

Научная статья

УДК 616.89—008.442.36

doi:10.69541/NRIPH.2025.01.009

Эффективность гендерно-аффирмативных мероприятий в улучшении психо-социальных показателей у лиц с гендерным несоответствием: кросс-секциональное исследование на российской выборке

Яна Кирей-Ситникова

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья
имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация

yana.kirey.sitnikova@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-9603-5114>

Аннотация. Обоснование. Эффективность гендерно-аффирмативных медицинских и юридических мероприятий в улучшении психо-социальных показателей лиц с гендерным несоответствием показана в большом количестве зарубежных исследований, однако они характеризовались рядом методологических проблем, таких как неуказание типа вмешательства, учёт возможного влияния других вмешательств и социальных факторов. **Материалы и методы.** Проведено кросс-секциональное исследование на российской выборке лиц с гендерным несоответствием с помощью онлайн-анкеты, включающей разделы: демографические и социальные факторы, медицинские и юридические гендерно-аффирмативные мероприятия, Шкала гендерного соответствия и удовлетворённости жизнью (ШГСУЖ). Для непрерывных переменных найдены средние и коэффициенты корреляции. Сравнивались средние по ШГСУЖ для респондентов, прошедших данное вмешательство, и респондентов, желающих его пройти, но не прошедших. Строились линейные регрессионные модели, в которых значение по ШГСУЖ выступало как зависимая переменная, а остальные параметры — как независимые. **Результаты.** Возраст, уровень социальной поддержки, различия между исходной и нынешней, а также между нынешней и идеальной внешностью статистически значимым образом коррелировали с ШГСУЖ. Показана эффективность изменения гражданского пола в улучшении показателей по ШГСУЖ у лиц с мужским полом при рождении; изменения гражданского пола, заместительной гормональной терапии, гистерэктомии и мастэктомии — у лиц с женским полом при рождении. Линейные регрессионные модели подтвердили значимость социальной поддержки и различия между нынешней и идеальной внешностью во всей выборке; вагинопластики — у лиц с мужским полом при рождении; изменения гражданского пола — у лиц с женским полом при рождении; в остальном результаты смешанные. **Обсуждение.** Выбранный дизайн позволил показать синергетический эффект совмещения гендерно-аффирмативных вмешательств, который может отличаться от их эффективностей, взятых по отдельности. **Заключение.** Рекомендовать для включения в клинические рекомендации вагинопластику — для лиц с мужским полом при рождении; заместительную гормональную терапию, мастэктомию и гистерэктомию — для лиц с женским полом при рождении; изменение гражданского пола — для всех.

Ключевые слова: трансгендерность, транссексуальность, гендерная дисфория, гендерное несоответствие, эффективность, эпидемиология

Для цитирования: Кирей-Ситникова Я. Эффективность гендерно-аффирмативных мероприятий в улучшении психо-социальных показателей у лиц с гендерным несоответствием: кросс-секциональное исследование на российской выборке // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. № 1. С. 58—63. doi:10.69541/NRIPH.2025.01.009.

Research article

Effectiveness of gender-affirming interventions in improving psychosocial indicators in individuals with gender incongruence: a cross-sectional study on a Russian sample

Yana Kirey-Sitnikova¹

N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation

yana.kirey.sitnikova@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-9603-5114>

Annotation. Background. Effectiveness of gender-affirming medical and legal interventions in improving psychosocial indicators in individuals with gender incongruence has been shown in a large number of international studies. However, they suffer from a number methodological problems such as the failure to indicate the type of intervention and take into consideration the possible effects of other interventions and social factors. **Materials and methods.** We conducted a cross-sectional study on a Russian sample of individuals with gender incongruence using an online survey featuring the following sections: demographic and social factors, medical and legal gender-affirming interventions, and the Gender Congruence and Life Satisfaction Scale (GCLS). Means and correlation with GCLS found for continuous variables. Compared GCLS means for respondents who had and had not (but wanted to) undergone interventions. Built linear regression models with GCLS as a dependent variable and all others as independent. **Results.** Age, social support, and differences between baseline and current and between current and ideal appearance correlated with GCLS in a statistically significant manner. Legal gender recognition and vaginoplasty were effective in improving GCLS outcomes among the respondents assigned male at birth; legal gender recognition, hormone-replacement therapy, hysterectomy, and mastectomy — among those assigned female at birth. Linear regression models reaffirmed the importance of social support and the difference between current and ideal appearance in the whole sample; vaginoplasty — among the respondents assigned female at birth; legal gender recognition — among the respondents assigned female at birth; other results were mixed. **Discussion.** The chosen design helped to demonstrate the synergetic effect of combining gender-affirm-

ing interventions, which can be different from their effectivenesses when considered alone. **Conclusions.** Recommend inclusion in clinical practice guidelines of vaginoplasty — for individuals assigned male at birth; hormone-replacement therapy, mastectomy, and hysterectomy — for individuals assigned female at birth; legal gender recognition — for all.

