

Обзор

УДК: 616.89-008.442.36

<https://doi.org/10.21886/2219-8075-2022-13-3-83-92>

## Персонализированный характер трансгендерной медицины как препятствие к разработке клинических рекомендаций по гендерному несоответствию на основе принципов доказательной медицины

Я. Кирей-Ситникова

*Евразийская коалиция по здоровью, правам, гендерному и сексуальному многообразию, Таллинн, Эстония**Автор, ответственный за переписку: Яна Кирей-Ситникова, yana.kirey.sitnikova@gmail.com*

**Аннотация.** Медицинские процедуры гендерного перехода обладают доказанной эффективностью в снижении гендерной дисфории, однако механизмы из воздействия до конца не известны. Заместительная гормональная терапия (ЗГТ) и хирургические вмешательства изменяют половые признаки, восприятие которых самим человеком и вносит, согласно биомедицинской модели, основной вклад в снижение гендерной дисфории. Другим, менее изученным, механизмом возникновения гендерной дисфории является восприятие окружающими человека как представителя не того пола и/или их негативная реакция. Для проведения эпидемиологических исследований высокого качества необходимо учитывать и уметь измерять такие промежуточные исходы, как степень феминизации/маскулинизации и гендер, в котором воспринимается человек. Половые признаки человека поддаются измерению, в связи с чем теоретически возможно разработать шкалу феминизации-маскулинизации, однако задача осложняется тем, что не все половые признаки вносят одинаковый вклад в восприятие человека окружающими как женщины или мужчины, в связи с чем они должны входить в шкалу с разными коэффициентами. Хотя такие коэффициенты могут быть получены из контролируемых экспериментов, в реальном мире атрибуция гендера зависит от многочисленных социальных факторов. Реакция окружающих на воспринимаемый гендер человека является дополнительным социальным фактором, вносящим вклад в социальную гендерную дисфорию. Отдельной проблемой является установление биологических факторов, влияющих на эффективность ЗГТ в феминизации и маскулинизации.

**Ключевые слова:** трансгендерность, транссексуализм, гендерная дисфория, гендерное несоответствие, персонализированная медицина, эпидемиология.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Для цитирования:** 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. DOI 10.21886/2219-8075-2022-13-3-83-92

## Personalized character of transgender medicine as a barrier to development of evidence-based clinical practice guidelines on gender incongruence

Y. Kirey-Sitnikova

*Eurasian Coalition on Health, Rights, Gender and Sexual Diversity, Tallinn, Estonia**Corresponding author: Yana Kirey-Sitnikova, yana.kirey.sitnikova@gmail.com*

**Abstract.** Gender transition medical procedures are effective in alleviating gender dysphoria. However, their mechanisms of action are not yet fully understood. Hormone-replacement therapy (HRT) and surgeries modify sex characteristics. According to the biomedical model, perception of one's own sex characteristics is the primary contributor to gender dysphoria. Perception of the person in the wrong gender by others and/or their negative reaction is another (and less explored) mechanism leading to gender dysphoria. In order to conduct high-quality epidemiological studies, it is vital to take into consideration and measure intermediate outcomes, such as the degree of feminization/masculinization and the person's perceived gender. Sex characteristics are measurable, so it is possible to develop a feminization/masculinization scale. However, the task is complicated by the fact that various sex characteristics contribute unequally to the person's perceived gender, for which reason they should enter the scale with different coefficients. While such coefficients might be derived from controlled experiments, gender attribution in the real world depends on innumerable social factors. Reaction by others on the person's perceived gender is an additional factor affecting social gender dysphoria. Determining biological factors affecting the effectiveness of HRT in feminization and masculinization is a separate problem.

