коррекцию пола. То же самое относится к специалистам психического здоровья, поскольку психологические проблемы не всегда заканчиваются с завершением процесса перехода.

Пациенты, выполнившие операцию, должны регулярно проходить медицинские проверки, в соответствии с нормами, рекомендуемыми для их возраста (см. раздел ХIII).

XIII. Профилактика и первичная медицинская помощь в течение жизни

Каждый человек время от времени нуждается в медицинской помощи, и трансгендерные люди не являются исключением. Таким людям желательно получать помощь врача, знакомого со спецификой трансгендерного здоровья. Примеры запросов трансгендерных пациентов к врачу общей практики – предотвращение негативных последствий гонадэктомии или длительной гормональной терапии в высоких дозах. Если врач не может оказать помощь, желательно обратиться за консультацией к коллегам.

Хотя специфика трансгендерного здоровья больше всего затрагивает эндокринологов и хирургов, врачи общей практики также должны быть готовы оказать помощь и содействие трансгендерным людям [Feldman, 2007].

Общая профилактика

Руководства по обследованию, разработанные для населения в целом, подходят для систем организма, которые вряд ли подвергнутся воздействию феминизирующей/маскулинизирующей гормональной терапии. Однако, в таких областях, как факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, остеопороз и отдельные виды рака (молочной железы, шейки матки, яичников, матки и предстательной железы), подобные общие руководства могут или недооценить, или переоценить необходимость проведения обследования пациентов, получающих гормональную терапию.

Опубликованы подробные протоколы по оказанию первичной медицинской помощи пациентам, получающим феминизирующую/маскулинизирующую гормонотерапию, включая терапию, назначаемую после операций по коррекции пола [Center of Excellence for Transgender Health, 2011; Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007; Gorton, Buth, & Spade, 2005]. При этом следует учитывать риски, связанные с воздействием гормональной терапии на организм.

Онкологический скрининг

Онкологический скрининг систем органов, связанных с полом, может представлять особые медицинские и психосоциальные сложности для транссексуальных, трансгендерных и гендерно неконформных пациентов и их врачей. В отсутствие крупных лонгитюдных исследований врачи вряд ли имеют достаточно достоверных данных для определения соответствующего типа и частоты проведения онкологических скринингов у трансгендеров. Избыточные скрининги связаны с дополнительными финансовыми затратами, приводят к большой доле ложноположительных результатов и, часто, к излишнему облучению и лишним диагностическим вмешательствам (например, биопсии). Недостаточный скрининг приводит к задержке своевременной диагностики потенциально излечимых видов рака.

Психологические сложности проведения скринингов в том, что пациенты могут воспринимать скрининг как комфортный и соответствующий их гендеру (в случае маммографии для MtF-пациенток), либо как противоречащий их гендеру, физически и эмоционально болезненный (в случае мазка Папаниколау).

Медицинская помощь при урогенитальных инфекциях

Гинекологическая помощь может быть необходима трансгендерным людям обоих полов. Среди FtM-пациентов такая помощь нужна преимущественно тем, кто не подвергался операциям на гениталиях. Среди MtF-пациенток такая помощь нужна после операций на гениталиях. Несмотря на то, что многие хирурги консультируют пациентов по вопросам послеоперационной помощи при урогенитальных инфекциях, врачи, оказывающие первичную медицинскую помощь, и гинекологи также должны знать специфику.

Все MtF-пациентки должны быть проконсультированы о гигиене половых органов и профилактике инфекций, передающихся половым путем; те, кто перенес операции на гениталиях, должны быть проконсультированы о необходимости регулярного расширения влагалища или половых актов, чтобы сохранить глубину и ширину влагалища [van Trotsenburg, 2009]. В связи с особенностями анатомии мужского таза, ось

и размеры неовлагалища существенно отличаются от таковых у биологических женщин. Эти анатомические отличия могут повлиять на половой акт, поэтому нужно учитывать их [van Trotsenburg, 2009].

Инфекции нижних отделов мочевыводящих путей часто развиваются у MtF-пациенток после операции в связи с тем, что реконструированная уретра становится короче. Кроме того, эти пациентки могут страдать от функциональных расстройств нижних отделов мочевыводящих путей. Такие расстройства могут быть вызваны нарушением автономной иннервации дна мочевого пузыря во время рассечения между прямой кишкой и мочевым пузырем и изменением расположения самого мочевого пузыря. После операций по коррекции пола может развиваться дисфункциональное мочеиспускание (например, гиперактивный мочевой пузырь, недержание мочи при напряжении или urgentное недержание мочи) [Hoebeke et al., 2005; Kuhn, Hildebrand, & Birkhauser, 2007].

Большинство FtM-пациентов не прибегают к иссечению влагалища (кольпэктомии). У пациентов, принимающих маскулинизирующие гормоны, несмотря на значительное превращение тестостерона в эстрогены, могут наблюдаться атрофические изменения выстилки влагалища, которые могут приводить к зуду и жжению. Обследование может быть как физически, так и эмоционально болезненным, но отсутствие лечения может серьезно осложнить ситуацию.

Гинекологам, работающим с FtM-пациентами, следует также учитывать дискомфорт, который пациенты могут испытывать по поводу наличия у себя гениталий, присущих женщинам.

XIV. Применимость Стандартов Помощи к людям, живущим в учреждениях

Стандарты во всей полноте применимы ко всем транссексуальным, трансгендерным и гендерно неконформным людям, независимо от места их пребывания.

Люди не должны подвергаться дискриминации в отношении доступа к надлежащей медицинской помощи на основании того, где они находятся, включая такие общественные институты, как тюрьмы или медицинские учреждения долго-/среднесрочного лечения [Brown, 2009]. Медицинская помощь транссексуальным, трансгендерным и гендерно неконформным людям, живущим в учреждениях, должна воспроизводить помощь, которая была бы доступна им, если бы они жили вне учреждения в том же самом сообществе.

Все элементы оценки состояния и лечения, как описано в Стандартах, могут быть предоставлены лицам, живущим в учреждениях [Brown, 2009]. В доступе к этим необходимым с медицинской точки зрения видам лечения не должны отказывать на основании помещения человека в учреждение закрытого типа. Если отсутствует внутренняя экспертиза штатных или внештатных медицинских специалистов учреждения по оценке состояния и/или лечению людей с гендерной дисфорией, следует получить консультацию внешних специалистов, сведущих в этой специализированной области здравоохранения.

Люди с гендерной дисфорией, находящиеся в учреждениях, могут также иметь сопутствующие психические расстройства [Cole et al., 1997]. Эти расстройства необходимо оценить и лечить соответствующим образом.

Люди, попадающие в учреждение с подобранной схемой гормональной терапии, должны продолжать ее или сходные виды терапии и наблюдаться в соответствии со Стандартами. Подход «стоп-кадр» не является подходящим лечением в большинстве ситуаций [Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney, C.A. No. 92-12820-MLW, 2002]. Люди с гендерной дисфорией, признанные нуждающимися в гормональной терапии (в соответствии со Стандартами), должны начать ее. Последствия резкого прекращения приема гормонов или отсутствие начала гормональной терапии при необходимости с медицинской точки зрения могут иметь негативные последствия, такие, как хирургическое

самолечение посредством самокастрации, подавленное настроение, дисфория или суицидальность [Brown, 2010].

При оказании медицинской помощи, соответствующей Стандартам, могут быть достигнуты разумные договоренности в условиях учреждения, если такие договоренности не подвергают опасности оказание необходимой с медицинской точки зрения помощи людям с гендерной дисфорией. Примером такой разумной договоренности может служить применение инъекционных гормонов – при отсутствии медицинских противопоказаний – в среде, где отклонение от режима приема оральных препаратов высоко вероятно [Brown, 2009]. Отказ в необходимых изменениях в гендерной роли или в доступе к лечению, включая операции по коррекции пола, на основании пребывания в учреждении, в соответствии со Стандартами не являются разумными подходами [Brown, 2010].

Жилье и душевые/ванные для транссексуальных, трансгендерных и гендерно неконформных людей, живущих в учреждениях, должны учитывать их гендерную идентичность и роль, физическое состояние, сохранение их достоинства и личной безопасности. Размещение в помещении, палате или камере для лиц одного пола исключительно на основании вида наружных половых органов может быть неприемлемым и ставить человека под угрозу преследований [Brown, 2009].

Учреждения, в которых транссексуалы, трансгендеры и гендерно неконформные люди проживают и получают медицинскую помощь, должны следить за поддержанием толерантного и позитивного климата в коллективе, чтобы гарантировать, что проживающие не подвергаются нападкам со стороны персонала или других проживающих.

XV. Применимость Стандартов Помощи к людям с нарушениями формирования пола

Терминология

Нарушения формирования пола (НФП) – соматическое состояние атипичического развития половых путей [Hughes, Houk, Ahmed, Lee, & LWPES/ESPE Consensus Group, 2006]. НФП включают состояние, которое раньше называли интерсексуальностью. Хотя на международной консенсусной конференции в 2005 году термин был изменен на НФП [Hughes et al., 2006], разногласие по поводу лексики сохраняется. Некоторые резко возражают против термина «нарушение», предпочитая рассматривать эти врожденные состояния как результат разнообразия [Diamond, 2009] и продолжать использовать термины «интерсекс» или «интерсексуальность». В данном руководстве для удобства врачей используется медицинский термин *нарушения формирования пола*.

Обоснование добавления в Стандарты Помощи

Ранее люди с НФП, которые также соответствовали критериям расстройства гендерной идентичности²⁰ по системе DSM-IV-TR [American Psychiatric Association, 2000], исключались из этого общего диагноза и вместо этого классифицировались по пункту «Расстройство гендерной идентичности неуточненное». Они были также исключены из Стандартов Помощи WPATH.

В новом издании DSM-5 (www.dsm5.org) термин *расстройство гендерной идентичности* был заменен на *гендерная дисфория*. Более того, для DSM-5 было предложено, чтобы люди с гендерной дисфорией и НФП рассматривались как имеющие подтип гендерной дисфории. Эта предложенная классификация, – которая четко разграничивает людей с гендерной дисфорией с НФП и без НФП, – вполне оправдана: у людей с НФП гендерная дисфория отличается по своим феноменологическим проявлениям, распространенности, развитию и этиологии [Meyer-Bahlburg, 2009].

Взрослые с НФП и гендерной дисфорией все чаще попадают в поле

²⁰ «Расстройство гендерной идентичности» – предыдущее название диагноза. В новой редакции DSM-5 диагноз называется «гендерная дисфория».

зрения медицинских специалистов. Соответственно, краткое обсуждение помощи этим людям включено в настоящую версию Стандартов.

Соображения по анамнезу

Медицинские специалисты, оказывающие помощь пациентам, имеющим НФП и гендерную дисфорию одновременно, должны знать, что медицинский контекст, в котором такие пациенты выросли, обычно весьма отличается от аналогичного у людей без НФП.

У некоторых людей НФП распознается при рождении, посредством обследования нетипичных для их пола гениталий (сейчас все чаще это обследование проводится еще в пренатальном периоде посредством УЗИ-обследования). Эти дети затем подвергаются большому количеству медицинских диагностических процедур. После консультации семьи с медицинскими специалистами, во время которой рассматривается конкретный диагноз и физические и гормональные признаки, регистрируется пол новорожденного [Cohen-Kettenis, 2005; Dessens, Slijper, & Drop, 2005; Jurgensen, Hiort, Holterhus, & Thyen, 2007; Mazur, 2005; Meyer-Bahlburg, 2005; Stikkelbroeck et al., 2003; Wisniewski, Migeon, Malouf, & Gearhart, 2004].

Другие люди с НФП попадают в поле зрения медицинских специалистов в период полового созревания, в результате обнаружения атипичного развития вторичных половых признаков. Это обследование также направлено на специальную медицинскую оценку.