Key words: *transgender, transsexual, gender dysphoria, gender incongruence, effectiveness, epidemiology*

For citation: Kirey-Sitnikova Y. Effectiveness of gender-affirming interventions in improving psychosocial indicators in individuals with gender incongruence: a cross-sectional study on a Russian sample. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2025;(1):58–63. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2025.01.009.

Введение

Эффективность гендерно-аффирмативных медицинских и юридических вмешательств в улучшении психо-социальных показателей у лиц с гендерным несоответствием (ГН) (HA60, HA61 и HA6Z по МКБ-11 или F64 «расстройства половой идентификации», «транссексуализм» по МКБ-10) была показана в большом количестве зарубежных исследований [1–9]. Однако в России, несмотря на более чем полувековую историю изучения этого явления, подобные эпидемиологические исследования до сих пор не проведены, что, вероятно, объясняется тем, что ГН составляет предмет научного интереса, в первую очередь, психиатров, хирургов и эндокринологов, но не эпидемиологов и специалистов в сфере общественного здоровья. Между тем, согласно правилам Министерства здравоохранения РФ (Приказ № 103н от 28 февраля 2019 г.), клинические рекомендации пишутся по принципам доказательной медицины, что делает важным получение эпидемиологических данных, доказывающих эффективность рекомендуемых вмешательств, в особенности на российских выборках. Таким образом, настоящее исследование является первой попыткой получить данные об эффективности заместительной гормональной терапии (ЗГТ), гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств и изменения гражданского пола в улучшении психо-социальных показателей у российской выборки лиц с ГН.

Настоящая публикация является частью более широкого проекта, в котором, наряду с данными об эффективности гендерно-аффирмативных вмешательств, собирались данные об их экономической эффективности, что можно использовать для рекомендации по включению или невключению их покрытия за счёт средств системы медицинского страхования. После получения первичных комментариев рецензентов принято решение разделить изложение результатов на две части: в данной статье приведены данные по эффективности, тогда как их экономическая эффективность является предметом другой статьи (на рецензировании).

Материалы и методы

Разрабатывая дизайн исследования, мы учитывали критику ранее проведённых зарубежных исследований. Так, во многих из них недостаточно чётко определено изучаемое вмешательство (схема ЗГТ, тип хирургического вмешательства), не учитывается возможное влияние на психо-социальное состояние иных медицинских вмешательств (например, если изучается эффективность вагинопластики, не учи-

тывается, что человек ещё мог проходить маммопластику), смены гражданского пола, а также социальных факторов (например, уровня социальной поддержки) [10]. С целью учёта обозначенных факторов выбран кросс-секционный (одномоментный) дизайн. Разработана онлайн-анкета на базе Google Forms. Разделы анкеты: (а) демографические, социальные и юридические данные; (б) информация о пройденных и желаемых гендерно-аффирмативных вмешательствах; (в) Шкала гендерного соответствия и удовлетворённости жизнью (ШГСУЖ). Приглашение заполнить анкету распространялось в группах в социальных сетях, посвящённых обсуждению ГН.

(а) *Демографические, социальные и юридические данные.* Данный раздел содержал вопросы: гендерная идентичность (свободное поле); пол, определённый при рождении (женский/мужской); пол, указанный в идентификационных документах (женский/мужской); возраст и место проживания. В случаях, если гендерная идентичность соответствовала полу, определённому при рождении, респонденты исключались в связи с отсутствием ГН. Создана переменная ИГП (изменение гражданского пола), которой приписывалось значение «да», если текущий гражданский пол отличался от пола при рождении, и «нет» в противном случае. Ответы на вопрос о месте проживания использовались для исключения респондентов, не проживавших в России в течение последнего года.

