

Оригинальное исследование

УДК: 614.2

<https://doi.org/10.21886/2219-8075-2022-13-3-50-58>

Клинические и социально-демографические факторы, влияющие на социальную адаптацию лиц с гендерным несоответствием

Н. В. Соловьева^{1,2}, С. А. Креницкая^{1,2}, Е. В. Макарова^{1,2}

¹Научный центр персонализированной медицины, Москва, Россия

²Национальный НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко, Москва, Россия

Автор, ответственный за переписку: Креницкая Светлана Анатольевна, kremenickaya@yandex.ru

Аннотация. Цель: выявить потенциально обратимые клинические и социально-демографические факторы, влияющие на социальную адаптацию пациентов с гендерным несоответствием (ГН). **Материалы и методы:** был проведён ретроспективный анализ 926 карт пациентов с ГН MtF и FtM. **Результаты:** среди обратившихся 44,38% пациентов были MtF, 55,62% были FtM. Средний возраст составил 24,0 года (от 13 до 65 лет). Образовательный уровень пациентов преимущественно представлен высшим (44,2%) и средним специальным (22,3%) образованием, 43% лиц проживали в селе, 57% — в городской местности. Большинство обратившихся выросло в полной семье (82,02%). Первые проявления ГН стартовали преимущественно в парапубертатном (26,4%) и препубертатном (61,6%) периоде (до 13 лет). Средний возраст принятия себя трансгендерным человеком составил 17,0 лет. Шаги по снижению дисфории и получению специализированной помощи, как правило, совершаются после 20 лет. Депрессивные эпизоды имели 83,1% трансгендерных пациентов, у трети (38,5%) отмечалась аутоагрессия. Дополнительные психиатрические диагнозы имелись у 24,5% пациентов и представлены тремя группами заболеваний: первая группа (6,2%) — потенциально обратимые невротические расстройства, вторая группа (14,1%) — фоновые психические заболевания, не являющиеся причиной ГН, третья группа (4,3%) — иные психические состояния с «идеями смены пола». **Выводы:** с целью улучшения социальной адаптации и профилактики эмоциональных и психологических переживаний у лиц с ГН, помощь возможна на нескольких уровнях (семья, образовательные учреждения, медицинское сообщество, пациентские организации).

Ключевые слова: трансгендерное здоровье, социальная адаптация, гендерное несоответствие, гендерная дисфория

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Для цитирования: Соловьева Н. В., Креницкая С. А., Макарова Е. В. Клинические и социально-демографические факторы, влияющие на социальную адаптацию лиц с гендерным несоответствием. *Медицинский вестник Юга России.* 2022;13(3):50-58. DOI 10.21886/2219-8075-2022-13-3-50-58

Clinical and socio-demographic factors influencing social adaptation in individuals with gender incongruence

N. V. Solovieva^{1,2}, S. A. Kremenitskaya^{1,2}, E. V. Makarova^{1,2}

¹Scientific Centre for Personalized Medicine, Moscow, Russia

²N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia

Corresponding author: Svetlana A. Kremenitskaya, kremenickaya@yandex.ru

Abstract. Objective: to identify potentially reversible clinical and socio-demographic factors influencing the social adaptation of patients with gender incongruence (GI). **Materials and methods:** a retrospective analysis of 926 patient records with MtF and FtM GI was performed. **Results:** among the patients who applied, 44.38% were MtF, 55.62% were FtM. The mean age was 24.0 years (from 13 to 65 years). The educational level of patients is mainly represented by higher (44.2%) and specialized (22.3%) education, 43% of persons lived in the village, 57% - in urban areas. The majority of those who applied grew up in a complete family (82.02%). The first manifestations of GI started mainly in the prepubertal (26.4%) and parapubertal (61.6%) period (up to 13 years). The average age of accepting oneself as a transgender person was 17.0 years. Steps to reduce dysphoria and receive specialized care are usually taken after the age of 20. 83.1% of transgender patients had depressive episodes, and a third (38.5%) had autoaggression. Additional psychiatric diagnoses were present in 24.5% of patients and are represented by 3 groups of diseases: group 1 (6.2%) — potentially reversible neurotic disorders; group 2 (14.1%) — background mental illnesses that are not the cause of GI; group 3 (4.3%) — other mental states with “ideas of sex change”. **Conclusions:** improvement of social adaptation and prevention of emotional and psychological experiences in persons with GI, assistance is possible at several levels: family, educational institutions, medical community, patient organizations.

Keywords: transgender health, social adaptation, gender incongruence, gender dysphoria

Financing. The study did not have sponsorship.

For citation: Solovieva N. V., Kremenitskaya S. A., Makarova E. V. Clinical and socio-demographic factors influencing social adaptation in individuals with gender incongruence. *Medical Herald of the South of Russia*. 2022;13(3):50-58. DOI 10.21886/2219-8075-2022-13-3-50-58

Введение

Проблема лиц с гендерным несоответствием (ГН) в последние годы занимает значимое место в профессиональном сообществе как в РФ, так и за рубежом. В мировом здравоохранении активно разрабатываются стратегии и мероприятия, способствующие расширению знаний по проблемам ГН, а также улучшению здоровья и благополучия лиц с гендерными нарушениями, которые, по оценкам ВОЗ, составляют 0,3–0,5% (25 млн) населения мира.

МКБ-11 определяет ГН, как «выраженное и стойкое несоответствие между переживаемым индивидом гендером и приписанным полом», при этом не требует для постановки диагноза значительного дистресса или нарушения психического состояния¹. В арсенал медицинской помощи включены мероприятия, направленные на социальную адаптацию в гендерной роли, включает социальные, психологические, поведенческие или медицинские меры (в том числе гормональное лечение или хирургическое вмешательство), направленные на поддержку и подтверждение гендерной идентичности человека.