Тип НФП и тяжесть состояния влияют на решение о первоначальной регистрации пола пациента, последующей генитальной хирургии и оказании другой медицинской и психологической помощи [Meyer-Bahlburg, 2009]. Например, степень воздействия андрогенов в пренатальном периоде у людей с НФП коррелирует со степенью маскулинизации связанного с полом поведения (то есть с гендерной ролью и гендерным самовыражением); однако корреляция выражена незначительно, и значительная вариативность поведения остается необъясненной [Jurgensen et al., 2007; Meyer-Bahlburg, Dolezal, Baker, Ehrhardt, & New, 2006]. Примечательно, что сходной корреляции между воздействием андрогенов в пренатальном периоде и гендерной идентичностью не было обнаружено [Meyer-Bahlburg et al., 2004], что подтверждается фактом, что люди с одной и той же (ядерной) гендерной идентичностью могут иметь значительные раз-

личия в степени маскулинизации поведения.

Оценка и терапия гендерной дисфории у людей с нарушениями формирования пола

Крайне редко у людей с НФП определяют гендерную дисфорию до постановки диагноза НФП. Даже в таком случае диагноз НФП обычно очевиден из ознакомления с анамнезом и из базового медицинского осмотра, которые обычно проводятся для оценки целесообразности гормонотерапии или хирургических вмешательств по поводу гендерной дисфории. Специалисты психического здоровья должны убедить пациентов, обращающихся по поводу гендерной дисфории, пройти медицинский осмотр, особенно если они в данный момент не наблюдаются ни у какого врача.

У большинства людей с НФП, рожденных с неопределенными гениталиями, гендерная дисфория не развивается [Meyer-Bahlburg et al., 2004; Wisniewski et al., 2004]. Однако часть людей с НФП страдает от хронической гендерной дисфории и проходит коррекцию пола, зарегистрированного при рождении [Meyer-Bahlburg, 2005; Wilson, 1999; Zucker, 1999]. Если имеются стойкие и выраженные признаки наличия гендерной дисфории, то, независимо от возраста пациента, необходима тщательная оценка состояния врачами, имеющими опыт в оценке и лечении гендерной дисфории. Опубликованы подробные рекомендации по проведению такой оценки и принятию лечебных решений по гендерной дисфории в контексте НФП [Meyer-Bahlburg, 2011]. Коррекцию пола у пациентов с НФП нужно осуществлять только после комплексной оценки.

Врачи, оказывающие этим пациентам помощь по облегчению гендерной дисфории, могут воспользоваться опытом, полученным при работе с пациентами без НФП [Cohen-Kettenis, 2010]. Однако определенные критерии для лечения (возраст, продолжительность опыта жизни в желаемой гендерной роли) обычно нельзя прямо применить к лицам с НФП; критерии должны интерпретироваться с учетом индивидуальной ситуации пациента [Meyer-Bahlburg, 2011]. В контексте НФП изменения в зарегистрированном при рождении поле и в гендерной роли производятся в любом возрасте между младшим возрастом начальной школы и средним взрослым возрастом. Даже генитальная хирургия этим пациентам может быть выполнена намного раньше, чем людям с гендерной

дисфорией без НФП, если операция полностью оправдана диагнозом, доказательным прогнозом по гендерной идентичности при данном синдроме, тяжестью синдрома и желаниями пациента.

Одна из причин таких отличий в лечении заключается в том, что генитальная хирургия у людей с НФП довольно распространена в младенчестве и подростковом возрасте. Бесплодие может уже иметься вследствие ранней гонадной недостаточности, либо гонадэктомии из-за риска злокачественности. Даже в таком случае пациентам с НФП рекомендуется осуществлять переход в другую гендерную роль только если они имеют длительный анамнез нетипичного гендерного поведения, и если гендерная дисфория и/или желание изменить свою гендерную роль сильны и устойчивы в течение длительного периода времени. Шесть месяцев – это срок полного проявления симптомов, предлагаемый для применения диагноза «гендерная дисфория» в DSM-5 [Meyer-Bahlburg, 2011].

Дополнительные источники

Анамнезы людей с НФП зачастую сложны и могут включать различные врожденные генетические, эндокринные и соматические атипичные явления, а также гормональное, хирургическое и другие виды лечения. По этой причине при оказании психосоциальной и медицинской помощи таким пациентам, независимо от наличия гендерной дисфории необходимо принимать во внимание много дополнительных аспектов [Cohen- Kettenis & Pfafflin, 2003; Meyer-Bahlburg, 2002, 2008]. Некоторые семьи и пациенты также находят полезным консультироваться или работать с группами взаимопомощи сообщества.

Существует весьма авторитетная медицинская литература по вопросам медицинского ведения пациентов с НФП. Большая часть этой литературы создана квалифицированными специалистами по детской эндокринологии и урологии, при участии узкопрофильных специалистов психического здоровья, особенно в области пола. Недавние международные консенсусные конференции рассматривали руководства по доказательной медицинской помощи (включая вопросы пола и генитальной хирургии) при НФП в целом [Hughes et al., 2006] и конкретно при врожденной гиперплазии надпочечников (Joint LWPES/ESPE CAN Working Group et al., 2002; Speiser et al., 2010). Также рассматривались исследовательские нужды по НФП в целом [Meyer-Bahlburg & Blizzard, 2004] и по отдельным синдромам, таким, как 46,XXY [Simpson et al., 2003].

Список литературы

- 1) Abramowitz, S. I. (1986). Psychosocial outcomes of sex reassignment surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(2), 183–189. doi:10.1037/0022-006X.54.2.183
- 2) ACOG Committee of Gynecologic Practice. (2005). Committee opinion #322: Compounded bioidentical hormones. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5), 139–140.
- 3) Adler, R. K., Hirsch, S., & Mordaunt, M. (2006). Voice and communication therapy for the transgender/transsexual client: A comprehensive clinical guide. San Diego, CA: Plural Pub.
- 4) American Academy of Family Physicians. (2005). Definition of family medicine. Retrieved from <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/ff/fammeddef.html>
- 5) American Medical Association. (2008). Resolution 122(A-08). Retrieved from <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/471/122.doc>
- 6) American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- 7) American Speech-Language-Hearing Association. (2011). Scope of practice. Retrieved from www.asha.org
- 8) Anton, B. S. (2009). Proceedings of the American Psychological Association for the legislative year 2008: Minutes of the annual meeting of the council of representatives, February 22–24, 2008, Washington, DC, and August 13 and 17, 2008, Boston, MA, and minutes of the February, June, August, and December 2008 meetings of the board of directors. *American Psychologist*, 64, 372–453. doi:10.1037/a0015932
- 9) Asscheman, H., Giltay, E. J., Megens, J. A. J., de Ronde, W., van Trotsenburg, M. A. A., & Gooren, L. J. G. (2011). A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *European Journal of Endocrinology*, 164(4), 635–642. doi:10.1530/EJE-10-1038
- 10) Baba, T., Endo, T., Honnma, H., Kitajima, Y., Hayashi, T., Ikeda, H., . . . Saito, T. (2007). Association between polycystic ovary syndrome and female-to-male transsexuality. *Human Reproduction*, 22(4), 1011–1016. doi:10.1093/humrep/del474
- 11) Bakker, A., Van Kesteren, P. J., Gooren, L. J., & Bezemer, P. D. (1993). The prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(4), 237–238. doi:10.1111/j.1600-0447.1993.tb03364.x
- 12) Balen, A. H., Schachter, M. E., Montgomery, D., Reid, R. W., & Jacobs, H. S. (1993). Polycystic ovaries are a common finding in untreated female to male transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 38(3), 325–329. doi:10.1111/j.1365-2265.1993.tb01013.x
- 13) Basson, R. (2001). Towards optimal hormonal treatment of male to female gender identity disorder. *Journal of Sexual and Reproductive Medicine*, 1(1), 45–51.
- 14) Basson, R., & Prior, J. C. (1998). Hormonal therapy of gender dysphoria: The male-to-female transsexual. In D. Denny (Ed.), *Current concepts in transgender identity* (pp. 277–296). New York, NY: Garland.
- 15) Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York, NY: Julian Press.
- 16) Besnier, N. (1994). Polynesian gender liminality through time and space. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 285–328). New York, NY: Zone Books.
- 17) Bockting, W. O. (1999). From construction to context: Gender through the eyes of the transgendered. *Siecus Report*, 28(1), 3–7.
- 18) Bockting, W. O. (2008). Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*, 17(4), 211–224. doi:10.1016/j.sexol.2008.08.001
- 19) Bockting, W. O., & Coleman, E. (2007). Developmental stages of the transgender coming out process: Toward an integrated identity. In R. Ettner, S. Monstrey, & A. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 185–208). New York, NY: Haworth Press.
- 20) Bockting, W. O., & Goldberg, J. M. (2006). Guidelines for transgender care [Special issue]. *International Journal of Transgenderism*, 9(3/4).
- 21) Bockting, W. O., Knudson, G., & Goldberg, J. M. (2006). Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism*, 9(3/4), 35–82. doi:10.1300/

J485v09n03_03

- 22) Bolin, A. (1988). In search of Eve (pp. 189–192). New York, NY: Bergin & Garvey.
- 23) Bolin, A. (1994). Transcending and transgenering: Male-to-female transsexuals, dichotomy and diversity. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 447–486). New York, NY: Zone Books.
- 24) Bornstein, K. (1994). *Gender outlaw: On men, women, and the rest of us*. New York, NY: Routledge.
- 25) Bosinski, H. A. G., Peter, M., Bonatz, G., Arndt, R., Heidenreich, M., Sippell, W. G., & Wille, R. (1997). A higher rate of hyperandrogenic disorders in female-to-male transsexuals. *Psychoneuroendocrinology*, 22(5), 361–380. doi:10.1016/S0306-4530(97)00033-4
- 26) Brill, S. A., & Pepper, R. (2008). *The transgender child: A handbook for families and professionals*. Berkeley, CA: Cleis Press.
- 27) Brown, G. R. (2009). Recommended revisions to The World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care section on medical care for incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 133–139. doi:10.1080/15532730903008073
- 28) Brown, G. R. (2010). Autocastration and autopenectomy as surgical self-treatment in incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 12(1), 31–39. doi:10.1080/15532731003688970
- 29) Bullough, V. L., & Bullough, B. (1993). *Cross dressing, sex, and gender*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- 30) Callen Lorde Community Health Center. (2000). Transgender health program protocols. Retrieved from http://www.callen-lorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf
- 31) Callen Lorde Community Health Center. (2011). Transgender health program protocols. Retrieved from http://www.callen-lorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf
- 32) Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists. (n.d.). CASLPA clinical certification program. Retrieved from <http://www.caslpa.ca/>
- 33) Carew, L., Dacakis, G., & Oates, J. (2007). The effectiveness of oral resonance therapy on the perception of femininity of voice in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 21(5), 591–603. doi:10.1016/j.jvoice.2006.05.005
- 34) Carnegie, C. (2004). Diagnosis of hypogonadism: Clinical assessments and laboratory tests. *Reviews in Urology*, 6 (Suppl 6), S3–8.
- 35) Catrall, F. R., & Healy, D. L. (2004). Long-term metabolic, cardiovascular and neoplastic risks with polycystic ovary syndrome. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 18(5), 803–812. doi:10.1016/j.bpobgyn.2004.05.005
- 36) Center of Excellence for Transgender Health, UCSF. (2011). Primary care protocol for transgender health care. Retrieved from <http://transhealth.ucsf.edu/trans?page=protocol-00-00>
- 37) Chiñas, B. (1995). Isthmus Zapotec attitudes toward sex and gender anomalies. In S. O. Murray (Ed.), *Latin American male homosexualities* (pp. 293–302). Albuquerque: University of New Mexico Press.
- 38) Clements, K., Wilkinson, W., Kitano, K., & Marx, R. (1999). HIV prevention and health service needs of the transgender community in San Francisco. *International Journal of Transgenderism*, 3(1), 2–17.
- 39) Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Gender identity disorder in DSM? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(4), 391–391. doi:10.1097/00004583-200104000-00006
- 40) Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Gender change in 46,XY persons with 5 α -reductase-2 deficiency and 17 β -hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 399–410. doi:10.1007/s10508-005-4339-4
- 41) Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Gender identity disorders. In C. Gillberg, R. Harrington, & H. C. Steinhausen (Eds.), *A clinician's handbook of child and adolescent psychiatry* (pp. 695–725). New York, NY: Cambridge University Press.
- 42) Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Psychosocial and psychosexual aspects of disorders of sex development. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 24(2), 325–334. doi:10.1016/j.beem.2009.11.005