Также этот раздел включал пять дополнительных вопросов: (1) Насколько феминной или маскулинной была ваша внешность до начала перехода? (термин для обозначения смены пола, употребляемый лицами с ГН); (2) Насколько феминной или маскулинной является ваша внешность сейчас? (3) В идеале, какую внешность вы бы хотели иметь? (4) Насколько вы открыты перед вашим окружением (семья, друзья, коллеги по работе) о вашей трансгендерности? (5) Как бы вы оценили уровень социальной поддержки со стороны вашего окружения (семья, друзья, коллеги по работе) в связи с вашей трансгендерностью? Ответы записывались по шкале Лайкерта от 1 до 5. Включение упомянутых вопросов обусловлено пониманием того, что (а) исходные половые характеристики (женские или мужские) у разных людей выражены в различной степени, что влияет на объём необходимых гендерно-аффирмативных вмешательств [11]; (б) ЗГТ может воздействовать на тела разных людей с различной эффективностью, что приводит к необходимости проведения дополнительных хирургических вмешательств (например, феминизирующей пластики лица) для одних пациентов, тогда как другим она не

требуется [11]; (в) лица с ГН имеют различные пожелания относительно «идеальной» внешности (в то время как одни стремятся к стереотипной женской или мужской внешности, другие стремятся к андрогинному образу); (г) гендерная дисфория проистекает не только из неудовлетворённостью своим телом (нарратив «жизни в чужом теле», распространённый в старой литературе, см. [12]), но и имеет социальное измерение, т. е. «социальную гендерную дисфорию», проистекающую от восприятия человека в гендере, противоречащем его гендерной идентичности [11,13,14]. В то время как объективное измерение степени феминизации или маскулинизации затруднительно [11], абсолютная разница между ответами на вопросы (1) и (2) показывала воспринимаемую (респондентами и окружающими) эффективность гендерно-аффирмативных мероприятий в изменении внешности и кодировалась переменной $\Delta_{исх-нынеш}$. Абсолютная разница между ответами на вопросы (2) и (3) кодировалась переменной $\Delta_{нынеш-идеал}$. Отсутствующие данные заполнялись медианами.

(б) *Медицинские вмешательства.* В этом разделе респондентам предлагалось отметить пройденные ими и желаемые гендерно-аффирмативные медицинские вмешательства. Для лиц с мужским полом при рождении доступны следующие варианты: орхиэктомия, вагинопластика, косметическая СРС (от англ. SRS = sex-reassignment surgery, т. е. вульвопластика без формирования неовлагалища), маммопластика, спиливание надбровных дуг, имплант в лоб, хирургическое снижение линии роста волос, пересадка волос, ринопластика, булхорн (укорочение верхней губы), мандибулопластика (спиливание нижней челюсти), гениопластика (изменение формы подбородка), хондроларингопластика (уменьшение кадыка), и операция на голосовых связках. Для лиц с женским полом при рождении: гистерэктомия, метоидиопластика, фаллопластика, мастэктомия, увеличение надбровных дуг, пересадка волос на скальпе, пересадка волос бороды, ринопластика, увеличение нижней челюсти, гениопластика (изменение формы подбородка), создание кадыка и операция на голосовых связках. Поскольку не все лица с ГН желают проходить все вмешательства, в качестве предзаданных ответов предлагались три варианты: «прошли данную процедуру» (кодировалось как «да»), «не прошли, но хочу пройти» (кодировалось как «хочу») и «не прошли и не хочу проходить» (кодировалось как «не хочу»). В случае отсутствия ответа предполагалось, что респондент не прошёл и не желает проходить данную процедуру. Наряду с хирургическими вмешательствами, респондентам предлагалось свободное поле для ответа на вопрос о приёме ЗГТ. Ответы кодировались как «да», если указан приём ЗГТ; «хочу», если указано желание приёма ЗГТ в будущем либо переменная $\Delta_{исх-нынеш}$ отличалась от нуля; и «не хочу», если приём ЗГТ не начат и отмечено нежелание в будущем либо переменная $\Delta_{исх-нынеш}$ равна нулю.

(в) *Шкала гендерного соответствия и удовлетворённости жизнью (ШГСУЖ).* Учитывая большое

разнообразие инструментов для измерения гендерной дисфории [15], выбор ШГСУЖ [16] (перевод на русский взят из [15]) был сделан в связи с её применимостью широкому кругу лиц с ГН, включая лиц с бинарными и небинарными идентичностями, а также находящихся на разных этапах гендерного перехода. Шкала состоит из семи разделов (гениталии, грудь, иные вторичные половые характеристики, признание социальной гендерной роли, физическая и эмоциональная близость, психологическое функционирование, удовлетворённостью жизнью), содержащих 38 вопросов с предзаданными ответами по шкале Лайкерта (1 = всегда, 5 = никогда). Отсутствующие данные заполнялись медианами.