ГН, приводящее к симптомам гендерной дисфории, не поддается изменению при желании, не претерпевает изменений при воспитательных мероприятиях и попытках пациентов «переделать себя» и является следствием недостаточно изученных в настоящее время механизмов, затрагивающих половую дифференцировку мозговых структур, связанных с генетическими факторами и изменениями метаболизма половых стероидов [1]. Применяемая в некоторых зарубежных странах методика подавления полового созревания до настоящего времени проходит этапы изучения и не применима в Российской Федерации [2]. В связи с этим от момента первых симптомов ГН и дисфории до возможности начать социальный переход, пациент проживает период, в котором оказывается уязвимым к развитию коморбидной психической патологии, пищевых расстройств, зависимостей, имеет высокий риск аутоагрессии и суицидальной активности, особенно на пике полового созревания и неприятия внешних изменений. Зачастую пациенты прибегают к гормональной терапии, начатой самостоятельно, в поисках возможности уменьшить свою дисфорию, что сопряжено с рисками нежелательных эффектов терапии при отсутствии врачебного наблюдения [2].

Жизнь гендерно-неконформных людей сопряжена с высокой степенью дискомфорта и дистресса, вызванного как расхождением между полом, установленным при рождении, и гендерной идентичностью человека, так и давлением общества, диктующего определённую социальную, поведенческую модель функционирования. Систематическая борьба между своими потребностями и требованиями окружения с детства нарушает социализацию и, согласно теории «стресса меньшинств», повышает распространённость психической патологии [3].

Доказана высокая частота клинически значимой тревожности, депрессии, снижении социальных контактов,

самоповреждающего поведения и суицидальных попыток [4,5].

По данным Н. Н. Петровой (2013), у лиц с нарушением половой идентификации чаще встречаются среднетяжёлые и тяжёлые депрессивные расстройства с более высоким риском развития суицида в данной группе (67%) по сравнению с группой пациентов без гендерных нарушений (34%) [6].

По данным Peterson C. M. et al. (2017), у 58% пациентов 12–22 лет с диагнозом гендерной дисфории имелся дополнительный психиатрический диагноз, у 39,3% пациентов, как минимум, одна попытка суицида [4].

Практика в России демонстрирует высокую коморбидность транссексуализма с иными психическими заболеваниями, утяжеляющими течение как гендерной дисфории, так и самого психического заболевания, что ограничивает терапевтический эффект при игнорировании одного из коморбидных процессов (Старостина Е. А., 2020) [7].

При высоком запросе пациентов с гендерными нарушениями на медицинское сопровождение отсутствуют полноценные практические навыки и теоретические знания как в России, так и среди зарубежных коллег. В работе Johnston C. D. et al. (2017) 47% опрошенных студентов имели отрывочные знания по данному вопросу, 97% считали необходимым для себя получение сведений по работе с трансгендерными пациентами [8].

При изучении Shires D. A. et al. (2018) осведомленности по данному вопросу врачей общей практики 48% отмечали свою недостаточную компетентность и подготовку, 31% сообщили, что не считают себя подготовленными к оказанию плановой помощи трансгендерным пациентам [9].

Максимальный эффект по снижению гендерной дисфории с момента первых симптомов (как правило, в препубертатном периоде) можно ожидать от благоприятного социального окружения на всех этапах взросления (семья, школа, образовательные учреждения) до принятия решения о социальном переходе и медицинских вмешательствах [10]. Исследование детей с гендерными нарушениями, проведенное в Вашингтоне, продемонстрировало отсутствие разницы в психическом здоровье транс-детей и группой цисгендерных детей при поддержке семьи в переходе [11]. Авторы демонстрируют позитивное влияние социальной поддержки (семья, школа) в снижении симптомов депрессии и большей удовлетворённости жизнью и профилактике коморбидных психических заболеваний. (Simons et al. [12], Parodi et al. [13]).

Цель исследования — выявить потенциально обратимые клинические и социально-демографические факторы, влияющие на социальную адаптацию пациентов с ГН.

Материалы и методы

Был проведён ретроспективный анализ 926 карт пациентов с расстройством половой идентификации (гендерным несоответствием) MtF (Male-to-female, трансгендерные женщины) и FtM (Female-to-male, трансгендерные мужчины), обращавшихся в «Научный центр персонализированной медицины» (НЦПМ) г. Москва с запросом на

¹ <https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases>

гендерно-аффирмативные мероприятия с января 2014 г. по апрель 2021 г.

Дизайн исследования — ретроспективное исследование одномоментного среза.

Переменные

Изучены анамнез жизни, демографические характеристики (пол, место проживания до момента возникновения симптомов ГН, возраст на момент первичного обращения, образовательный уровень, трудовая деятельность, опыт брачных отношений, наличие детей, поддержка со стороны близких); динамика симптомов ГН (возраст

первых симптомов, возраст принятия себя трансперсоной, опыт «переделывания себя» и адаптации в биологическом поле; шаги по снижению гендерной дисфории до момента обращения за медпомощью); опыт приёма заместительной гормональной терапии; внешние данные обратившихся с точки зрения внешнего соответствия ассоциируемому полу (авторская шкала внешнего соответствия ассоциируемому полу (ВСАП), где 1 – нет соответствия, 3 – андрогинный или унисексуальный вид, 5 – полное внешнее соответствие); коморбидная психиатрическая патология (по данным анамнеза, катамнеза и оценке психического статуса на момент обращения); частота

Таблица / Table 1

Основные характеристики в общей группе трансгендерных лиц Main characteristics in general transgender patients' group