- 43) Cohen-Kettenis, P. T., & Kuiper, A. J. (1984). *Transseksualiteit en psychotherapie*. Tijdschrift Voor Psychotherapie, 10, 153–166.
- 44) Cohen-Kettenis, P. T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(1), 41–53. doi:10.1023/A:1021769215342
- 45) Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2003). *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- 46) Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 499–513. doi:10.1007/s10508-009-9562-y
- 47) Cohen-Kettenis, P. T., Schagen, S. E. E., Steensma, T.D., de Vries, A. L. C., & Delemarre-van de Waal, H.A. (2011). Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: A 22-year follow-up. *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 843–847. doi:10.1007/s10508-011-9758-9
- 48) Cohen-Kettenis, P. T., Wallien, M., Johnson, L. L., Owen-Anderson, A. F. H., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2006). A parent-report gender identity questionnaire for children: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(3), 397–405. doi:10.1177/1359104506059135
- 49) Cole, C. M., O'Boyle, M., Emory, L. E., & Meyer, W.J., III. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*, 26(1), 13–26.
- 50) Coleman, E. (2009a). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 1–7. doi:10.1080/15532730902799912
- 51) Coleman, E. (2009b). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Hormonal and surgical approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 141–145. doi:10.1080/15532730903383740
- 52) Coleman, E. (2009c). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Medical and therapeutic approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 215–219. doi:10.1080/15532730903439450
- 53) Coleman, E. (2009d). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Psychological assessment and approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 69–73. doi:10.1080/15532730903008008
- 54) Coleman, E., Colgan, P., & Gooren, L. (1992). Male crossgender behavior in Myanmar (Burma): A description of the acault. *Archives of Sexual Behavior*, 21(3), 313–321.
- 55) Costa, L. M., & Matzner, A. (2007). *Male bodies, women's souls: Personal narratives of Thailand's transgendered youth*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- 56) Currah, P., Juang, R. M., & Minter, S. (2006). *Transgender rights*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- 57) Currah, P., & Minter, S. (2000). Unprincipled exclusions: The struggle to achieve judicial and legislative equality for transgender people. *William and Mary Journal of Women and Law*, 7, 37–60.
- 58) Dacakis, G. (2000). Long-term maintenance of fundamental frequency increases in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 14(4), 549–556. doi:10.1016/S0892-1997(00)80010-7
- 59) Dahl, M., Feldman, J. L., Goldberg, J. M., & Jaber, A. (2006). Physical aspects of transgender endocrine therapy. *International Journal of Transgenderism*, 9(3), 111–134. doi:10.1300/J485v09n03_06
- 60) Darney, P. D. (2008). Hormonal contraception. In H. M. Kronenberg, S. Melmer, K. S. Polonsky, & P. R. Larsen (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (11th ed., pp. 615–644). Philadelphia, PA: Saunders.
- 61) Davies, S., & Goldberg, J. M. (2006). Clinical aspects of transgender speech feminization and masculinization. *International Journal of Transgenderism*, 9(3-4), 167–196. doi:10.1300/J485v09n03_08
- 62) de Bruin, M. D., Coerts, M. J., & Greven, A. J. (2000). Speech therapy in the management of male-to-female transsexuals. *Folia Phoniatica Et Logopaedica*, 52(5), 220–227.
- 63) De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P., . . . Rubens, R. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 34(6), 679–690. doi:10.1007/s10508-005-7926-5
- 64) De Cuypere, G., Van Hemelrijck, M., Michel, A., Crael, B., Heylens, G., Rubens, R., . . . Monstrey,

S. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European Psychiatry*, 22(3), 137–141. doi:10.1016/j.eurpsy.2006.10.002

65) De Cuypere, G., & Vercruyse, H. (2009). Eligibility and readiness criteria for sex reassignment surgery: Recommendations for revision of the WPATH standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 194–205. doi:10.1080/15532730903383781

66) Delemarre-van de Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, 155(Suppl 1), S131–S137. doi:10.1530/eje.1.02231

67) Delemarre-van de Waal, H. A., van Weissenbruch, M. M., & Cohen Kettenis, P. T. (2004). Management of puberty in transsexual boys and girls. *Hormone Research in Paediatrics*, 62(Suppl 2), 75–75. doi:10.1159/000081145

68) de Lignières, B. (1999). Oral micronized progesterone. *Clinical Therapeutics*, 21(1), 41–60. doi:10.1016/S0149-2918(00)88267-3

69) Derrig-Palumbo, K., & Zeine, F. (2005). *Online therapy: A therapist's guide to expanding your practice*. New York, NY: W.W. Norton.

70) Dessens, A. B., Slijper, F. M. E., & Drop, S. L. S. (2005). Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 389–397. doi:10.1007/s10508-005-4338-5

71) De Sutter, P. (2009). Reproductive options for transpeople: Recommendations for revision of the WPATH's standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 183–185. doi:10.1080/15532730903383765

72) De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A., & Hotimsky, A. (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism*, 6(3). Retrieved from http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/ezines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtv06no03_02.htm

73) Devor, A. H. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 8(1/2), 41–67.

74) de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Delemarre van de Waal, H. A. (2006). Clinical management of gender dysphoria in adolescents. *International Journal of Transgenderism*, 9(3–4), 83–94. doi:10.1300/J485v09n03_04

75) de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Advance online publication. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x

76) de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(8), 930–936. doi:10.1007/s10803-010-0935-9

77) de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *Journal of Sexual Medicine*. Advance online publication. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x

78) Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Langstrom, N., & Landen, M. (2011). Longterm follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PloS ONE*, 6(2), 1–8. doi:10.1371/journal.pone.0016885

79) Diamond, M. (2009). Human intersexuality: Difference or disorder? *Archives of Sexual Behavior*, 38(2), 172–172. doi:10.1007/s10508-008-9438-6

80) Di Ceglie, D., & Thümmel, E. C. (2006). An experience of group work with parents of children and adolescents with gender identity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(3), 387–396. doi:10.1177/1359104506064983

81) Dobs, A. S., Meikle, A. W., Arver, S., Sanders, S. W., Caramelli, K. E., & Mazer, N. A. (1999). Pharmacokinetics, efficacy, and safety of a permeation-enhanced testosterone transdermal system in comparison with bi-weekly injections of testosterone enanthate for the treatment of hypogonadal men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 84(10), 3469–3478. doi:10.1210/jc.84.10.3469

82) Docter, R. F. (1988). *Transvestites and transsexuals: Toward a theory of cross-gender behavior*. New York, NY: Plenum Press.

- 83) Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, 44(1), 34–45. doi:10.1037/0012-1649.44.1.34
- 84) Ehrbar, R. D., & Gorton, R. N. (2010). Exploring provider treatment models in interpreting the standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 12(4), 198–210. doi:10.1080/15532739.2010.544235
- 85) Ekins, R., & King, D. (2006). *The transgender phenomenon*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- 86) Eklund, P. L., Gooren, L. J., & Bezemer, P. D. (1988). Prevalence of transsexualism in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 152(5), 638–640.
- 87) Eldh, J., Berg, A., & Gustafsson, M. (1997). Long-term follow up after sex reassignment surgery. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery*, 31(1), 39–45.
- 88) Emerson, S., & Rosenfeld, C. (1996). Stages of adjustment in family members of transgender individuals. *Journal of Family Psychotherapy*, 7(3), 1–12. doi:10.1300/J085V07N03 01
- 89) Emory, L. E., Cole, C. M., Avery, E., Meyer, O., & Meyer I, W. J. (2003, September). Client's view of gender identity: Life, treatment status and outcome. Paper presented at the 18th Biennial Harry Benjamin Symposium, Gent, Belgium.
- 90) Ettner, R., Monstrey, S., & Eylar, A. (Eds.) (2007). *Principles of transgender medicine and surgery*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- 91) Eylar, A. E. (2007). Primary medical care of the gender-variant patient. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Eylar (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 15–32). Binghamton, NY: Haworth Press.
- 92) Factor, R. J., & Rothblum, E. (2008). Exploring gender identity and community among three groups of transgender individuals in the United States: MTFs, FTMs, and genderqueers. *Health Sociology Review*, 17(3), 235–253.
- 93) Feinberg, L. (1996). *Transgender warriors: Making history from Joan of Arc to Dennis Rodman*. Boston, MA: Beacon Press.
- 94) Feldman, J. (2005, April). Masculinizing hormone therapy with testosterone 1% topical gel. Paper presented at the 19th Biennial Symposium of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, Bologna, Italy.
- 95) Feldman, J. (2007). Preventive care of the transgendered patient. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Eylar (Eds.), *Principles of transgender surgery and medicine* (pp. 33–72). Binghamton, NY: Haworth Press.
- 96) Feldman, J., & Goldberg, J. (2006). Transgender primary medical care. *International Journal of Transgenderism*, 9(3), 3–34. doi:10.1300/J485v09n03_02
- 97) Feldman, J., & Safer, J. (2009). Hormone therapy in adults: Suggested revisions to the sixth version of the standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 146–182. doi:10.1080/15532730903383757
- 98) Fenichel, M., Suler, J., Barak, A., Zelman, E., Jones, G., Munro, K., . . . Walker-Schmucker, W. (2004). Myths and realities of online clinical work, observations on the phenomena of online behavior, experience, and therapeutic relationships. A 3rd-year report from ISMHO's clinical case study group. Retrieved from https://www.ismho.org/myths_n_realities.asp
- 99) Fenway Community Health Transgender Health Program. (2007). Protocol for hormone therapy. Retrieved from http://www.fenwayhealth.org/site/DocServer/Fenway_Protocols.pdf?docID=2181
- 100) Fisk, N. M. (1974). Editorial: Gender dysphoria syndrome—the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *Western Journal of Medicine*, 120(5), 386–391.
- 101) Fitzpatrick, L. A., Pace, C., & Wiita, B. (2000). Comparison of regimens containing oral micronized progesterone or medroxyprogesterone acetate on quality of life in postmenopausal women: A cross-sectional survey. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9(4), 381–387.
- 102) Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- 103) Fraser, L. (2009a). Depth psychotherapy with transgender people. *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 126–142. doi:10.1080/14681990903003878