Анализ данных. Для всех непрерывных переменных вычислялись средние и коэффициенты корреляции с ШГСУЖ. Для каждого гендерно-аффирмативного вмешательства сравнивались средние по ШГСУЖ для респондентов, прошедших данное вмешательство («да»), и респондентов, желающих его пройти, но не прошедших («хочу»); различия между средними, согласно t-критерию Уэлча, считались статистически значимыми при $p < 0.05$. Строились линейные регрессионные модели, в которых значение по ШГСУЖ выступало в качестве зависимой переменной, а независимыми были все остальные, т. е. возраст, $\Delta_{исх-нынеш}$, $\Delta_{нынеш-идеал}$, открытость относительно своего ГН, уровень социальной поддержки, изменение гражданского пола, прохождение ЗГТ и операций; независимые переменные предварительно отбирались с помощью поэтапной регрессии.

Публикация одобрена Независимым этическим комитетом ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко», заседание № 11 от 2 декабря 2024 года.

Результаты

В период с 4 августа по 4 октября 2022 года собрано 262 ответа, из которых 13 были исключены в связи с тем, что респонденты не имели ГН либо не проживали в России в течение последнего года. Средние и коэффициенты корреляции с ШГСУЖ приводятся в Таблице 1.

Наивысшие коэффициенты корреляции с ШГСУЖ наблюдались для уровня поддержки (с положительным знаком) и различия между идеальной и нынешней внешности ($\Delta_{нынеш-идеал}$) (с отрицательным знаком). Несколько ниже были коэффициенты для возраст и степени изменения внешности в результате гендерно-аффирмативных мероприятия

Таблица 1
Средние и коэффициенты корреляции с ШГСУЖ для непрерывных переменных

	Среднее	ШГСУЖ
Возраст	26.9	0.16 (0.04—0.28) $p=0.0092^*$
$\Delta_{исх-нынеш}$	1.24	0.13 (0.01—0.25) $p=0.03^*$
$\Delta_{нынеш-идеал}$	1.0	−0.40 (−0.50—0.29) $p=6.13e-11^*$
Открытость о ГН	3.1	0.03 (−0.10—0.16) $p=0.61$
Уровень поддержки	3.3	0.40 (0.29—0.50) $p=8.49e-11^*$

* Корреляция статистически значима ($p < 0.05$).

Таблица 2а

Средние по ШГСУЖ для лиц с мужским полом при рождении, прошедших гендерно-аффирмативные вмешательства («да»), и не прошедших («хочу» или «нет») и *p*-значения (т-критерий Уэлча), показывающие статистическую значимость между ними

Гендерно-аффирмативные мероприятия ^о	Среднее для «нет»\$ или «хочу»†	Среднее для «да»	<i>p</i> -значение
Изменение гражданского пола	2.89 \$	3.29	0.01 *
ЗГТ	3.15 †	3.04	0.63
Орхиэктомия	3.01 †	3.38	0.20
Вагинопластика	2.89 †	3.60	0.04 *
Маммопластика	2.98 †	3.09	0.77
Спиливание надбровных дуг	2.78 †	3.42	0.08
Имплант в лоб	2.88 †	3.27	0.52
Хирургическое снижение линии роста волос	2.66 †	3.34	0.12
Ринопластика	2.93 †	3.50	0.39
Мандибулопластика	2.81 †	3.37	0.10
Гениопластика	2.86 †	3.40	0.12
Хондроларингопластика	2.98 †	3.18	0.52
Операция на голосовых связках	2.95 †	3.05	0.89

^оПриведены данные для мероприятий, которые прошли не менее двух респондентов; * различие статистически значимо (*p* < 0.05).

Таблица 2б

Средние по ШГСУЖ для лиц с женским полом при рождении, прошедших гендерно-аффирмативные вмешательства («да»), и не прошедших («хочу» или «нет») и *p*-значения (т-критерий Уэлча), показывающие статистическую значимость между ними

Гендерно-аффирмативные мероприятия ^о	Среднее для «нет»\$ или «хочу»†	Среднее для «да»	<i>p</i> -значение
Изменение гражданского пола	2.93 \$	3.71	1.47e-11 *
ЗГТ	2.77 †	3.55	1.48e-7 *
Гистерэктомия	3.30 †	3.98	0.001 *
Мастэктомия	3.09 †	3.81	6.50e-9 *

^оПриведены данные для мероприятий, которые прошли не менее двух респондентов; * различие статистически значимо (*p* < 0.05).