Параметр Parameter	Значение Value
Распределение по группам MtF и FtM (% , n) MtF – FtM ratio (% , n)	44,3–55,7% (411/515)
Проживание в городе/селе (% , n) Living in the city/rural territory (% , n)	57–43% (530/396)
Возраст обращения за помощью (лет) Age for medical care application (years)	24,0 [20;31]
Возраст первых симптомов ГН (лет) Age of the first gender dysphoria symptoms (years)	11,0 [6;12]
Возраст принятия себя трансгендерным человеком (лет) Age of acceptance oneself a transgender person (years)	17,0 [15;20]
Давность социализации в роли желаемого гендера (лет) Age of socialization as desired gender (years)	2,0 [1,0;4,0]
Приём гормональной терапии (% , n) Hormonal therapy usage (% , n)	50% (463/926)
Внешнее соответствие желаемому гендеру (баллы) Appearance congruence with the desired gender (points)	4,0 [3;5]
Вступление в брак (% , n) Marriage (% , n)	13,5% (123/926)
Наличие детей (% , n) Children (% , n)	8,0% (72/926)
Наличие поддержки близких (% , n) Support from the loved ones (% , n)	62,8% (615/926)
Попытки жить согласно паспортному полу (% , n) Attempts to live according to the passport gender (% , n)	66,8% (615/926)
Депрессивные эпизоды (% , n) Depressive episodes (% , n)	83,1% (767/926)
Аутоагрессия (% , n) Autoaggression (% , n)	38,5% (339/926)
Суицидальные попытки (% , n) Suicidal attempts (% , n)	12,6% (116/926)
Дополнительные психиатрические диагнозы (% , n) Additional psychiatric diagnoses (% , n)	24,5% (229/926)

Примечание: данные представлены в виде Me [Q1;Q3], либо в абсолютных числах и процентном соотношении.

Note: data are presented as Me [Q1;Q3], or in absolute numbers and percentages.

суицидальной активности в группах в зависимости от изучаемых позиций.

Для более подробной оценки клинических и демографических факторов, влияющих на качество жизни, данные анализировались с точки зрения возраста дебюта ГН, согласно этапам психосексуального развития по Г. С. Васильченко (парапубертатный (до 6 лет), препубертатный (7–13 лет), пубертатный (14–17 лет) и период становления сексуальности (старше 18 лет)).

Популяция

Анализировались данные 926 пациентов с жалобами на ГН с учётом диагностических критериев рубрик МКБ-10: F64/МКБ-11: HA60. Из 926 человек 40(4,3%) не соответствовали критериям диагноза «Транссексуализм» «Гендерное несоответствие» и были представлены разнородной группой пациентов с психотической симптоматикой, ведущим симптомом которой являлось желание «сменить пол». Соотношение групп FtM и MtF составило 515 человек (55,7%) и 411 человек (44,3%). Медиана возраста обратившихся составила 24 года (от 13 до 65 лет).

Статистическая обработка данных проведена в программе Statistica 10 для Microsoft (StatSoft Russia) с использованием параметрических и непараметрических методов анализа. В случае репрезентативной выборки значения приведены в виде среднего и стандартного отклонения $M \pm m$. В случае нерепрезентативной выборки значения приведены в виде медианы и 25-го и 75-го квартилей — $Me [Q1; Q3]$. Сравнение межгрупповых различий проводилось с использованием E-критерия Стьюдента или U-критерия Манна-Уитни. Для сравнения качественных признаков проводился анализ с использованием χ^2 Пирсона. При проверке статистических гипотез критический уровень значимости принимался равным 0,05.

Результаты

Пациенты распределены по гендерному признаку на две группы: MtF, $n=411$ (44,38%) и FtM, $n=515$ (55,62%). Средний возраст на момент обращения в НЦПМ составил 24,0 года (от 13 до 65 лет). Для MtF — 27,9 года (от 15 до 65), для FtM — 24,85 лет (от 13 до 47 лет). До момента принятия себя трансперсоной 43% проживали в селе, 57% — в городской местности. Большая часть, проживавших в селе, шаги по социализации в желаемом гендере начинали после переезда в крупные города в связи с нетолерантным окружением и потребностью оградить семью от негативных комментариев (табл. 1).

Как правило, большинство обратившихся выросло в полной семье: у 82,02% человек было двое родителей, один родитель — у 15,08%, а 2,09% были сиротами. У трети пациентов родители находятся в разводе при сохранении формального общения с бывшими членами семьи. Отказ от общения со стороны родителей выявлен у 15% обратившихся связи с неприятием семьей ситуации. 15% ($n=139/926$) пациентов, лишённых поддержки семьи, в серьёзных жизненных ситуациях получали эффективную помощь от друзей и активистов транссообщества

(помощь в предоставлении жилья, адаптация в социуме, трудоустройство, психологическая поддержка).

Образовательный уровень обратившихся пациентов преимущественно представлен высшим и средним специальным: высшее образование (44,2%, $n=410$) и среднее специальное (22,3%, $n=206$). Из всей выборки 15,5% ($n=143$) были студентами высших учебных заведений, 2,3% ($n=21$) — школьниками, 15,7% ($n=128$) имели только среднее образование и не приступали к дальнейшему обучению либо прекратили обучение в образовательных учреждениях из-за невозможности адаптации в коллективе при использовании паспортных данных до смены документов на желаемые.

Опыт смены документов на гендерно нейтральные в возрасте до 18 лет, до момента обращения за медицинской помощью, имели 6,3% ($n=58/926$) обратившихся. Наличие гендерно нейтральных паспортных данных у подростков в период до 18 лет значимо улучшало социализацию и позволяло снижать степень дисфории на паспортные данные до момента официального допуска к гендерно-аффирмативным мероприятиям.

Из всей группы трансгендерных пациентов *работали* 94,0% человек ($n=870$). В выбранных областях профессиональной деятельности преобладали те, которым позволяли работать удалённо, минимизируя социальный контакт, либо не требовали в рабочих моментах демонстрации паспортных данных. Часто при высоком уровне образования трансгендерные люди занимались малоквалифицированными видами труда в связи со сложностью трудоустройства из-за внешнего несоответствия, страха нетолерантного отношения со стороны потенциальных работодателей и коллег.