- 104) Fraser, L. (2009b). *Etherapy: Ethical and clinical considerations for version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care*. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 247–263. doi:10.1080/15532730903439492
- 105) Fraser, L. (2009c). *Psychotherapy in the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Background and recommendations*. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 110–126. doi:10.1080/15532730903008057
- 106) Garaffa, G., Christopher, N. A., & Ralph, D. J. (2010). Total phallic reconstruction in female-to-male transsexuals. *European Urology*, 57(4), 715–722. doi:10.1016/j.eururo.2009.05.018
- 107) Gelder, M. G., & Marks, I. M. (1969). *Aversion treatment in transvestism and transsexualism*. In R. Green & J. Money (Eds.), *Transsexualism and sex reassignment* (pp. 383–413). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- 108) Gelfer, M. P. (1999). *Voice treatment for the male-to-female transgendered client*. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 8(3), 201–208.
- 109) Gharib, S., Bigby, J., Chapin, M., Ginsburg, E., Johnson, P., Manson, J., & Solomon, C. (2005). *Menopause: A guide to management*. Boston, MA: Brigham and Women's Hospital.
- 110) Gijls, L., & Brewaeys, A. (2007). *Surgical treatment of gender dysphoria in adults and adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges*. *Annual Review of Sex Research*, 18, 178–224.
- 111) Gold, M., & MacNish, M. (2011). *Adjustment and resiliency following disclosure of transgender identity in families of adolescents and young adults: Themes and clinical implications*. Washington, DC: American Family Therapy Academy.
- 112) Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godas, T., & Valdes, M. (2009). *Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain*. *Archives of Sexual Behavior*, 38(3), 378–392. doi:10.1007/s10508-007-9307-8
- 113) Gooren, L. (2005). *Hormone treatment of the adult transsexual patient*. *Hormone Research in Paediatrics*, 64(Suppl 2), 31–36. doi:10.1159/000087751
- 114) Gorton, R. N., Buth, J., & Spade, D. (2005). *Medical therapy and health maintenance for transgender men: A guide for health care providers*. San Francisco, CA: Lyon-Martin Women's Health Services.
- 115) Green, R. (1987). *The "sissy boy syndrome" and the development of homosexuality*. New Haven, CT: Yale University Press.
- 116) Green, R., & Fleming, D. (1990). *Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s*. *Annual Review of Sex Research*, 1(1), 163–174.
- 117) Greenson, R. R. (1964). *On homosexuality and gender identity*. *International Journal of Psycho-Analysis*, 45, 217–219.
- 118) Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. J., & Hubbard, S. (2006). *Parent's reactions to transgender youth's gender-nonconforming expression and identity*. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 18(1), 3–16. doi:10.1300/J041v18n01 02
- 119) Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., & Salter, N. P. (2006). *Male-to-female transgender youth: Gender expression milestones, gender atypicality, victimization, and parents' responses*. *Journal of GLBT Family Studies*, 2(1), 71–92.
- 120) Grumbach, M. M., Hughes, I. A., & Conte, F. A. (2003). *Disorders of sex differentiation*. In P. R. Larsen, H. M. Kronenberg, S. Melmed, & K. S. Polonsky (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (10th ed., pp. 842–1002). Philadelphia, PA: Saunders.
- 121) Hage, J. J., & De Graaf, F. H. (1993). *Addressing the ideal requirements by free flap phalloplasty: Some reflections on refinements of technique*. *Microsurgery*, 14(9), 592–598. doi:10.1002/micr.1920140910
- 122) Hage, J. J., & Karim, R. B. (2000). *Ought GIDNOS get nought? Treatment options for nontranssexual gender dysphoria*. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 105(3), 1222–1227.
- 123) Hancock, A. B., Krissing, J., & Owen, K. (2010). *Voice perceptions and quality of life of transgender people*. *Journal of Voice*. Advance online publication doi:10.1016/j.jvoice.2010.07.013
- 124) Hastings, D. W. (1974). *Postsurgical adjustment of male transsexual patients*. *Clinics in Plastic Surgery*, 1(2), 335–344.
- 125) Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer, W. J., III, Spack, N. P., . . . Montori, V. M. (2009). *Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society*

clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94(9), 3132–3154. doi:10.1210/jc.2009-0345

126) Hill, D. B., Menvielle, E., Sica, K. M., & Johnson, A. (2010). An affirmative intervention for families with gender-variant children: Parental ratings of child mental health and gender. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 36(1), 6–23. doi:10.1080/00926230903375560

127) Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuyper, G. D., T'Sjoen, G., Weyers, S., . . . Monstrey, S. (2005). Impact of sex reassignment surgery on lower urinary tract function. *European Urology*, 47(3), 398–402. doi:10.1016/j.eururo.2004.10.008

128) Hoenig, J., & Kenna, J. C. (1974). The prevalence of transsexualism in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, 124(579), 181–190. doi:10.1192/bjpp.124.2.181

129) Hughes, I. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Lee, P. A., & LWPES/ESPE Consensus Group. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 91(7), 554–563. doi:10.1136/adc.2006.098319

130) Hunter, M. H., & Sterrett, J. J. (2000). Polycystic ovary syndrome: It's not just infertility. *American Family Physician*, 62(5), 1079–1095.

131) Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: National Academies Press.

132) Jackson, P. A., & Sullivan, G. (Eds.). (1999). *Lady boys, tom boys, rent boys: Male and female homosexualities in contemporary Thailand*. Binghamton, NY: Haworth Press.

133) Jockenhövel, F. (2004). Testosterone therapy—what, when and to whom? *The Aging Male*, 7(4), 319–324. doi:10.1080/13685530400016557

134) Johansson, A., Sundbom, E., Höjerback, T., & Bodlund, O. (2010). A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 39(6), 1429–1437. doi:10.1007/s10508-009-9551-1

135) Joint LWPES/ESPE CAH Working Group, Clayton, P. E., Miller, W. L., Oberfield, S. E., Ritzen, E. M., Sippell, W. G., & Speiser, P. W. (2002). Consensus statement on 21-hydroxylase deficiency from the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society and the European Society for Pediatric Endocrinology. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 87(9), 4048–4053. doi:10.1210/jc.2002-020611

136) Jurgensen, M., Hiort, O., Holterhus, P. M., & Thyen, U. (2007). Gender role behavior in children with XY karyotype and disorders of sex development. *Hormones and Behavior*, 51(3), 443–453. doi:10.1016/j.yhbeh.2007.01.001

137) Kanagalingam, J., Georgalas, C., Wood, G. R., Ahluwalia, S., Sandhu, G., & Cheesman, A. D. (2005). Cricothyroid approximation and subluxation in 21 male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, 115(4), 611–618. doi:10.1097/01.mlg.0000161357.12826.33

138) Kanhai, R. C. J., Hage, J. J., Karim, R. B., & Mulder, J. W. (1999). Exceptional presenting conditions and outcome of augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals. *Annals of Plastic Surgery*, 43(5), 476–483.

139) Kimberly, S. (1997). I am transsexual—hear me roar. *Minnesota Law & Politics*, June, 21–49.

140) Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review (CME). *The Journal of Sexual Medicine*, 6(11), 2922–2939. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01370.x

141) Knudson, G., De Cuyper, G., & Bockting, W. (2010a). Process toward consensus on recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders by the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 54–59. doi:10.1080/1532739.2010.509213

142) Knudson, G., De Cuyper, G., & Bockting, W. (2010b). Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 115–118. doi:10.1080/1532739.2010.509215

143) Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney, C.A. No. 92-12820-MLW(U.S. Federal District Court, Boston, MA, 2002).

144) Krege, S., Bex, A., Lommen, G., & Rubben, H. (2001). Male-to-female transsexualism: A technique, results and long-term follow-up in 66 patients. *British Journal of Urology*, 88(4), 396–402.

doi:10.1046/j.1464-410X.2001.02323.x

145) Kuhn, A., Bodmer, C., Stadlmayr, W., Kuhn, P., Mueller, M. D., & Birkhauser, M. (2009). Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism. *Fertility and Sterility*, 92(5), 1685–1689. doi:10.1016/j.fertnstert.2008.08.126

146) Kuhn, A., Hildebrand, R., & Birkhauser, M. (2007). Do transsexuals have micturition disorders? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 131(2), 226–230. doi:10.1016/j.ejogrb.2006.03.019

147) Landén, M., Wålinder, J., & Lundström, B. (1998). Clinical characteristics of a total cohort of female and male applicants for sex reassignment: A descriptive study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(3), 189–194. doi:10.1111/j.1600-0447.1998.tb09986.x

148) Lawrence, A. A. (2003). Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 32(4), 299–315. doi:10.1023/A:1024086814364

149) Lawrence, A. A. (2006). Patient-reported complications and functional outcomes of male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 717–727. doi:10.1007/s10508-006-9104-9

150) Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. Binghamton, NY: Haworth Clinical Practice Press.

151) Lev, A. I. (2009). The ten tasks of the mental health provider: Recommendations for revision of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 74–99. doi:10.1080/15532730903008032

152) Levy, A., Crown, A., & Reid, R. (2003). Endocrine intervention for transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 59(4), 409–418. doi:10.1046/j.1365-2265.2003.01821.x

153) MacLaughlin, D. T., & Donahoe, P. K. (2004). Sex determination and differentiation. *New England Journal of Medicine*, 350(4), 367–378.

154) Maheu, M. M., Pulier, M. L., Wilhelm, F. H., McMenamin, J. P., & Brown-Connolly, N. E. (2005). *The mental health professional and the new technologies: A handbook for practice today*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

155) Malpas, J. (2011). Between pink and blue: A multidimensional family approach to gender nonconforming children and their families. *Family Process*, 50(4), 453–470. doi:10.1111/j.1545-5300.2011.01371.x

156) Mazur, T. (2005). Gender dysphoria and gender change in androgen insensitivity or micropenis. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 411–421. doi:10.1007/s10508-005-4341-x

157) McNeill, E. J. M. (2006). Management of the transgender voice. *The Journal of Laryngology & Otology*, 120(07), 521–523. doi:10.1017/S0022215106001174

158) McNeill, E. J. M., Wilson, J. A., Clark, S., & Deakin, J. (2008). Perception of voice in the transgender client. *Journal of Voice*, 22(6), 727–733. doi:10.1016/j.jvoice.2006.12.010

159) Menvielle, E. J., & Tuerk, C. (2002). A support group for parents of gender-nonconforming boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 1010–1013. doi:10.1097/00004583-200208000-00021

160) Meyer, I. H. (2003). Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. *American Journal of Public Health*, 93(2), 262–265. Meyer, J. K., & Reter, D. J. (1979). Sex reassignment: Follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 36(9), 1010–1015.

161) Meyer, W. J., III. (2009). World Professional Association for Transgender Health's standards of care requirements of hormone therapy for adults with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 127–132. doi:10.1007/15532730903008065

162) Meyer, W. J., III, Webb, A., Stuart, C. A., Finkelstein, J. W., Lawrence, B., & Walker, P. A. (1986). Physical and hormonal evaluation of transsexual patients: A longitudinal study. *Archives of Sexual Behavior*, 15(2), 121–138. doi:10.1007/BF01542220

163) Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2002). Gender assignment and reassignment in intersexuality: Controversies, data, and guidelines for research. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 511, 199–223. doi:10.1007/978-1-4615-0621-8_12

164) Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2005). Gender identity outcome in female-raised 46,XY persons with penile agenesis, cloacal exstrophy of the bladder, or penile ablation. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4),

423–438. doi:10.1007/s10508-005-4342-9

165) Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2008). Treatment guidelines for children with disorders of sex development. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 56(6), 345–349. doi:10.1016/j.neurenf.2008.06.002.

166) Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2009). Variants of gender differentiation in somatic disorders of sex development. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 226–237. doi:10.1080/15532730903439476

167) Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2010). From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: Dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 461–476. doi:10.1007/s10508-009-9532-4

168) Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2011). Gender monitoring and gender reassignment of children and adolescents with a somatic disorder of sex development. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(4), 639–649. doi: 10.1016/j.ch.2011.07.002.

169) Meyer-Bahlburg, H. F. L., & Blizzard, R. M. (2004). Conference proceedings: Research on intersex—Summary of a planning workshop. *The Endocrinologist*, 14(2), 59–69. doi:10.1097/01.ten.0000123701.61007.4e

170) Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Carlson, A. D., Obeid, J. S., & New, M. I. (2004). Prenatal androgenization affects gender-related behavior but not gender identity in 5–12-year-old girls with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 33(2), 97–104. doi:10.1023/B:ASEB.0000014324.25718.51

171) Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Ehrhardt, A. A., & New, M. I. (2006). Gender development in women with congenital adrenal hyperplasia as a function of disorder severity. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 667–684. doi:10.1007/s10508-006-9068-9

172) Meyer-Bahlburg, H. F. L., Migeon, C. J., Berkovitz, G. D., Gearhart, J. P., Dolezal, C., & Wisniewski, A. B. (2004). Attitudes of adult 46,XY intersex persons to clinical management policies. *The Journal of Urology*, 171(4), 1615–1619. doi:10.1097/01.ju.0000117761.94734.b7

173) Money, J., & Ehrhardt, A. A. (1972). *Man and woman, boy and girl*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

174) Money, J., & Russo, A. J. (1979). Homosexual outcome of discordant gender identity/role in childhood: Longitudinal follow-up. *Journal of Pediatric Psychology*, 4(1), 29–41. doi:10.1093/jpepsy/4.1.29

175) Monstrey, S., Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Blondeel, P., . . . De Cuypere, G. (2009). Penile reconstruction: Is the radial forearm flap really the standard technique? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 124(2), 510–518.