($\Delta_{\text{исх-нынеш}}$). Открытость относительно собственной ГН никак не коррелировала со значениями по ШГСУЖ.

В Табл. 2а и 2б показаны различия между средними по ШГСУЖ для прошедших и не прошедших гендерно-аффирмативные мероприятия из числа лиц с мужским и женским полом при рождении соответственно. Для лиц с мужским полом при рождении статистически значимые различия обнаружены для изменения гражданского пола и вагинопластики; для лиц с женским полом при рождении — для изменения гражданского пола, ЗГТ, гистерэктомии и мастэктомии.

В Табл. 3а и 3б представлены линейные регрессионные модели, содержащие ШГСУЖ в качестве зависимой переменной и непрерывные переменные в сочетании с прохождением гендерно-аффирмативных мероприятий в качестве независимых, для лиц с мужским и женским полом при рождении соответственно. В обе модели статистически значимым образом входит уровень поддержки с положительным знаком и различие между текущей и идеальной внешностью ($\Delta_{\text{нынеш-идеал}}$) с отрицательным знаком. Для лиц с мужским полом при рождении (Табл. 3а)

Таблица 3а

Линейные регрессионные модели для лиц с мужским полом при рождении

Переменная	Оценка	Станд. погрешность	Pr(> t)
*(Свободный член)	2,87	0,42	2,33E-09
* $\Delta_{\text{нынеш-идеал}}$	-0,24	0,08	0,002562
*Уровень поддержки	0,24	0,06	0,000231
*Вагинопластика («хочу»)	-0,39	0,13	0,004602
Вагинопластика («да»)	0,15	0,25	0,56435
*Открытость о ГН	-0,16	0,05	0,003293
*Сниж. роста волос («хочу»)	-0,4	0,14	0,005352
Сниж. роста волос («да»)	0,2	0,3	0,497472
Возраст	0,01	0,01	0,083531
Булхорн («хочу»)	-0,29	0,2	0,157302
*Булхорн («да»)	1,34	0,6	0,028781
Орхиэктомия («хочу»)	0,24	0,14	0,095981
Орхиэктомия («да»)	0,36	0,22	0,109685

Скорректированный $R^2 = 0.4139$; * *p* < 0.05

Таблица 3б

Линейные регрессионные модели для лиц с женским полом при рождении

Переменная	Оценка	Станд. погрешность	Pr(> t)
*(Свободный член)	2,541717	0,228816	2,00E-16
*ИПП («да»)	0,370032	0,105364	0,000582
* $\Delta_{\text{нынеш-идеал}}$	-0,30097	0,070291	3,23E-05
*Ринопластика («хочу»)	-0,493075	0,150893	0,001334
*Уровень поддержки	0,162468	0,047936	0,000888
Голос. операция («хочу»)	-0,283055	0,167738	0,093508
*Голос. операция («да»)	-1,236643	0,585367	0,036228
*Возраст	0,01621	0,006117	0,008875
Хондроларингопластика («хочу»)	-0,295251	0,161085	0,068725

Скорректированный $R^2 = 0.4603$; * *p* < 0.05

в модель входит вагинопластика с предсказуемыми коэффициентами: отрицательный для тех, кто её не сделал, но хотел, и положительный для сделавших; это соответствует статистической значимости различий средних по ШГСУЖ (Табл. 2а). Напротив, изменение гражданского пола, оказавшееся статистически значимым в Табл. 2а, в регрессионную модель не вошло, зато вошли снижение линии роста волос, булхорн и орхиэктомия, причём в последнем случае по необъяснимым причинам переменные «хочу» и «да» имели одинаковый знак. Переходя к регрессионной модели для лиц с женским полом при рождении (Табл. 3б), в неё входило изменение гражданского пола, что согласуется с Табл. 2б, однако не входили ЗГТ, мастэктомия и гистерэктомия. Дополнительными независимыми переменными были возраст и желание пройти ринопластику. Также в модель входило прохождение операции по изменению голоса, но, вопреки ожиданиям, с отрицательным знаком.