Первые проявления ГН у MtF и FtM стартовали у 61,6% ($n=571$) — в препубертатном периоде (от 7 до 13 лет), в 26,4% ($n=246$) — в парапубертатном периоде (до 6 лет), в 10,3% ($n=96$) — в пубертатном периоде (с 14 до 17 лет, средний возраст — $14,6 \pm 0,85$), в 1,4% ($n=13$) — дебют во взрослом возрасте (от 18 лет и старше), средний возраст первых симптомов ГН в данной группе составил $25,7 \pm 9,2$ лет.

Средний возраст принятия себя трансгендерным человеком составил 17,0 лет [15;20]. Шаги по снижению гендерной дисфории и получению специализированной помощи, как правило, совершаются после 20 лет. Средний возраст обращения за медицинской помощью с целью доступа к гендерно-аффирмативным мероприятиям — 24 года.

Лица FtM продемонстрировали более раннее начало симптомов ГН, чем пациенты MtF ($9,3 \pm 3,7$ лет в сравнении с $10,6 \pm 4,5$ лет, $p=0,000$), что приводило к более раннему принятию себя трансгендерным человеком ($17,2 \pm 4,02$ лет против $19,9 \pm 6,8$ лет у MtF, $p=0,000$) и более раннему обращению за медицинской помощью ($24,8 \pm 6,9$ года против $27,9 \pm 9,1$ лет соответственно, $p=0,000$).

В группе с поздним обращением за медицинской помощью преобладают лица MtF, а также лица, проживавшие в сельской местности без возможности доступа к специалистам, владеющим информацией по порядкам и правилам оказания помощи трансгендерным людям.

Подавляющее большинство пациентов с гендерными нарушениями (87,4%, $n=797$ из 911) на момент обращения

уже жили в желаемой гендерной и социальной роли от полутора до 30 лет (медиана 2,0 [1,0;4,0] лет), носили соответствующую одежду, аксессуары, причёски, говорили о себе в соответствующем гендере, что несколько снижало степень выраженности гендерной дисфории, но лишало возможности использовать документы для социального взаимодействия.

Внешнее соответствие желаемому гендеру по шкале от 1 до 5 (баллы) составило в среднем 4,0 балла [3;5]. Доля MtF и FtM с убедительным внешним соответствием составила 41,51% и 58,49%. В группе с ранним началом первых симптомов ГН (до 6 лет), показатель внешнего соответствия составил 4,2±0,81 балл по шкале ВСАП. При старте первых симптомов ГН в более старшем периоде (от пубертатного (от 14 до 17 лет)) и старше, внешнее соответствие ассоциируемому гендеру было ниже и составило 3,2±1,06 баллов. Более гармоничный внешний вид имели пациенты, у которых отмечен более ранний дебют гендерных нарушений.

Максимальной проблемой у лиц с ГН на этапе социального перехода (внешнего соответствия желаемому гендеру), является получение плановой и экстренной медицинской помощи в связи с наличием разницы внешности и данных паспорта. Исход обращения за медицинской помощью зависел от информированности в данной области специалистов и их индивидуальной толерантности.

По данным анкетирования, отказывались от прохождения плановых медицинских осмотров 490 (63%) пациентов. Большую часть из них (73%) составляли лица FtM часто на фоне самостоятельно начатой гормонотерапии и достигнутой внешней маскулинизации. При госпитализации по экстренным показаниям в стационары многие пациенты вынуждены находиться в палатах, соответствующих данным паспорта, испытывая дополнительный дистресс, попадая в центр общественного внимания и, часто, критики, что заставляло прерывать курсы лечения ранее положенного.

Многие из пациентов с ГН переживали опыт «адаптации» в предписанной социальной и половой роли. Попытки «переделать себя» отмечали 66,8% лиц всей популяции. Так, при старте первых симптомов ГН в парапубертате (до 6 лет) пытались «стать, как все» 58,1% лиц (n=143); в препубертате (до 13 лет) — 71,6% (n=409); в пубертатном периоде — (14–17 лет) 70,8% (n=68); в возрасте старше 18 лет — 23% лиц (n=3).

Данный опыт был необходим пациентам для понимания своих особенностей и оценки возможностей подстраивания под запросы общества на фоне ГН. Длительность этих этапов была различна, но во всех случаях прекращалась из-за нарастания дисфории на социальную роль, нарастания суицидальных мыслей в связи с прогрессированием нежелательных внешних изменений тела и фигуры, либо устранении причины, заставляющей откладывать переход (принятие родителями, появление материальной независимости, получение адекватной информации, смена места жительства и др.).

Попытки адаптироваться в биологической роли, «подстраивание под запросы общества» сопровождалось эпизодами аутоагрессии, депрессивными переживаниями и суицидальными попытками (72% (n=83 из 116)). При анализе суицидальной активности у лиц, прошедших этап

адаптации в биологическом поле, частота суицидальных попыток выше, чем у лиц, не предпринимавших данных попыток. Частота суицидальных попыток выше у MtF 15,2% (n=62 из 406), против 10,6% (n=54 из 509).

В периоды попыток жить социальной ролью, предпринятой при рождении, часть лиц с ГН вступали в брак. Браки создавались «по необходимости», по настоянию родителей в периоды переделки себя, «чтобы попробовать жить, как все», «в надежде найти понимание партнера и не быть одиноким». Минимальный показатель вступления в брак в группах с началом ГН в парапубертатном периоде (до 6 лет) и препубертатном (с 7 до 13 лет): 12,1% (n=30) и 12,2% (n=70) соответственно. В группе со стартом ГН в возрасте 14–17 лет частота вступления в брак составила 35,4% (n=34). Максимальная частота браков наблюдалась у лиц со стартом первых симптомов ГН в возрасте старше 18 лет (23%, n=3). Всего в браках рождено 102 ребенка. Суицидальный опыт у лиц с ГН был максимальным в группах, не вступавших в брак, одиноким — 76,7% (n=89 из 116), не имевших детей — 87,0 (n=101 из 116). В обеих группах значимо преобладают лица MtF (88,2% среди одиноким и 53% среди имевших детей).