176) Monstrey, S., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Bowman, C., Blondeel, P., . . . De Cuypere, G. (2008). Chest-wall contouring surgery in female-to-male transsexuals: A new algorithm. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 121(3), 849–859. doi:10.1097/01.prs.0000299921.15447.b2

177) Moore, E., Wisniewski, A., & Dobs, A. (2003). Endocrine treatment of transsexual people: A review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 88(8), 3467–3473. doi:10.1210/jc.2002-021967

178) More, S. D. (1998). The pregnant man—an oxymoron? *Journal of Gender Studies*, 7(3), 319–328. doi:10.1080/09589236.1998.9960725

179) Mount, K. H., & Salmon, S. J. (1988). Changing the vocal characteristics of a postoperative transsexual patient: A longitudinal study. *Journal of Communication Disorders*, 21(3), 229–238. doi:10.1016/0021-9924(88)90031-7

180) Mueller, A., Kiesewetter, F., Binder, H., Beckmann, M. W., & Dittrich, R. (2007). Long-term administration of testosterone undecanoate every 3 months for testosterone supplementation in female-to-male transsexuals. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 92(9), 3470–3475. doi:10.1210/jc.2007-0746

181) Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 72(2), 214–231. doi:10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x

Nanda, S. (1998). *Neither man nor woman: The hijras of India*. Belmont, CA: Wadsworth.

182) Nestle, J., Wilchins, R. A., & Howell, C. (2002). *Genderqueer: Voices from beyond the sexual binary*. Los Angeles, CA: Alyson.

- 183) Neumann, K., & Welzel, C. (2004). The importance of voice in male-to-female transsexualism. *Journal of Voice*, 18(1), 153–167.
- 184) Newfield, E., Hart, S., Dibble, S., & Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. *Quality of Life Research*, 15(9), 1447–1457. doi:10.1007/s11136-006-0002-3
- 185) Nieschlag, E., Behre, H. M., Bouchard, P., Corrales, J. J., Jones, T. H., Stalla, G. K., . . . Wu, F. C. W. (2004). Testosterone replacement therapy: Current trends and future directions. *Human Reproduction Update*, 10(5), 409–419. doi:10.1093/humupd/dmh035
- 186) North American Menopause Society. (2010). Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: 2010 position statement. *Menopause*, 17(2), 242–255. doi:10.1097/gme.0b013e3181d0f6b9
- 187) Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bocking, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research*, 47(1), 12–23. doi:10.1080/00224490903062258
- 188) Oates, J. M., & Dacakis, G. (1983). Speech pathology considerations in the management of transsexualism—a review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 18(3), 139–151. doi:10.3109/13682828309012237
- 189) Olyslager, F., & Conway, L. (2007, September). On the calculation of the prevalence of transsexualism. Paper presented at the World Professional Association for Transgender Health 20th International Symposium, Chicago, IL. Retrieved from <http://www.changelingaspects.com/PDF/2007-09-06-Prevalence-of-Transsexualism.pdf>
- 190) Oriel, K. A. (2000). Clinical update: Medical care of transsexual patients. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 4(4), 185–194. doi:1090-7173/00/1200-0185\$18.00/1
- 191) Pauly, I. B. (1965). Male psychosexual inversion: Transsexualism: A review of 100 cases. *Archives of General Psychiatry*, 13(2), 172–181.
- 192) Pauly, I. B. (1981). Outcome of sex reassignment surgery for transsexuals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 15(1), 45–51. doi:10.3109/00048678109159409
- 193) Payer, A. F., Meyer, W. J., III, & Walker, P. A. (1979). The ultrastructural response of human leydig cells to exogenous estrogens. *Andrologia*, 11(6), 423–436. doi:10.1111/j.1439-0272.1979.tb02232.x
- 194) Peletz, M.G. (2006). Transgenderism and gender pluralism in southeast Asia since early modern times. *Current Anthropology*, 47(2), 309–340. doi:10.1086/498947
- 195) Pfäfflin, F. (1993). Regrets after sex reassignment surgery. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 5(4), 69–85.
- 196) Pfäfflin, F., & Junge, A. (1998). Sex reassignment. Thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: A comprehensive review, 1961–1991. *International Journal of Transgenderism*. Retrieved from <http://web.archive.org/web/20070503090247/http://www.symposion.com/ijt/pfaefflin/1000.htm>
- 197) Physicians' desk reference (61st ed.). (2007). Montvale, NJ: PDR.
- 198) Physicians' desk reference (65th ed.). (2010). Montvale, NJ: PDR.
- 199) Pleak, R. R. (1999). Ethical issues in diagnosing and treating gender-dysphoric children and adolescents. In M. Rottnek (Ed.), *Sissies and tomboys: Gender nonconformity and homosexual childhood* (pp. 34–51). New York: New York University Press.
- 200) Pope, K. S., & Vasquez, M. J. (2011). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide* (4th ed.). Hoboken, NJ: John Wiley.
- 201) Prior, J. C., Vigna, Y. M., & Watson, D. (1989). Spironolactone with physiological female steroids for presurgical therapy of male-to-female transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 18(1), 49–57. doi:10.1007/BF01579291
- 202) Prior, J. C., Vigna, Y. M., Watson, D., Diewold, P., & Robinow, O. (1986). Spironolactone in the presurgical therapy of male to female transsexuals: Philosophy and experience of the Vancouver Gender Dysphoria Clinic. *Journal of Sex Information & Education Council of Canada*, 1, 1–7.
- 203) Rachlin, K. (1999). Factors which influence individual's decisions when considering female-to-male genital reconstructive surgery. *International Journal of Transgenderism*, 3(3). Retrieved from <http://www.WPATH.org>
- 204) Rachlin, K. (2002). Transgendered individuals' experiences of psychotherapy. *International Journal of Transgenderism*, 6(1). Retrieved from <http://www.wpath.org/journal/www.iiv.nl/eazines/web/>

IJT/97-03/numbers/symposion/ijtvo06no01 03.htm.

205) Rachlin, K., Green, J., & Lombardi, E. (2008). Utilization of health care among female-to-male transgender individuals in the United States. *Journal of Homosexuality*, 54(3), 243–258. doi:10.1080/00918360801982124

206) Rachlin, K., Hansbury, G., & Pardo, S. T. (2010). Hysterectomy and oophorectomy experiences of female-to-male transgender individuals. *International Journal of Transgenderism*, 12(3), 155–166. doi:10.1080/15532739.2010.514220

207) Reed, B., Rhodes, S., Schofield, P. & Wylie, K. (2009). Gender variance in the UK: Prevalence, incidence, growth and geographic distribution. Retrieved from <http://www.gires.org.uk/assets/Medpro-Assets/GenderVarianceUK-report.pdf>

208) Rehman, J., Lazer, S., Benet, A. E., Schaefer, L. C., & Melman, A. (1999). The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients. *Archives of Sexual Behavior*, 28(1), 71–89. doi:10.1023/A:1018745706354

209) Robinow, O. (2009). Paraphilia and transgenderism: A connection with Asperger's disorder? *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 143–151. doi:10.1080/14681990902951358

210) Rosenberg, M. (2002). Children with gender identity issues and their parents in individual and group treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(5), 619–621. doi:10.1097/00004583-200205000-00020

211) Rossouw, J. E., Anderson, G. L., Prentice, R. L., LaCroix, A. Z., Kooperberg, C., Stefanick, M. L., . . . Johnson, K. C. (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: Principal results from the women's health initiative randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 288(3), 321–333.

212) Royal College of Speech & Language Therapists, United Kingdom. Retrieved from <http://www.rcslt.org/>

213) Ruble, D. N., Martin, C. L., & Berenbaum, S. A. (2006). Gender development. In N. Eisenberg, W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology* (6th ed., pp. 858–932). Hoboken, NJ: John Wiley.

214) Sausa, L. A. (2005). Translating research into practice: Trans youth recommendations for improving school systems. *Journal of Gay&Lesbian Issues in Education*, 3(1), 15–28. doi:10.1300/J367v03n01_04

215) Simpson, J. L., de la Cruz, F., Swerdloff, R. S., Samango-Sprouse, C., Skakkebaek, N. E., Graham, J. M. J., . . . Willard, H. F. (2003). Klinefelter syndrome: Expanding the phenotype and identifying new research directions. *Genetics in Medicine*, 5(6), 460–468. doi:10.1097/01.GIM.0000095626.54201.D0

216) Smith, Y. L. S., Van Goozen, S. H. M., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine*, 35(1), 89–99. doi:10.1017/S0033291704002776

217) Sood, R., Shuster, L., Smith, R., Vincent, A., & Jatoi, A. (2011). Counseling postmenopausal women about bioidentical hormones: Ten discussion points for practicing physicians. *Journal of the American Board of Family Practice*, 24(2), 202–210. doi:10.3122/jabfm.2011.02.100194

218) Speech Pathology Australia. Retrieved from <http://www.speechpathologyaustralia.org.au/>

219) Speiser, P. W., Azziz, R., Baskin, L. S., Ghizzoni, L., Hensle, T.W., Merke, D. P., . . . Oberfield, S. E. (2010).

220) Congenital adrenal hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: An endocrine society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95(9), 4133–4160. doi:10.1210/jc.2009-2631

221) Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. Advance online publication. doi:10.1177/1359104510378303

222) Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Gender transitioning before puberty? *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 649–650. doi:10.1007/s10508-011-9752-2

223) Stikkelbroeck, N. M. M. L., Beerendonk, C., Willemsen, W. N. P., Schreuders-Bais, C. A., Feitz, W. F. J., Rieu, P. N. M. A., . . . Otten, B. J. (2003). The long term outcome of feminizing genital surgery for congenital adrenal hyperplasia: Anatomical, functional and cosmetic outcomes, psychosexual development, and

satisfaction in adult female patients. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 16(5), 289–296. doi:10.1016/S1083-3188(03)00155-4

224) Stoller, R. J. (1964). A contribution to the study of gender identity. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 220–226.

225) Stone, S. (1991). The empire strikes back: A posttranssexual manifesto. In J. Epstein, & K. Straub (Eds.), *Body guards: The cultural politics of gender ambiguity* (pp. 280–304). London, UK: Routledge.

226) Tangpricha, V., Ducharme, S. H., Barber, T.W., & Chipkin, S. R. (2003). Endocrinologic treatment of gender identity disorders. *Endocrine Practice*, 9(1), 12–21.

227) Tangpricha, V., Turner, A., Malabanan, A., & Holick, M. (2001). Effects of testosterone therapy on bone mineral density in the FTM patient. *International Journal of Transgenderism*, 5(4).

228) Taywaditep, K. J., Coleman, E., & Dumronggittigule, P. (1997). Thailand (Muang Thai). In R. Francoeur (Ed.), *International encyclopedia of sexuality*. New York, NY: Continuum.

229) Thole, Z., Manso, G., Salgueiro, E., Revuelta, P., & Hidalgo, A. (2004). Hepatotoxicity induced by antiandrogens: A review of the literature. *Urologia Internationalis*, 73(4), 289–295. doi:10.1159/000081585

230) Tom Waddell Health Center. (2006). Protocols for hormonal reassignment of gender. Retrieved from <http://www.sfdph.org/dph/comupg/oservices/medSvs/hlthCtrs/TransGendprotocols122006.pdf>

231) Tsoi, W. F. (1988). The prevalence of transsexualism in Singapore. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78(4), 501–504. doi:10.1111/j.1600-0447.1988.tb06373.x

232) Van den Broecke, R., Van der Elst, J., Liu, J., Hovatta, O., & Dhont, M. (2001). The female-to-male transsexual patient: A source of human ovarian cortical tissue for experimental use. *Human Reproduction*, 16(1), 145–147. doi:10.1093/humrep/16.1.145

233) Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with prepubescent transgender/gender-dissonant children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 26(2), 135–154. doi:10.1007/s10560-008-0158-5

234) van Kesteren, P. J. M., Asscheman, H., Megens, J. A. J., & Gooren, L. J. G. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology*, 47(3), 337–343. doi:10.1046/j.1365-2265.1997.2601068.x

235) van Kesteren, P. J. M., Gooren, L. J., & Megens, J. A. (1996). An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 25(6), 589–600. doi:10.1007/BF02437841

236) van Trotsenburg, M. A. A. (2009). Gynecological aspects of transgender healthcare. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 238–246. doi:10.1080/15532730903439484

237) Vilain, E. (2000). Genetics of sexual development. *Annual Review of Sex Research*, 11, 1–25.