Обсуждение

Исследование обладает уникальным для данной области дизайном и учитывает одновременно большое число гендерно-аффирмативных вмешательств, которые могли повлиять на психо-социальные показатели лиц с ГН. Это выгодно отличает его от предыдущих зарубежных исследований, в которых тип вмешательства не указывается (например, в Naeimi

et al. [17], где, как удалось выяснить в результате личного общения с авторами, вмешательства включали мастэктомию, гистерэктомию и фаллопластику, однако не все пациенты проходили все три) либо изучается эффект одного вмешательства без учёта других, проходивших в тот же временной промежуток (например, в Lindqvist et al. [18], где рассматривается эффект вагинопластики, однако не учитывается, что пациенты могли менять гражданский пол, проходить маммопластику и феминизирующую пластику лица). Такой дизайн позволил оценить не только эффект отдельных медицинских вмешательств (статистически значимые различия по ШГСУЖ, Табл. 2а и 2б), но и их и их синергетический эффект в сочетании с изменением гражданского пола, социальными (уровень социальной поддержки, открытость о своём ГН) и демографическими (возраст) факторами (регрессионные модели, Табл. 3а и 3б). Результаты этих двух способов оценки частично перекрываются (например, вагинопластика оказалась статистически значимой и в Табл. 2а, и в Табл. 3а), однако имеются и значимые различия (например, мастэктомия и гистерэктомия, оказавшиеся статистически значимыми в Табл. 2б, не вошли в регрессионную модель в Табл. 3б). Какой из этих способов оценки использовать, зависит от поставленной задачи.

Если целью является написание клинических рекомендаций, в которых даются рекомендации по конкретным вмешательствам, то следует использовать Табл. 2а и 2б. Согласно этим результатам, лицам с мужским полом при рождении следует рекомендовать вагинопластику; лицам с женским полом — ЗГТ, мастэктомию и гистерэктомию. Примечательно, что приём ЗГТ оказывал статистически значимый эффект только на лиц с женским полом при рождении, но не с мужским; данный артефакт можно объяснить тем, что феминизирующая ЗГТ требует более длительного времени и приводит к менее явному изменению половых характеристик, чем маскулинизирующая ЗГТ [19]. Также можно рекомендовать и изменение гражданского пола для всех лиц с ГН, которым оно требуется, — хотя данная процедура не является медицинской, она справедливо включалась в предыдущие советские и российские клинические рекомендации по ГН [20,21].

Если же целью является понимание того, какие факторы влияют на психо-социальные исходы у лиц с ГН «в реальной жизни», то необходимо учитывать всю совокупность факторов — медицинских, социальных, демографических — как в регрессионных моделях (Табл. 3а и 3б). Эти модели дают порой неожиданные результаты, когда прохождение процедуры и желание её пройти входят в модель с одним знаком. Это может объясняться как неэффективностью процедуры, так и неучётом в модели дополнительных факторов, таких как информированность о существовании такой процедуры или наличие денег на её прохождение. Однозначным выводом является важность социальной поддержки, которая входит во все модели и показывает высокую корреля-

цию с ШГСУЖ; это согласуется с предыдущими исследованиями [22]. Интересным результатом стала высокая корреляция с ШГСУЖ возраста, который также входит в модель для респондентов с женским полом при рождении (Табл. 3б); это совпадает с данными нашего качественного исследования, в котором рецензенты отмечали снижение беспокойства по поводу гендерной дисфории с возрастом (на рецензировании).

Вместе с тем, предложенный дизайн имел и ограничения, главным из которых было то, что респонденты, прошедшие и не прошедшие вмешательства, могли иметь разные характеристики по параметрам, не учтённым в этом исследовании. Поскольку гендерно-аффирмативные мероприятия не покрываются системой обязательного медицинского страхования в России, респонденты, прошедшие их, с большей долей вероятности были богаче, что могло положительно сказываться и на их психо-социальных показателях. Иными словами, могли иметь место спутывающие факторы, и будущие исследования должны в обязательном порядке учитывать экономическое положение респондентов. Вторым ограничением была невалидность ШГСУЖ на российской выборке лиц с ГН, что могло приводить к лингвистически и культурно обусловленным различиям в понимании вопросов по сравнению с англоязычной выборкой. К сожалению, в настоящее время ни одна шкала по измерению гендерной дисфории и ГН не валидирована на российских выборках, что также представляет собой направление для будущей работы.