Социальные причины, являющиеся частыми триггерами для аутоагрессии и суицидальной активности, по данным анкет пациентов, были вызваны отказом родителей принимать ситуацию и «воспитательные меры», буллинг в школьной среде, включая отношение педагогов, ощущением одиночества и безысходности в период отсутствия адекватной информации об аналогичных людях, отказом от терапии коморбидных психических заболеваний в связи со страхом неприятной ситуации или неподготовленности специалистов.

Большая часть трансгендерных пациентов имела в прошлом или на момент обращения депрессивные эпизоды (83,1% в общей группе), примерно у трети (38,5%) отмечалась аутоагрессия (самоповреждения, прижигание, рискованное поведение и др.). На 1 пациента с суицидальным опытом приходится 1,3 суицидальных попыток (от 1 до 5). Попытки суицида зафиксированы у 12,5% пациентов (n=116 из 926), при этом количество суицидальных попыток составляет 125, что больше 1 попытки на человека.

Высокий показатель суицидальной активности выявлен в группе с ярко выраженным клиническим синдромом гендерной дисфории, ранее описываемый как «ядерная форма транссексуализма», и составила 50% (n=58 из 116) в данной группе. При этом «краевые», более мягкие формы ГН дали 45% (n=55 из 116), и 3 случая (2,6%) составила суицидальная активность у пациентов, не вошедших по критериям диагностики в группу «Транссексуализм»/«Гендерное несоответствие».

Дополнительные психиатрические диагнозы в анамнезе и на момент осмотра (коморбидная психиатрическая патология) имелись у 24,5% (n=229 из 926) пациентов и представлены тремя группами заболеваний.

Первая группа (6,2%, n=58/926) представлена потенциально обратимыми невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами и значимо снижались на фоне социального перехода, медицинского сопровождения и фармакотерапии.

Вторая группа (14,1%, n=131/926) — фоновые психические заболевания, не являющиеся причиной ГН, но

утяжеляющие социальную адаптацию пациентов с ГН. Многие пациенты прошли этапы работы с психологами, психотерапевтами, получали длительные курсы терапии антипсихотиками и антидепрессантами с редукцией симптомов коморбидной патологии, но сохранении симптомов гендерной дисфории, что позволяло пациентам принимать осознанные решения по мере стабилизации психического состояния. Большая часть данных пациентов привержена длительной терапии и наблюдается психиатрами годами.

Третья группа (4,3%, $n=40/926$) — иные психические состояния с «идеями смены пола». Максимально представлена среди пациентов с поздним, часто спонтанным, дебютом симптомов ГН в 18 и более лет (92,3%), достоверно чаще встречались в группе биологических мужчин ($p=0,01$). При более детальном обследовании, при проведении клинического и экспериментально-психологического обследования на первый план, как правило, выходили потенциально обратимые операционные нарушения мышления, либо продуктивные симптомы, требующие фармакологической коррекции и последующей оценки симптомов ГН.

Анализ влияния коморбидной и иной психиатрической патологии на суицидальную активность: 51,3% пациентов, имевших суицидальный опыт ($n=59/116$), имели дополнительный психиатрический диагноз либо находились в психотическом состоянии на момент обращения.

Пациенты с более ранним стартом симптомов ГН чаще имели поддержку со стороны окружающих (семья, друзья, близкие люди). Так, при старте ГН в возрасте парабуртат (до 6 лет) поддержку имели 71,6%, в препубертате (7–13 лет) — 70,8% лиц, в пубертатном периоде (14–17 лет) — в 41,6% случаев, при старте гендерного ГН после 18 лет поддержку близких имели лишь 15,3% ($n=2$).

Более чем в 2 раза реже попытки суицида совершали лица, состоявшие в браке и имевшие детей (8,3%, $n=48$ из 573), по сравнению с одинокими пациентами 19,9% ($n=68$ из 341).

Реже отмечалась суицидальная активность у пациентов с внешними данными, соответствующими желаемому гендеру, с высоким баллом по шкале ВСАП. При 4–5 баллах внешнего соответствия суицидальные попытки совершали 10,7% ($n=67$ из 622), при внешнем соответствии от 1 до 3 баллов — 16,7% ($n=49$ из 292), $p=0,001$ по χ^2 Пирсона.

Обращает на себя внимание высокий процент лиц, начавших самостоятельную гормональную терапию до обращения за допуском к гендерно-аффирмативным мероприятиям, составивший 50% (463/926). На заместительной гормональной терапии находились 73,7% ($n=303/411$) MtF и 31,1% ($n=160/515$) FtM. Наличие терапии гормонами желаемого пола способствовало появлению внешних черт желаемого гендера, снижало степень дисфории, улучшало социализацию, но часто приводило к нежелательным эффектам при отсутствии врачебного сопровождения.

Низкая суицидальная активность отмечена при раннем обращении за медицинской помощью, а также при более ранних шагах по адаптации в желаемом гендере.

Причины, влияющие на возраст обращения к специалистам (от 13 до 65 лет в нашем исследовании) при

стандартных этапах развития ГН: наличие доступа в информационное пространство (интернет, СМИ), что стало возможным для потребителей с момента получения личного доступа к компьютеру, подключённому к интернету, либо при просмотре телепередач на данные темы. Часто до появления компьютерных технологий информация получалась в негативном контексте, что затрудняло понимание ситуации и продлеvalo периоды «жизни между полами» или заставляло начинать рискованную самостоятельную гормонотерапию по советам случайных знакомых либо откладывать шаги по снижению гендерной дисфории до момента получения реальной информации. Так, по данным нашего исследования, лица, обратившиеся к нам за помощью в возрасте после 40 лет, впервые узнали о своих особенностях и возможностях по доступу к мероприятию по снижению дисфории на фоне ГН в возрасте после 23 лет, в период завершения этапа формирования вторичных половых признаков, часто при наличии семьи, работы, требующей строгого соблюдения внешних феминных или маскулиных рамок поведения. Многие обратившиеся за помощью описывали этапы до момента получения адекватной информации как «вынужденную игру», «выживание», «ожидание, когда ребёнок сможет понять ситуацию», «период манипуляции близкими и риском лишиться поддержки семьи или прав родительства».