238) Wålinder, J. (1968). Transsexualism: Definition, prevalence and sex distribution. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 43(S203), 255–257.

239) Wålinder, J. (1971). Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. *The British Journal of Psychiatry*, 119(549), 195–196.

240) Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413–1423. doi:10.1097/CHI.0b013e31818956b9

241) Wallien, M. S. C., Swaab, H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(10), 1307–1314. doi:10.1097/chi.0b013e3181373848

242) Warren, B. E. (1993). Transsexuality, identity and empowerment. A view from the frontlines. SIECUS Report, February/March, 14–16. Weitze, C., & Osburg, S. (1996). Transsexualism in Germany: Empirical data on epidemiology and application of the German Transsexuals' Act during its first ten years. *Archives of Sexual Behavior*, 25(4), 409–425.

243) Wilson, J. D. (1999). The role of androgens in male gender role behavior. *Endocrine Reviews*, 20(5), 726–737. doi:10.1210/er.20.5.726

244) Winter, S. (2009). Cultural considerations for the World Professional Association for Transgender Health's standards of care: The Asian perspective. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 19–41. doi:10.1080/15532730902799938

- 245) Winter, S., Chalungsooth, P., Teh, Y. K., Rojanalert, N., Maneerat, K., Wong, Y. W., . . . Macapagal, R. A. (2009). Transpeople, transprejudice and pathologization: A seven-country factor analytic study. *International Journal of Sexual Health*, 21(2), 96–118. doi:10.1080/19317610902922537
- 246) Wisniewski, A. B., Migeon, C. J., Malouf, M. A., & Gearhart, J. P. (2004). Psychosexual outcome in women affected by congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *The Journal of Urology*, 171(6, Part 1), 2497–2501. doi:10.1097/01.ju.0000125269.91938.f7
- 247) World Health Organization. (2007). *International classification of diseases and related health problems-10th revision*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- 248) World Health Organization. (2008). *The world health report 2008: Primary health care—now more than ever*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- 249) World Professional Association for Transgender Health, Inc. (2008). *WPATH clarification on medical necessity of treatment, sex reassignment, and insurance coverage in the U.S.A.* Retrieved from <http://www.wpath.org/documents/Med%20Nec%20on%202008%20Letterhead.pdf>
- 250) WPATH Board of Directors. (2010). *Depsychopathologisation statement released May 26, 2010*. Retrieved from http://wpath.org/announcements_detail.cfm?pk_announcement = 17
- 251) Xavier, J. M. (2000). *The Washington, D.C. transgender needs assessment survey: Final report for phase two*. Washington, DC: Administration for HIV/AIDS of District of Columbia Government.
- 252) Zhang, G., Gu, Y., Wang, X., Cui, Y., & Bremner, W. J. (1999). A clinical trial of injectable testosterone undecanoate as a potential male contraceptive in normal Chinese men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 84(10), 3642–3647. doi:10.1210/jc.84.10.3642
- 253) Zitzmann, M., Saad, F., & Nieschlag, E. (2006, April). Long term experience of more than 8 years with a novel formulation of testosterone undecanoate (nebido) in substitution therapy of hypogonadal men. Paper presented at European Congress of Endocrinology, Glasgow, UK.
- 254) Zucker, K. J. (1999). Intersexuality and gender identity differentiation. *Annual Review of Sex Research*, 10(1), 1–69.
- 255) Zucker, K. J. (2004). Gender identity development and issues. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13(3), 551–568. doi:10.1016/j.chc.2004.02.006
- 256) Zucker, K. J. (2006). “I’m half-boy, half-girl”: Play psychotherapy and parent counseling for gender identity disorder. In R. L. Spitzer, M. B. First, J. B.W. Williams, & M. Gibbons (Eds.), *DSM-IV-TR casebook*, volume 2 (pp. 321–334). Arlington, VA: American Psychiatric.
- 257) Zucker, K. J. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in children. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 477–498. doi:10.1007/s10508-009-9540-4
- 258) Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995). *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- 259) Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., & Cantor, J. M. (2008). Is gender identity disorder in adolescents coming out of the closet? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(4), 287–290. doi:10.1080/00926230802096192
- 260) Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., Wood, H., Singh, D., & Choi, K. (2012). Demographics, behavior problems, and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38(2), 151–189.
- 261) Zucker, K. J., & Lawrence, A. A. (2009). Epidemiology of gender identity disorder: Recommendations for the standards of care of the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 8–18. doi:10.1080/15532730902799946
- 262) Zucker, K. J., Owen, A., Bradley, S. J., & Ameeriar, L. (2002). Gender-dysphoric children and adolescents: A comparative analysis of demographic characteristics and behavioral problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(3), 398–411.
- 263) Zuger, B. (1984). Early effeminate behavior in boys: Outcome and significance for homosexuality. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(2), 90–97.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

ОБЗОР МЕДИЦИНСКИХ РИСКОВ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Риски, указанные ниже, основаны на двух всесторонних, доказательных обзорах литературы по маскулинизирующей/феминизирующей гормональной терапии [Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009], в сочетании с обширным когортным исследованием [Asscheman et al., 2011]. Эти обзоры могут служить подробным справочником для врачей, наряду с другими широко признанными опубликованными клиническими материалами [например, Dahl et al., 2006; Ettner et al., 2007].

Риски феминизирующей гормональной терапии MtF-пациентов

Вероятный повышенный риск

Венозная тромбоемболическая болезнь

- Прием эстрогена повышает риск венозных тромбоемболических явлений, особенно у пациенток старше 40 лет, у курящих, крайне малоподвижных, страдающих ожирением и тех, кто уже имеет тромбоемболические расстройства.

- Риск повышается с дополнительным применением прогестинов третьего поколения.

- Риск снижается с переходом на трансдермальный путь введения эстрадиола (рекомендуется пациенткам с повышенным риском венозной тромбоемболической болезни).

Сердечно-сосудистые, цереброваскулярные заболевания

- Прием эстрогена повышает риск сердечно-сосудистых нарушений у пациенток старше 50 лет, уже имеющих факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний. Дополнительный прием прогестина может повысить этот риск.

Липиды

- Применение орального эстрогена может заметно повысить уро-

вень триглицеридов у пациенток, повышая риск панкреатита и сердечно-сосудистых осложнений.

- Различные пути введения будут иметь разные метаболические воздействия на уровни холестерина-ЛПВП и ЛПНП и липопротеина.

- В целом, клинические данные позволяют предполагать, что MtF-пациенткам с ранее существовавшими липидными расстройствами может пойти на пользу переход с орального на трансдермальный эстроген.

Печень/желчный пузырь

- Применение эстрогена и ципротерона ацетата может сопровождаться кратковременным повышением уровня ферментов печени и (редко) клинической гепатотоксичностью.

- Применение эстрогена повышает риск желчекаменной болезни и последующей холецистэктомии.

Возможный повышенный риск

Сахарный диабет 2 типа

- Феминизирующая гормональная терапия, в частности, эстроген, может повысить риск сахарного диабета 2 типа, особенно среди пациенток с семейным анамнезом диабета или других факторов риска этого заболевания.

Гипертония

- Применение эстрогена может повышать артериальное давление, но влияние на заболеваемость выраженной гипертонией неизвестно.

- Спиронолактон снижает артериальное давление и рекомендован пациенткам с повышенным риском гипертонии или гипертоникам, желающим феминизации.

Пролактинома

- Применение эстрогена повышает риск гиперпролактинемии у MtF-пациенток в первый год лечения, но впоследствии этот риск маловероятен.

- Применение высоких доз эстрогена может спровоцировать клиническое проявление развивавшейся бессимптомно пролактиномы.

Нет повышенного риска или риск не определен

Пункты в этой категории включают те, что могут представлять риск, но доказательные данные по которым настолько минимальны, что четкого заключения не может быть сделано.

Рак молочной железы

- У транссексуальных женщин, принимавших феминизирующие гормоны, встречается рак молочной железы, но неизвестно, как степень риска его появления соотносится с таковой у людей, рожденных с женскими гениталиями.

- Долговременное воздействие феминизирующих гормонов, семейный анамнез рака молочной железы, ожирение (ИМТ>35) и применение прогестинов, вероятно, влияют на уровень риска.

Другие побочные действия феминизирующей терапии

Нижеперечисленные побочные действия для конкретных пациентов могут быть незначительными или даже желаемыми.

Фертильность и сексуальная функция

- Феминизирующая гормональная терапия может нанести вред репродуктивной функции.
- Феминизирующая гормональная терапия может снизить либидо.
- Феминизирующая гормональная терапия снижает ночные эрекции, с различным влиянием на сексуально стимулируемые эрекции.

Риски антиандрогенных препаратов

Схема приема феминизирующих гормонов часто включает ряд веществ, которые воздействуют на производство или действие тестостерона. К ним относятся агонисты гонадолиберина, прогестины (включая ципротерона ацетат), спиронолактон и ингибиторы 5-альфа редуктазы.

Ципротерона ацетат – гестагенное соединение с антиандрогенными свойствами [Gooren, 2005; Levy et al., 2003]. Хотя он широко применяется в Европе, в США он не одобрен из-за опасений по поводу гепатотоксичности [Thole, Manso, Salgueiro, Revuelta, & Hidalgo, 2004].

Спиронолактон обычно применяется в феминизирующей гормональной терапии в качестве антиандрогена, особенно в регионах, где ципротерон не одобрен к применению [Dahl et al., 2006; Moore et al., 2003;

Tangpricha et al., 2003]. У спиронолактона долгая история применения при лечении гипертонии и застойной сердечной недостаточности. Его известные побочные эффекты включают гиперкалиемию, головокружение и желудочно-кишечные симптомы [Physicians' Desk Reference, 2007].

Риски маскулинизирующей гормональной терапии FtM-пациентов

Вероятный повышенный риск

Полицитемия

- Маскулинизирующая гормональная терапия, включающая тестостерон или другие андрогенные стероиды, повышает риск полицитемии (гематокрит > 50%), особенно у пациентов с другими факторами риска.

- Трансдермальное введение и подбор дозировки могут снизить этот риск.

Набор веса/висцеральный жир

- Маскулинизирующая гормонотерапия может привести к умеренному набору веса, с накоплением висцерального жира.

Возможный повышенный риск

Липиды

- Терапия тестостероном снижает уровень ЛПВП, но по-разному влияет на уровни ЛПНП и триглицеридов.

- Супрафизиологические (выше нормального мужского уровня) уровни тестостерона в сыворотке крови, часто определяемые при превышенных внутримышечных дозах, могут ухудшить липидные профили, тогда как трансдермальное введение представляется более нейтральным к липидам.

- Пациенты, имеющие синдром поликистоза яичников или дислипидемию, могут находиться под повышенным риском усугубления дислипидемии при терапии тестостероном.

Печень

- При терапии тестостероном могут возникать временные подъемы уровня ферментов печени.

- При приеме орального метилтестостерона отмечено развитие дисфункции печени и злокачественных образований. Однако метилтестостерон больше не доступен в большинстве стран и не должен использоваться.

Психика

Маскулинизирующая терапия, включающая тестостерон или другие андрогенные стероиды, может повысить риск гипоманиакальных, маниакальных или психотических симптомов у пациентов с имеющимися сходными психическими расстройствами. Возможно, что данное нежелательное явление связано с повышенными дозами или супрафизиологическими уровнями тестостерона в крови.

Нет повышенного риска или риск не определен

Пункты в этой категории включают те, что могут представлять риск, но доказательные данные по которым настолько минимальны, что четкого заключения не может быть сделано.

Остеопороз

- Терапия тестостероном поддерживает или увеличивает минеральную плотность костной ткани у FtM-пациентов до овариэктомии, как минимум в первые три года терапии.

- После овариэктомии существует повышенный риск снижения плотности костной ткани, особенно, если терапия тестостероном прерывается или недостаточна, что включает пациентов, применяющих только оральный тестостерон.

Сердечно-сосудистые заболевания

- Маскулинизирующая гормональная терапия в нормальных физиологических дозах не увеличивает риск сердечно-сосудистых осложнений среди здоровых пациентов.