Заключение

Рекомендовать для включения в клинические рекомендации вагинопластику — для лиц с мужским полом при рождении; заместительную гормональную терапию, мастэктомию и гистерэктомию — для лиц с женским полом при рождении; изменение гражданского пола — для всех. Однако эффективность сочетания гендерно-аффирмативных мероприятий может отличаться от их эффективностей, взятых по отдельности.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, Mullan RJ, Murad A, Erwin PJ, et al. Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2010;72(2):214—31.
2. Costa R, Colizzi M. The effect of cross-sex hormonal treatment on gender dysphoria individuals' mental health: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:1953—66.
3. White Hughto JM, Reisner SL. A Systematic Review of the Effects of Hormone Therapy on Psychological Functioning and Quality of Life in Transgender Individuals. *Transgender Health*. 2016;1(1):21—31.
4. Rowniak S, Bolt L, Sharifi C. Effect of cross-sex hormones on the quality of life, depression and anxiety of transgender individuals: a quantitative systematic review. *JBIM Database Syst Rev Implement Rep*. 2019;17(9):1826—54.
5. Wernick JA, Busa S, Matouk K, Nicholson J, Janssen A. A Systematic Review of the Psychological Benefits of Gender-Affirming Surgery. *Urol Clin North Am*. 2019;46(4):475—86.
6. Passos TS, Teixeira MS, Almeida-Santos MA. Quality of Life After Gender Affirmation Surgery: a Systematic Review and Network Meta-analysis. *Sex Res Soc Policy*. 2020;17(2):252—62.