Низкое качество социальной жизни пациентов с ГН (трудности в получении медицинской помощи, трудоустройстве, социализации), являясь причиной миграции в страны с более лояльными условиями жизни для транс-персон. 12% пациентов с высоким образовательным цензом и опытом работы находились на стадии подготовки к выезду за пределы РФ, 5% ($n=46/926$) жили и работали в других странах.

Обсуждение

Среди 926 пациентов преобладают транс-мужчины, (FtM). Пациенты с гендерными нарушениями имеют высокий уровень образования, но вынуждены работать на низкоквалифицированных видах труда, уровень профессиональной и социальной адаптации зависит от социального окружения. Ранние симптомы ГН препятствуют процессу обучения и получения профессиональных навыков до смены документов.

Доступ к своевременной медицинской помощи возможен в центральных городах России, затруднён в периферийных городах, практически недоступен в сельской местности.

В процессе социализации в школьных коллективах отсутствуют информированные в вопросах ГН педагоги, что осложняет процесс адаптации детей с ГН и провоцирует социофобические и невротические реакции. Пациенты с ГН, стартовавшим в пара- и препубертатном периоде, часто не продолжают обучение до смены документов на желаемые данные. Часть пациентов с целью ослабления социальной дисфории до получения помощи по вопросам ГН прибегают к смене данных паспорта на гендерно-нейтральные.

Около 80% пациентов имели опыт жизни в осознаваемом поле, 50% находятся на заместительной гормональной терапии, что позволяет иметь желаемые внешние

данные, что снижает степень гендерной дисфории и улучшает социализацию.

Продemonстрирована высокая суицидальная активность (72%) при попытках социализации в биологическом поле, «переделывания себя», а также при ярко выраженных симптомах гендерной дисфории (до 50% случаев, несмотря на понимание своих особенностей). Минимальный процент суицидальной активности выявлен в группе пациентов, не попадающих под критерии F64/НА6.

Учитывая полученные данные о преобладании в изучаемой группе лиц с возрастом первых симптомов ГН в допубертатном периоде, стоит принять факт об отсутствии значимого влияния воспитания, роли социума, интернет-ресурсов в развитии у детей нарушений полового самосознания в период, предшествующий пубертату. В данный период (до 13 лет) дети, как правило, находятся под влиянием родителей, не имеют возможности принимать значимые для себя решения, но испытывают чувство дискомфорта от выполняемой роли, не понимая причины для этого. Часто эти состояния сопряжены и идеями «уродства, сумасшествия», что заставляет ребёнка контролировать свои шаги и более демонстративно проявлять качества ровесников своего пола.

С учётом вышесказанного с целью улучшения социальной адаптации и профилактики эмоциональных и психологических переживаний у лиц с ГН, помощь возможна на следующих уровнях:

1. *Семья.* Родители должны внимательно относиться к нестандартному поведению ребёнка, стремиться создать доверительные отношения и выявить причины дискомфорта или нестандартных поведенческих и эмоциональных реакций, своевременно получить консультацию специалиста по ГН, не прибегая к жестким ограничениям и наказаниям за нетипичность поведения. При подозрении на ранние симптомы ГН — внимательно и корректно подходить к общению с ребёнком, желательно использовать гендерно нейтральные имена, шуточные псевдонимы, которые будут комфортны как для ребёнка, так и для всей семьи. Рекомендуем покупать максимально нейтральную по стилю одежду, аксессуары при нежелании ребенка внешне соответствовать лицам своего пола. Родители должны попытаться оградить ребенка от некорректных комментариев и вопросов со стороны непосвященной публики. В обязательном порядке следует озвучить педагогам особенности ребенка и методы по снижению стресса в конкретных ситуациях. При сложностях обучения на фоне гендерной дисфории в школе (использование имени, сложность посещения туалета, стеснение при использовании раздевалок, буллинг), желательно принять меры по минимизации стрессов для ребёнка (перевод на очно-заочное, индивидуальное, дистанционное, домашнее обучение). При выраженной дисфории на внешние телесные изменения, отказе от общения, нарастании депрессивных переживаний — рассмотреть вопрос медикаментозной помощи до устранения симптоматики под наблюдением психотерапевта или психиатра. Детям с неприятием своих паспортных данных рекомендована смена паспортных данных на гендерно нейтральные для облегчения социального общения. При сложностях социализации в период выбора профессии и планирования

будущей профессиональной активности желательно выбирать специальность, позволяющую минимизировать при очном общении персонализированные данные.

2. *Образовательные учреждения.* Педагоги должны иметь знания об особенностях детей и подростков с ГН, что позволит избегать сложных ситуаций для ребенка в группе ровесников. Желательно использовать «сильные стороны» и способности ребенка, даже если это нетипично для биологического пола (для мальчиков с ГН — вовлечение в театральные и творческие мероприятия, для девочек — подбирать задания, которые требуют ответственности, контроля, опеки над слабыми). Значимость ребенка с ГН в определённой сфере поможет поднять самооценку и снизит риски социальной отгороженности.