- Маскулинизирующая гормональная терапия может увеличить риск сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов, имеющих факторы риска.

Гипертония

- Маскулинизирующая гормональная терапия в нормальных физиологических дозах может повысить артериальное давление, но не увеличивает риск гипертонии.

- Пациенты, имеющие факторы риска развития гипертонии, такие, как набор веса, семейный анамнез или синдром поликистоза яичников, могут находиться под повышенным риском.

Сахарный диабет 2 типа

- Терапия тестостероном в целом не увеличивает риск сахарного диабета, но может дополнительно повысить риск диабета 2 типа у пациентов с другими факторами риска, такими, как избыточный вес, семейный анамнез и синдром поликистоза яичников. Данных о повышении риска у пациентов с факторами риска дислипидемии нет.

Рак молочной железы

- Терапия тестостероном у FtM-пациентов не повышает риск рака молочной железы.

Рак шейки матки

- Терапия тестостероном у FtM-пациентов не повышает риск рака шейки матки, хотя может повысить риск минимально патологического мазка Папаниколау в связи с атрофическими изменениями.

Рак яичников

- Как и у всех людей, рожденных с женскими гениталиями и имеющих повышенный уровень андрогенов, у FtM-пациентов терапия тестостероном может повысить риск рака яичников, однако доказательств этого недостаточно.

Рак эндометрия (матки)

- Терапия тестостероном у FtM-пациентов может повысить риск рака эндометрия, но таких доказательств недостаточно.

Другие побочные действия маскулинизирующей терапии

Нижеперечисленные побочные действия для конкретных пациентов могут быть незначительными или даже желаемыми.

Фертильность и сексуальная функция

- Терапия тестостероном у FtM-пациентов снижает фертильность, хотя степень и обратимость снижения неизвестны.

- Терапия тестостероном может вызвать перманентные анатомические изменения у развивающегося эмбриона или плода.

- Терапия тестостероном вызывает увеличение клитора и усиливает либидо.

Акне, андрогенная алопеция

Акне и различные степени облысения по мужскому типу (андрогенная алопеция) являются частыми побочными эффектами маскулинизирующей гормонотерапии.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

ПЕРЕЧЕНЬ КРИТЕРИЕВ ДЛЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И ОПЕРАЦИЙ

Как и во всех предыдущих версиях Стандартов, критерии, сформулированные в данном документе для гормональной терапии и хирургического лечения гендерной дисфории, являются клиническими руководствами; отдельные медицинские специалисты и программы могут модифицировать их. Клинические отклонения от Стандартов могут допускаться из-за индивидуальных анатомических, социальных или психологических особенностей пациента; усовершенствования опытным медицинским специалистом метода работы со стандартной ситуацией; протокола исследования; недостатка ресурсов в различных регионах мира или необходимости специальных стратегий для снижения вреда. Эти отклонения должны быть признаны в качестве таковых, объяснены пациенту и задокументированы в информированном согласии для качественной медицинской помощи пациентам и правовой защиты. Эта документация также ценна для накопления новых данных, которые могут быть проанализированы ретроспективно, чтобы медицинская помощь – и Стандарты – развивались.

Критерии для феминизирующей/маскулинизирующей гормональной терапии

1. Задокументированная стойкая гендерная дисфория.
2. Способность пациента принять обоснованное решение и дать согласие на лечение.
3. Совершеннолетний возраст (если пациент не достиг совершеннолетия, см. раздел VI).
4. Сопутствующие серьезные медицинские или психические проблемы пациента должны быть под контролем врача.

Критерии для хирургии молочных желез/груди

Критерии для мастэктомии и создания мужской груди у FtM-пациентов:

1. Задокументированная стойкая гендерная дисфория.

2. Способность пациента принять обоснованное решение и дать согласие на лечение.

3. Совершеннолетний возраст (если пациент не достиг совершеннолетия, см. раздел VI).

4. Сопутствующие серьезные медицинские или психические проблемы пациента должны быть под контролем врача.

Прохождение гормональной терапии не является необходимым условием.

Критерии для пластической операции по увеличению груди (имплантаты/липофилинг) у MtF-пациенток:

1. Задokumentированная стойкая гендерная дисфория.

2. Способность пациентки принять обоснованное решение и дать согласие на лечение.

3. Совершеннолетний возраст (если пациентка не достигла совершеннолетия, см. раздел VI).

4. Сопутствующие серьезные медицинские или психические проблемы пациентки должны быть под контролем врача.

Хотя это не является обязательным критерием, до выполнения пластической операции по увеличению груди MtF-пациенткам рекомендуется пройти феминизирующую гормональную терапию (в течение, как минимум, 12-ти месяцев). Целью является максимальное увеличение роста груди, что дает более удачные хирургические (эстетические) результаты.

Критерии для генитальной хирургии

Критерии для гистерэктомии и овариэктомии у FtM-пациентов и для орхиэктомии у MtF-пациенток:

1. Задokumentированная стойкая гендерная дисфория.

2. Способность пациента/пациентки принять обоснованное решение и дать согласие на лечение.

3. Совершеннолетний возраст (если пациент/пациентка не достигли совершеннолетия, см. раздел VI).

4. Сопутствующие серьезные медицинские или психические проблемы пациентов должны быть под контролем врача.

5. 12 месяцев непрерывной гормональной терапии в соответствии с гендерными целями пациента/пациентки (если у них нет клинических противопоказаний к гормонам).

Главная цель гормональной терапии до выполнения гонадэктомии – подавить секрецию эндогенных гормонов для получения возможности оценки происходящих изменений и принятия окончательного решения, до того как пациент подвергнется необратимому хирургическому вмешательству.

Эти критерии не применимы к пациентам, которые проходят данные процедуры по медицинским показаниям, отличным от гендерной дисфории.

Критерии для метоидиопластики или фаллопластики у FtM-пациентов и для вагинопластики у MtF-пациенток:

1. Задokumentированная стойкая гендерная дисфория.

2. Способность пациента/пациентки принять обоснованное решение и дать согласие на лечение.

3. Совершеннолетний возраст (если пациент/пациентка не достигли совершеннолетия, см. раздел VI).

4. Сопутствующие серьезные медицинские или психические проблемы пациентов должны быть под контролем врача.

5. 12 месяцев непрерывной гормональной терапии в соответствии с гендерными целями пациента/пациентки (если у них нет клинических противопоказаний к гормонам).

6. 12 месяцев непрерывной жизни в выбранной гендерной роли.

Хотя это не является обязательным критерием, таким пациентам также рекомендуется регулярно посещать специалиста по психическому здоровью или другого медицинского специалиста.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3.

ДАННЫЕ ПО КЛИНИЧЕСКИМ РЕЗУЛЬТАТАМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ

Одной из надежных опор любой новой терапии является анализ результатов. В связи с противоречивой природой операций по коррекции пола этот тип анализа крайне важен. Почти все исследования результатов в данной области являются ретроспективными.

Одно из первых исследований по изучению психосоциальных результатов проведенного лечения у транссексуальных пациентов было выполнено в 1979 году на медицинском факультете и в больнице Университета Джонса Хопкинса (США) [J. K. Meyer & Reter, 1979]. Это исследование фокусировалось на изучении стабильности пациентов в профессиональной, образовательной, супружеской и семейной средах. Результаты выявили несколько значимых изменений, связанных с лечением. Эти изменения не были интерпретированы как позитивные; они показали, что многие люди, участвовавшие в программе, не имели улучшений, либо имели ухудшения по многим показателям. Эти данные привели к закрытию программы лечения в этой больнице [Abramowitz, 1986].

Впоследствии значительное число врачей требовали стандартизации показаний к операциям по коррекции пола, что привело к формулированию первоначальных Стандартов Помощи WPATH в 1979 году.

В 1981 году Pauly опубликовал результаты крупного ретроспективного исследования лиц, перенесших операции по коррекции пола. У участников в этом исследовании результаты были значительно лучше: из 83 FtM-пациентов 80,7% имели удовлетворительный результат (то есть пациент сообщал об «улучшении социальной и эмоциональной адаптации»), 6,0% имели неудовлетворительный результат. Среди 283 MtF-пациенток 71,4% имели удовлетворительный результат, 8,1% – неудовлетворительный. Это исследование включало пациентов, которые проходили лечение до публикации и применения Стандартов Помощи.

С момента появления Стандартов Помощи отмечалось стабильное повышение удовлетворенности пациентов и снижение неудовлетворенности результатами операций по коррекции пола. Исследования, проведенные после 1996 года, сосредотачивались на пациентах, которых лечили в соответствии со Стандартами Помощи. Данные, получен-

ные Rehman и коллегами (1999) и Krege и коллегами (2001), типичны для этого ряда работ; ни один из пациентов в этих исследованиях не сожалел о проведенных хирургических операциях, а большинство отметили удовлетворенность косметическими и функциональными результатами операций. Даже пациенты, у которых развились тяжелые хирургические осложнения, редко жалели о перенесенных операциях. Качество хирургических результатов – один из лучших предсказателей общего результата коррекции пола [Lawrence, 2003]. Подавляющее большинство катамнестических исследований показали неоспоримый положительный эффект операций по коррекции пола на послеоперационные результаты, такие, как психологическое благополучие, косметический вид и сексуальная функция [De Cuypere et al., 2005; Garaffa, Christopher & Ralph, 2010; Klein & Gorzalka, 2009], хотя конкретная величина положительного влияния неясна из доступных в настоящее время данных. Одно исследование [Emory, Cole, Avery, Meyer, & Meyer III, 2003] даже показало увеличение заработка пациентов.

Один отчет [Newfield et al., 2006] зафиксировал снижение оценок качества жизни (измеренных с помощью анкеты SF-36) у FtM-пациентов по сравнению с общей популяцией. Слабое место этого исследования в том, что набор 384 его участников проводился по электронной почте, без систематического подхода, и степень и тип лечения не регистрировались. Большинство участников исследования, принимавших тестостерон, принимали его менее 5 лет. Было зарегистрировано, что качество жизни у пациентов, перенесших операции на молочных железах/груди, было выше, чем у не оперированных ($p < 0,01$). Для генитальной хирургии подобный анализ не выполнялся. В другой работе Kuhn и коллеги (2009) использовали анкету Кинга (KHQ) для оценки качества жизни 55 транссексуальных людей по прошествии 15 лет после операций. Оценки сравнили с оценками 20 здоровых пациенток из контрольной группы, которые в прошлом перенесли операцию на абдоминальной/тазовой области. Оценки качества жизни транссексуальных пациентов были такими же или выше, чем у пациенток из контрольной группы, по некоторым вспомогательным параметрам (эмоции, сон, недержание, симптоматическая тяжесть и имитация роли), но хуже в других областях (общее состояние здоровья, ограничения физического и личного характера).

В двух долговременных ретроспективных наблюдениях проводилось сравнение показателей смертности и распространенности психических заболеваний среди транссексуальных и нетранссексуальных

взрослых людей [Asscheman et al., 2011; Dhejne et al., 2011]. Анализ данных шведского национального совета по здравоохранению и социальному обеспечению (Swedish National Board of Health and Welfare) показал, что люди, сделавшие операцию по коррекции пола (191 MtF и 133 FtM), имели гораздо более высокие показатели смертности, суицида, суицидального поведения и психических заболеваний по сравнению с контрольной группой из нетранссексуальных людей такого же возраста, иммиграционного статуса, наличия психических заболеваний и зарегистрированного при рождении пола [Dhejne et al., 2011]. Нидерландское исследование также показало более высокую смертность (включая суициды) транссексуальных людей как до, так и после операции (966 MtF и 365 FtM), по сравнению с остальным населением страны [Asscheman et al., 2011]. Однако, оба исследования не учитывали степень успешности выполненной коррекции пола; также отсутствовала адекватная группа сравнения из числа транссексуальных людей, которые либо не получали терапию, либо получали терапию иную, чем хирургическую коррекцию гениталий. Более того, участвовавшие в исследовании транссексуальные люди проходили терапию еще в 1970-х гг. Стоит сказать, что полученные результаты только подчеркивают необходимость организации качественной долгосрочной психологической и психиатрической помощи транссексуальным людям. Также нужны дополнительные исследования результатов текущего подхода к диагностике и терапии гендерной дисфории.