7. Baker KE, Wilson LM, Sharma R, Dukhanin V, McArthur K, Robinson KA. Hormone Therapy, Mental Health, and Quality of Life Among Transgender People: A Systematic Review. *J Endocr Soc*. 2021;5(4):bvab011.
8. Scheim AI, Perez-Brumer AG, Bauer GR. Gender-concordant identity documents and mental health among transgender adults in the USA: a cross-sectional study. *Lancet Public Health*. 2020;5(4):e196—203.
9. Tan KK, Watson RJ, Byrne JL, Veale JF. Barriers to Possessing Gender-Concordant Identity Documents are Associated with Transgender and Nonbinary People's Mental Health in Aotearoa/New Zealand. *LGBT Health*. 2022;9(6):401—10.
10. Кирей-Ситникова Я. Социальные факторы в дизайне эпидемиологических исследований эффективности медицинских процедур трансгендерного перехода (аналитический обзор). *Социальные аспекты здоровья населения*. 2021;67(6):8.
11. Кирей-Ситникова Я. Персонализированный характер трансгендерной медицины как препятствие к разработке клинических рекомендаций по гендерному несоответствию на основе принципов доказательной медицины. *Медицинский вестник Юга России*. 2022;13(3):83—92.
12. Engdahl U. Wrong body. *Transgender Stud Q*. 2014;1(1—2):267—9.
13. Galupo MP, Pulice-Farrow L, Lindley L. "Every time I get gendered male, I feel a pain in my chest": Understanding the social context for gender dysphoria. *Stigma Health*. 2020;5(2):199—208.
14. Galupo MP, Pulice-Farrow L, Pehl E. "There Is Nothing to Do About It": Nonbinary Individuals' Experience of Gender Dysphoria. *Transgender Health*. 2021;6(2):101—10.
15. Кирей-Ситникова Я, Бурцев ЕА. Обзор инструментов экспериментально-психологической диагностики гендерной дисфории и гендерного несоответствия в контексте перехода на МКБ-11. *Неврологический вестник*. 2022;LIV(2):69—84.
16. Jones BA, Bouman WP, Haycraft E, Arcelus J. The Gender Congruence and Life Satisfaction Scale (GCLS): Development and validation of a scale to measure outcomes from transgender health services. *Int J Transgenderism*. 2019;20(1):63—80.
17. Naeimi S, Akhlaghdoust M, Chaichian S, Moradi Y, Jesmi F, Zarbati N, et al. Quality of Life Changes in Iranian Patients Undergoing Female-to-Male Transsexual Surgery: A Prospective Study. *Arch Iran Med*. 2019;22(2):71—5.
18. Lindqvist EK, Sigurjonsson H, Möllermark C, Rinder J, Farnebo F, Lundgren TK. Quality of life improves early after gender reassignment surgery in transgender women. *Eur J Plast Surg*. 2017;40(3):223—6.
19. Калинин СЮ. Транссексуализм. Возможности гормональной терапии. М.: Практическая медицина; 2006.
20. Белкин АИ, Карпов АС. Транссексуализм (методические рекомендации по смене пола). М.: Московский НИИ психиатрии МЗ РСФСР; 1991.
21. Краснов ВЯ, Гурович ИЯ. Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств: Клиническое руководство. М.: Московский НИИ психиатрии МЗ России; 1999.
22. Başar K, Öz G, Karakaya J. Perceived discrimination, social support, and quality of life in gender dysphoria. *J Sex Med*. 2016;13(7):1133—1141.
4. Rowniak S, Bolt L, Sharifi C. Effect of cross-sex hormones on the quality of life, depression and anxiety of transgender individuals: a quantitative systematic review. *JBIM Database Syst Rev Implement Rep*. 2019;17(9):1826—54.
5. Wernick JA, Busa S, Matouk K, Nicholson J, Janssen A. A Systematic Review of the Psychological Benefits of Gender-Affirming Surgery. *Urol Clin North Am*. 2019;46(4):475—86.
6. Passos TS, Teixeira MS, Almeida-Santos MA. Quality of Life After Gender Affirmation Surgery: a Systematic Review and Network Meta-analysis. *Sex Res Soc Policy*. 2020;17(2):252—62.
7. Baker KE, Wilson LM, Sharma R, Dukhanin V, McArthur K, Robinson KA. Hormone Therapy, Mental Health, and Quality of Life Among Transgender People: A Systematic Review. *J Endocr Soc*. 2021;5(4):bvab011.
8. Scheim AI, Perez-Brumer AG, Bauer GR. Gender-concordant identity documents and mental health among transgender adults in the USA: a cross-sectional study. *Lancet Public Health*. 2020;5(4):e196—203.
9. Tan KK, Watson RJ, Byrne JL, Veale JF. Barriers to Possessing Gender-Concordant Identity Documents are Associated with Transgender and Nonbinary People's Mental Health in Aotearoa/New Zealand. *LGBT Health*. 2022;9(6):401—10.
10. Кирей-Ситникова Я. Social Factors in the Design of Epidemiological Studies of Effectiveness of Medical Procedures of Gender Transition (Analytical Review). *Social aspects of public health. [Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya]*. 2021;67(6):8 (in Russian).
11. Кирей-Ситникова Я. Personalized character of transgender medicine as a barrier to development of evidence-based clinical practice guidelines on gender incongruence. *Medical Herald of the South of Russia. [Meditsinskiy vestnik Yuga Rossii]*. 2022;13(3):83—92 (in Russian).
12. Engdahl U. Wrong body. *Transgender Stud Q*. 2014;1(1—2):267—9.
13. Galupo MP, Pulice-Farrow L, Lindley L. "Every time I get gendered male, I feel a pain in my chest": Understanding the social context for gender dysphoria. *Stigma Health*. 2020;5(2):199—208.
14. Galupo MP, Pulice-Farrow L, Pehl E. "There Is Nothing to Do About It": Nonbinary Individuals' Experience of Gender Dysphoria. *Transgender Health*. 2021;6(2):101—10.
15. Кирей-Ситникова Я, Бурцев ЕА. A review of instruments of experimental psychological diagnostics of gender dysphoria and gender incongruence in the context of transition to ICD-11. *Neurology Bulletin. [Nevrologicheskiy vestnik]*. 2022;LIV(2):69—84 (in Russian).
16. Jones BA, Bouman WP, Haycraft E, Arcelus J. The Gender Congruence and Life Satisfaction Scale (GCLS): Development and validation of a scale to measure outcomes from transgender health services. *Int J Transgenderism*. 2019;20(1):63—80.
17. Naeimi S, Akhlaghdoust M, Chaichian S, Moradi Y, Jesmi F, Zarbati N, et al. Quality of Life Changes in Iranian Patients Undergoing Female-to-Male Transsexual Surgery: A Prospective Study. *Arch Iran Med*. 2019;22(2):71—5.
18. Lindqvist EK, Sigurjonsson H, Möllermark C, Rinder J, Farnebo F, Lundgren TK. Quality of life improves early after gender reassignment surgery in transgender women. *Eur J Plast Surg*. 2017;40(3):223—6.
19. Kalinchenko SJu. Transsexualism. Capabilities of hormonal therapy. Moscow: Prakticheskaja medicina; 2006 (in Russian).
20. Belkin AI, Karpov AS. Transsexualism (methodological recommendations on the change of sex. Moscow: Moscow Research Institute of Psychiatry of the Ministry of Health of RSFSR; 1991 (in Russian).
21. Krasnov VJa, Gurovich IJa. Models of diagnostics and treatment of psychic and behavioural disorders: a clinical guideline. Moscow: Moscow Research Institute of Psychiatry of the Ministry of Health of Russia; 1999 (in Russian).
22. Başar K, Öz G, Karakaya J. Perceived discrimination, social support, and quality of life in gender dysphoria. *J Sex Med*. 2016;13(7):1133—1141.

REFERENCES

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.
The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 15.12.2024; одобрена после рецензирования 04.02.2025; принята к публикации 14.03.2025.
The article was submitted 15.12.2024; approved after reviewing 04.02.2025; accepted for publication 14.03.2025.