3. *Медицинское сообщество.* Задачей специалистов, имеющих практический опыт работы с лицами с ГН, является грамотное и методичное информирование медицинского сообщества об особенностях данной группы лиц, рисках стигматизации, ятрогений и суицидального поведения при некорректном обращении с пациентом с ГН. Особая задача медицинских работников стоит в грамотном донесении информации до педагогов и психологов об особенностях детей с ранними, часто неосознаваемыми, симптомами ГН в детских коллективах. При явных симптомах ГН с детского и подросткового возраста рекомендованы мероприятия по социальной адаптации в желаемом гендере (унисексуальный вид) с целью снижения рисков формирования расстройств адаптации, депрессий, аутоагрессивных и суицидальных тенденций. При выявлении коморбидного хронического психического заболевания, ещё более затрудняющего обучение и социализацию, — принять меры по подбору плановой терапии коморбидного состояния. При обращении пациента с острой психотической симптоматикой, в структуре которой имеются идеи смены пола, — постараться достичь комплаентности и сотрудничества на период терапии и наблюдения с последующей оценкой психического состояния и выявления симптомов ГН. При обращении пациента с ГН старшей возрастной группы следует понимать особенности данной группы: пережитые ранее стрессы и возможные риски для данной категории, связанные с поздним информированием, сформированным кругом общения, часто не готовым принять изменения, сложность в достижении внешних характеристик осознаваемого гендера в связи с завершившимся этапом формирования внешних и вторичных половых признаков, частой соматической и психической отягощенностью.

4. *Пациентские организации.* В настоящее время пациентские организации становятся полноправными участниками диалога с медицинским сообществом и государством по вопросам развития системы здравоохранения в конкретной специфической проблеме как в плане соматического, так и психического здоровья. Особенность пациентских организаций трансгендерных людей — это консультации в формате «равный — равному», что позволяет людям получить своевременную поддержку и информирование о своей проблеме от человека с сопоставимым опытом (помощь в принятии себя, адаптации окружения, возможности получения

доступной медицинской помощи для лиц с ГН в конкретном регионе). Получение информации из первых уст с описанием оптимальных стратегий и проблем транс-перехода, рисков, способствует снижению социальной депривации и социофобии, более успешному решению личных проблем.

Выводы

Среди обратившихся за гендерно-аффирмативной медицинской помощью 44,38% пациентов были MtF, 55,62% были FtM. Средний возраст на момент обращения составил 24,0 года (от 13 до 65 лет). Образовательный уровень пациентов преимущественно представлен высшим (44,2%) и средним специальным (22,3%) образованием, 43% лиц проживали в селе, 57% — в городской местности. Большинство обратившихся выросло в полной семье (82,02%).

Первые проявления ГН у транс-пациентов стартовали преимущественно в препубертатном (26,4%) и парапубертатном (61,6%) периоде (до 13 лет). Средний возраст принятия себя трансгендерным человеком составил 17,0 лет. Шаги по снижению гендерной дисфории и получению специализированной помощи, как правило, совершаются после 20 лет. Средний возраст обращения за медицинской помощью с целью доступа к гендерно-аффирмативным

мероприятиям 24 года. Подавляющее большинство пациентов с гендерными нарушениями (87,4%) на момент обращения уже жили в желаемой гендерной и социальной роли от полутора до 30 лет. Доля MtF и FtM с убедительным внешним соответствием желаемому гендеру составила 41,51% и 58,49%.

Большая часть трансгендерных пациентов имела депрессивные эпизоды (83,1%), у трети (38,5%) отмечалась аутоагрессия. Дополнительные психиатрические диагнозы (коморбидная психиатрическая патология) имелись у 24,5% пациентов, представленные тремя группами заболеваний: первая группа (6,2%) — потенциально обратимые невротические расстройства, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами; вторая группа (14,1%) — фоновые психические заболевания, не являющиеся причиной ГН, но утяжеляющие социальную адаптацию пациентов с ГН; третья группа (4,3%) — иные психические состояния с «идеями смены пола» максимально представлена среди пациентов с поздним дебютом симптомов ГН в 18 и более лет (92,3%).

Улучшения социальной адаптации и профилактики эмоциональных и психологических переживаний у лиц с ГН, помощь возможна на нескольких уровнях (семья, образовательные учреждения, медицинское сообщество, пациентские организации).

ЛИТЕРАТУРА

1. Fuss J, Auer MK, Briken P. Gender dysphoria in children and adolescents: a review of recent research. *Curr Opin Psychiatry*. 2015;28(6):430-4. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000203
2. Макарова Е.В., Соловьева Н.В., Креницкая С.А. Проблема применения гормональной терапии, направленной на коррекцию пола, трансгендерными лицами по собственной инициативе. *Проблемы Эндокринологии*. 2022;68(2):40-47. DOI: 10.14341/probl12806
3. Atkinson SR, Russell D. Gender dysphoria. *Aust Fam Physician*. 2015;44(11):792-6. PMID: 26590617.
4. Peterson CM, Matthews A, Copps-Smith E, Conard LA. Suicidality, Self-Harm, and Body Dissatisfaction in Transgender Adolescents and Emerging Adults with Gender Dysphoria. *Suicide Life Threat Behav*. 2017;47(4):475-482. DOI: 10.1111/sltb.12289
5. Modrego Pardo I, Gómez Balaguer M, Hurtado Murillo F, Cuñat Navarro E, Solá Izquierdo E, Morillas Ariño C. Self-injurious and suicidal behaviour in a transsexual adolescent and young adult population, treated at a specialised gender identity unit in Spain. *Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed)*. 2021;68(5):338-345. DOI: 10.1016/j.endinu.2020.04.006
6. Петрова Н.Н., Задорожная М.С. Особенности суицидального поведения и нарушения гендерной аутоидентификации у пациентов с юношескими депрессиями. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2013;(3):59-64. eLIBRARY ID: 20401797

REFERENCES

1. Fuss J, Auer MK, Briken P. Gender dysphoria in children and adolescents: a review of recent research. *Curr Opin Psychiatry*. 2015;28(6):430-4. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000203
2. Makarova E.V., Solovieva N.V., Kremenitskaya S.A. The problem of the use of hormonal therapy aimed for sex correction by transgender persons on their own initiative. *Problems of Endocrinology*. 2022;68(2):40-47. (In Russ.) DOI: 10.14341/probl12806
3. Atkinson SR, Russell D. Gender dysphoria. *Aust Fam Physician*. 2015;44(11):792-6. PMID: 26590617.
4. Peterson CM, Matthews A, Copps-Smith E, Conard LA. Suicidality, Self-Harm, and Body Dissatisfaction in Transgender Adolescents and Emerging Adults with Gender Dysphoria. *Suicide Life Threat Behav*. 2017;47(4):475-482. DOI: 10.1111/sltb.12289
5. Modrego Pardo I, Gómez Balaguer M, Hurtado Murillo F, Cuñat Navarro E, Solá Izquierdo E, Morillas Ariño C. Self-injurious and suicidal behaviour in a transsexual adolescent and young adult population, treated at a specialised gender identity unit in Spain. *Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed)*. 2021;68(5):338-345. DOI: 10.1016/j.endinu.2020.04.006
6. Petrova N., Zadorozhnaya M. Features suicidal behavior and violation of gender autoidentification in patients with adolescent depression. V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology. 2013;(3):59-64. (In Russ.). eLIBRARY ID: 20401797