Сложно определить эффективность одной только гормонотерапии в облегчении гендерной дисфории. Большинство исследований, оценивающих эффективность маскулинизирующей/феминизирующей гормонотерапии, проводились среди пациентов, которые также подверглись хирургической коррекции пола. Благоприятное воздействие лечения, включавшего как гормоны, так и операции, было отмечено в комплексном обзоре более 2000 пациентов в 79 исследованиях (главным образом, наблюдениях), выполненных между 1961 и 1991 гг. [Eldh, Berg, & Gustafsson, 1997; Gijs & Brewaeys, 2007; Murad et al., 2010; Pfafflin & Junge, 1998]. У пациентов, прооперированных в 1986 году и позднее, результаты были лучше, чем у прооперированных до 1986 года, что отражает положительную динамику в послеоперационных осложнениях [Eldh et al., 1997]. Большинство пациентов отметили улучшения в психосоциальной сфере (87% для MtF-пациенток и 97% для FtM-пациентов) [Green & Fleming, 1990]. Сходные улучшения были отмечены в шведском исследовании, в котором «почти все пациенты были удовлетворены изменением

пола 5 лет спустя, а 86% пациентов были оценены врачами при последующем наблюдении как стабильные или имеющие улучшения качества жизни в целом» [Johansson, Sundbom, Hojerback, & Bodlund, 2010]. Слабые стороны этих предшествующих исследований – их ретроспективный план и использование разных критериев для оценки результатов.

В лонгитюдном исследовании, проведенном в Нидерландах, оценивали 325 взрослых и подростков, обратившихся за коррекцией пола [Smith, Van Goozen, Kuiper, & Cohen-Kettenis, 2005]. Пациенты, прошедшие коррекцию пола (как гормональную, так и хирургическую) показали улучшение своих средних оценок гендерной дисфории, измеренных по Утрехтской шкале гендерной дисфории (Utrecht Gender Dysphoria Scale). Оценки неудовлетворенности телом и психических функций также улучшились в большинстве категорий. Менее 2% пациентов выразили сожаление после лечения. Это самое крупное лонгитюдное исследование, подтверждающее результаты ретроспективных исследований: сочетание гормональной терапии и операций избавляет от гендерной дисфории и улучшает другие проявления психосоциальной сферы. Необходимы дальнейшие исследования эффекта гормонотерапии без хирургического вмешательства и без цели максимально изменить тело в мужскую или женскую сторону.

В целом, исследования показывают устойчивое улучшение результатов по мере развития области. Результаты исследований концентрировались, в основном, на результатах операций по коррекции пола. Но в текущей практике далеко не все трансгендерные люди делают весь комплекс операций, существует множество других вариантов приведения в соответствие тела, гендерной роли и идентичности. Последующие наблюдения или исследования результатов могут быть полезны для более эффективного оказания помощи таким людям [Institute of Medicine, 2011].

ПРИЛОЖЕНИЕ 4.

ПРОЦЕСС СОЗДАНИЯ 7-ой ВЕРСИИ СТАНДАРТОВ ПОМОЩИ

Процесс создания 7-ой версии Стандартов Помощи начался с учреждения первичной рабочей группы Стандартов в 2006 году. Ее члены были приглашены, чтобы изучить отдельные секции Стандартов 6-ой версии. Для каждого раздела их попросили провести обзор соответствующей литературы, определить, где исследования отсутствовали и были необходимы, и рекомендовать внесение изменений в Стандарты в соответствии с новыми данными. Затребованные работы были представлены следующими авторами: Aaron Devor, Walter Bockting, George Brown, Michael Brownstein, Peggy Cohen-Kettenis, Griet De-Cuypere, Petra De Sutter, Jamie Feldman, Lin Fraser, Arlene Istar Lev, Stephen Levine, Walter Meyer, Heino Meyer-Bahlburg, Stan Monstrey, Loren Schechter, Mick van Trotsenburg, Sam Winter, Ken Zucker. Некоторые из этих авторов решили привлечь соавторов для помощи в решении задачи.

Первые черновики документов следовало подготовить к 1 июня 2007 года. Большая часть была завершена к сентябрю, а остальные – к концу 2007 года. Затем эти рукописи представили к рассмотрению в Международный Журнал Трансгендерности (International Journal of Transgenderism). Каждая подверглась стандартной экспертной оценке МЖТ. Окончательные статьи были опубликованы в томе 11 (1–4) в 2009 году, что сделало их доступными для обсуждения и дебатов.

После опубликования этих статей Совет Директоров WPATH в 2010 году учредил Комитет по Пересмотру Стандартов Помощи. Первой обязанностью Комитета по Пересмотру стала организация дебатов и обсуждения материалов, лежащих в основе публикаций МЖТ, через веб-сайт Google. Совет Директоров WPATH назначил подгруппу Комитета по Пересмотру в качестве Пишущей Группы. Обязанностью этой группы было подготовить первый черновик 7-ой версии Стандартов и продолжать работать над изменениями для рассмотрения расширенным Комитетом по Пересмотру. Совет также назначил Международную Консультативную Группу транссексуалов, трансгендеров и гендерно неконформных людей для внесения вклада в пересмотр.

Был нанят технический писатель, чтобы: 1) сделать обзор всех ре-

комендаций к изменению – как первоначальных, указанных в МЖТ, так и дополнительных, возникших в ходе обсуждения онлайн; и 2) создать опрос, чтобы стимулировать дальнейший вклад в эти возможные изменения. Из результатов опроса Пишущая Группа смогла определить, в каких областях эксперты находились в согласии, а в каких требовались дополнительные обсуждения и дебаты. Затем технический писатель: 3) создал очень грубый первый черновик 7-ой версии Стандартов, чтобы Пишущая Группа рассмотрела его и взяла за основу.

Пишущая Группа собралась 4 и 5 марта 2011 года на очной консультационной встрече экспертов. Они рассмотрели все предложенные изменения, провели обсуждение и пришли к консенсусу по разным противоречивым вопросам. Решения были приняты на основе наилучшего доступного научного и экспертного консенсуса. Эти решения были включены в черновик, а дополнительные разделы были написаны Пишущей Группой при участии технического писателя.

Затем черновик, полученный в результате консультационной встречи, распространили среди Пишущей Группы и доработали при участии технического писателя. Как только это первоначальный черновик был готов, его распространили среди расширенного Комитета по Пересмотру Стандартов и Международной Консультативной Группы. Было открыто обсуждение на веб-сайте Google и проведена телеконференция для разрешения вопросов. Обратная связь от этих групп была рассмотрена Пишущей Группой, которая затем выполнила следующую редакцию. Два дополнительных черновика были созданы и размещены на веб-сайте Google для рассмотрения расширенным Комитетом по Пересмотру Стандартов и Международной Консультативной Группой. По завершении этих трех циклов рассмотрений и редакций финальный документ был представлен Совету Директоров WPATH для утверждения. Совет Директоров утвердил эту версию 14 сентября 2011 года.

Финансирование

Процесс пересмотра Стандартов Помощи стал возможным благодаря щедрому гранту Фонда Тавани (Tawani Foundation) и пожертвованию анонимного донора. Эти средства покрыли следующее:

1. Затраты на профессионального технического писателя.

2. Процесс международного вклада в предложенные изменения от специалистов по гендерной идентичности и от сообщества транссексуалов.

3. Рабочая встреча Пишущей Группы.

4. Процесс сбора дополнительной обратной связи и достижение финального экспертного консенсуса между профессиональным сообществом и сообществом транссексуалов, Комитетом по Пересмотру 7-ой версии Стандартов Помощи и Советом Директоров WPATH.

5. Затраты на печать и распространение 7-ой версии Стандартов Помощи и размещение бесплатной скачиваемой копии на веб-сайте WPATH.

6. Пленарное заседание с презентацией 7-ой версии Стандартов Помощи на Симпозиуме-Биеннале WPATH в 2011 году в Атланте, штат Джорджия, США.

Члены Комитета по пересмотру Стандартов Помощи (Члены Пишущей группы отмечены звездочкой)

Eli Coleman, PhD (USA)*—Председатель комитета

Richard Adler, PhD (USA)

Walter Bockting, PhD (USA)*

Marsha Botzer, MA (USA)*

George Brown, MD (USA)

Peggy Cohen-Kettenis, PhD (Netherlands)*

Griet DeCuypere, MD (Belgium)*

Aaron Devor, PhD (Canada)

Randall Ehrbar, PsyD (USA)

Randi Ettner, PhD (USA)

Evan Eyler, MD (USA)

Jamie Feldman, MD, PhD (USA)*

Lin Fraser, EdD (USA)*

Rob Garofalo, MD, MPH (USA)
Jamison Green, PhD, MFA (USA)*
Dan Karasic, MD (USA)
Gail Knudson, MD (Canada)*
Arlene Istar Lev, LCSW-R (USA)
Gal Mayer, MD (USA)
Walter Meyer, MD (USA)*
Heino Meyer-Bahlburg, Dr. rer.nat. (USA)
Stan Monstrey, MD, PhD (Belgium)*
Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA-C (USA)
Friedmann Pf.afflin, MD, PhD (Germany)
Katherine Rachlin, PhD (USA)
Bean Robinson, PhD (USA)
Loren Schechter, MD (USA)
Vin Tangpricha, MD, PhD (USA)
Mick van Trotsenburg, MD (Netherlands)
Anne Vitale, PhD (USA)
Sam Winter, PhD (Hong Kong)
Stephen Whittle, OBE (UK)
Kevan Wylie, MB, MD (UK)
Ken Zucker, PhD (Canada)

Отборочный Комитет Международной Консультативной Группы

Walter Bockting, PhD (USA)
Marsha Botzer, MA (USA)
Aaron Devor, PhD (Canada)

Randall Ehrbar, PsyD (USA)

Evan Eyler, MD (USA)

Jamison Green, PhD, MFA (USA)

Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA (USA)

Международная Консультативная Группа

Tamara Adrian, LGBT Rights Venezuela (Venezuela)

Craig Andrews, FTM Australia (Australia)

Christine Burns, MBE, Plain Sense Ltd (UK)

Naomi Fontanos, Society for Transsexual Women's Rights in the Phillipines (Phillipines)

Tone Marie Hansen, Harry Benjamin Resource Center (Norway)

Rupert Raj, Shelbourne Health Center (Canada)

Masae Torai, FTM Japan (Japan)

Kelley Winters, GID Reform Advocates (USA)

Технический писатель

Anne Marie Weber-Main, PhD (USA)

Редакторская поддержка

Heidi Fall (USA)

ТрансДействие (TransAction) – одно из важнейших направлений работы Центра социально-информационных инициатив «Действие».

Мы занимаемся вопросами физического, психологического и сексуального здоровья трансгендерного сообщества и повышением его качества жизни.

Мы привлекаем к сотрудничеству специалистов в области психологии, эндокринологии, хирургии, урологии, гинекологии. Мы работаем над тем, чтобы необходимые специалисты были доступны, ознакомлены с проблемами и слышали пожелания самих трансгендерных людей, и стремимся к увеличению количества компетентных в данной теме медиков. Мы проводим групповые встречи и индивидуальные консультации с психологами, тренинги, семинары, совместные мероприятия с врачами.

Для медицинских специалистов у нас информационная рассылка, через которую можно получать информацию о наших мероприятиях, возможности дополнительного обучения и стажировок. Если вы - врач. и хотите подключиться к рассылке, напишите нам: transaction@center-action.org

Для трансгендерных людей у нас есть следующие сервисы:

- Раз в две недели проходит психологическая группа поддержки
- Психологические тренинги
- Тренинги по постановке голоса
- Семинары с врачами
- Индивидуальные психологические консультации

Все наши сервисы бесплатны для членов Т*-сообщества.

О наших ближайших мероприятиях вы можете узнать на нашем сайте в календаре мероприятий: <http://center-action.org/podderzhat-nas/posetit-sobytie>

Если вы хотите присоединиться к нам в качестве участника мероприятия или волонтера, напишите нам письмо:

transaction@center-action.org

center-action.org