7. Старостина Е.А., Ягубов М.И. К вопросу о нарушении половой идентичности при транссексуализме и расстройствах шизофренического спектра. *Российский психиатрический журнал*. 2019;(5):22-30. DOI: 10.24411/1560-957X-2019-11942
8. Player M, Jones A. Compulsory Transgender Health Education: The Time Has Come. *Fam Med*. 2020;52(6):395-397. DOI: 10.22454/FamMed.2020.647521
9. Shires DA, Stroumsa D, Jaffee KD, Woodford MR. Primary Care Clinicians' Willingness to Care for Transgender Patients. *Ann Fam Med*. 2018;16(6):555-558. DOI: 10.1370/afm.2298
10. Alegría C.A. Supporting families of transgender children/youth: Parents speak on their experiences, identity, and views. *International Journal of Transgenderism*. 2018;19(2):132-143, DOI: 10.1080/15532739.2018.1450798
11. Olson KR, Durwood L, DeMeules M, McLaughlin KA. Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. *Pediatrics*. 2016;137(3):e20153223. DOI: 10.1542/peds.2015-3223
12. Simons L, Schrager SM, Clark LE, Belzer M, Olson J. Parental support and mental health among transgender adolescents. *J Adolesc Health*. 2013;53(6):791-3. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2013.07.019
13. Parodi KB, Holt MK, Green JG, Katz-Wise SL, Shah TN, et al. Associations between school-related factors and mental health among transgender and gender diverse youth. *J Sch Psychol*. 2022;90:135-149. DOI: 10.1016/j.jsp.2021.11.004
7. Starostina EA, Yagubov MI. [On the issue of gender identity disorder in transsexualism and schizophrenia spectrum disorders]. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal [Russian Journal of Psychiatry]*. 2019;(5):22-30. (In Russ.). DOI: 10.24411/1560-957X-2019-11942
8. Player M, Jones A. Compulsory Transgender Health Education: The Time Has Come. *Fam Med*. 2020;52(6):395-397. DOI: 10.22454/FamMed.2020.647521
9. Shires DA, Stroumsa D, Jaffee KD, Woodford MR. Primary Care Clinicians' Willingness to Care for Transgender Patients. *Ann Fam Med*. 2018;16(6):555-558. DOI: 10.1370/afm.2298
10. Alegría C.A. Supporting families of transgender children/youth: Parents speak on their experiences, identity, and views. *International Journal of Transgenderism*. 2018;19(2):132-143, DOI: 10.1080/15532739.2018.1450798
11. Olson KR, Durwood L, DeMeules M, McLaughlin KA. Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. *Pediatrics*. 2016;137(3):e20153223. DOI: 10.1542/peds.2015-3223
12. Simons L, Schrager SM, Clark LE, Belzer M, Olson J. Parental support and mental health among transgender adolescents. *J Adolesc Health*. 2013;53(6):791-3. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2013.07.019
13. Parodi KB, Holt MK, Green JG, Katz-Wise SL, Shah TN, et al. Associations between school-related factors and mental health among transgender and gender diverse youth. *J Sch Psychol*. 2022;90:135-149. DOI: 10.1016/j.jsp.2021.11.004

Информация об авторах

Соловьева Надежда Валентиновна, генеральный директор, врач-психиатр, Научный центр персонализированной медицины, научный сотрудник Национальный НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко, Москва, Россия, drsnv@yandex.ru <http://orcid.org/0000-0003-2965-9127>

Креницкая Светлана Анатольевна, врач-психиатр Научный центр персонализированной медицины, научный сотрудник Национальный НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко, Москва, Россия, kremenickaya@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0003-0047-0291>

Макарова Екатерина Владимировна, к.м.н., врач-эндокринолог Научный центр персонализированной медицины, старший научный сотрудник Национальный НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко, Москва, Россия, rue-royal@inbox.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3767-8475>

Вклад авторов

Соловьева Н.В. — концепция исследования, сбор материала;

Креницкая С.А. — сбор материала, обработка данных, написание текста статьи;

Макарова Е.В. — сбор материала, редактирование и оформление рукописи по требованиям.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Information about the authors

Nadezhda V. Solovieva, general director, psychiatrist, Scientific Center for Personalized Medicine; researcher, N. A. Semashko National Research Institute of Public Health; Moscow, Russia; drsnv@yandex.ru <http://orcid.org/0000-0003-2965-9127>

Svetlana A. Kremenitskaya, psychiatrist, Scientific Center for Personalized Medicine; researcher, N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia; kremenickaya@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0003-0047-0291>

Ekaterina V. Makarova, Cand. Sci. (Med.), endocrinologist, Scientific Center for Personalized Medicine; senior researcher, N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia; rue-royal@inbox.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3767-8475>

Authors' contribution

Solovieva N.V. — concept of the study, collection of material;

Kremenitskaya S.A. — collection of material, data processing, writing article text;

Makarova E.V. — collection of material, editing the manuscript according to the requirements

Conflict of interest

Authors declares no conflict of interest.

Поступила в редакцию / Received: 07.05.2022

Доработана после рецензирования / Revised: 20.06.2022

Принята к публикации / Accepted: 17.08.2022