**Keywords:** transgender, transsexual, gender dysphoria, gender incongruence, personalized medicine, epidemiology

**Financing.** The study did not have sponsorship.

**For citation:** Kirey-Sitnikova Y. 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*. 2022;13(3):83-92. DOI 10.21886/2219-8075-2022-13-3-83-92

### Вступление

Смена пола (гендерный переход) представляет собой комплексную социальную, медицинскую и юридическую проблему. Многие, хоть и не все, трансгендерные люди используют медицинские вмешательства для приведения своего тела к стандартам, характерным для того пола, с которым они себя идентифицируют. Для стандартизации и повышения качества медицинских услуг в сфере гендерного перехода в России разрабатываются клинические рекомендации [1]. Такие рекомендации должны основываться на принципах доказательной медицины, то есть эффективность и безопасность рекомендуемых вмешательств должна быть доказана эпидемиологическими исследованиями высокого качества.

Неучёт немедицинских (социальных) факторов ранее упоминался как причина низкого качества доступных исследований и, как следствие, препятствие к написанию клинических рекомендаций [2]. Однако проблема гораздо шире. В международных рекомендациях, издаваемых Всемирной профессиональной ассоциацией по трансгендерному здоровью (WPATH), подчёркивается индивидуальный характер медицинских вмешательств, которые требуются трансгендерным пациентам [3]. В то время как одним людям достаточно приёма гормональных препаратов, другие прибегают к многочисленным операциям, тогда как третьим не требуется ни то, ни другое. Таким образом, вся трансгендерная медицина по сути является персонализированной медициной. Применение стандартных методов эпидемиологии в этой ситуации затруднительно из-за сильной гетерогенности выборки. Хотя доказательная и персонализированная медицина могут восприниматься как взаимно несовместимые направления, в фармакоэпидемиологии был предложен ряд подходов для изучения вариативности ответа на препарат, позволяющих стратифицировать выборку [4]. Однако для того, чтобы стратифицировать выборку, необходимо хотя бы в общих чертах представлять себе механизмы возникновения индивидуального ответа. В сфере трансгендерной медицины, хотя эффективность медицинских вмешательств в лечении гендерной дисфории доказаны [5–7], механизмы такого воздействия в точности не известны и почти не обсуждаются в литературе. Целью обзора является прояснение механизмов воздействия гормональных препаратов и операций на гендерную дисфорию и гендерное несоответствие, обсуждение сложностей, возникающих при дизайне эпидемиологических исследований, вызванных персонализированным характером трансгендерной медицины, обсуждение возможностей измерения исходов и промежуточных факторов для дизайна эпидемиологических исследований.

### Механизмы воздействия в эпидемиологических исследованиях по трансгендерной медицине

Диагноз «гендерное несоответствие» был введён в МКБ-11 на смену диагнозу «транссексуализм» (МКБ-10),

обозначая отличие гендерной идентичности (самоощущения как женщины, мужчины или представителя другого гендера) от биологического пола. Близкий термин — «гендерная дисфория» — обозначает «дистресс, который может сопровождать несоответствие между ощущаемым или выражаемым гендером человека и полом, приписанным ему при рождении», согласно 5-й версии Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-5). Термин «гендерное несоответствие» шире, чем «гендерная дисфория», в том смысле, что включает в себя и другие этиологии «несоответствия», например, «гендерную эйфорию» [8]. Некоторые трансгендерные люди прибегают к медицинским процедурам не из-за психологических причин, а для соответствия принятым стандартам внешнего вида [9] или (в случае трансгендерных секс-работников) для привлечения клиентов [10]. Также во многих странах медицинские вмешательства по-прежнему являются обязательным условием для изменения гражданского пола [11], в связи с чем к ним прибегают люди, которые в них могут не нуждаться по психологическим причинам. Тем не менее, в большинстве эпидемиологических исследований именно термин «гендерная дисфория» как более устойчивый используется в качестве зависимой переменной.

Медицинские процедуры гендерного перехода (МППГ) направлены на подавление первичных и вторичных половых характеристик исходного пола и формирование характеристик желаемого пола, что во многих случаях приводит к снижению гендерной дисфории. Основными МППГ являются заместительная гормональная терапия (ЗГТ) и хирургические операции.

Как правило, при фармакологическом лечении — если мы говорим о современной фармакологии, а не традиционной медицине — известны молекулярные механизмы действия препарата на биологические мишени, приводящие к желаемому ответу. Это равно справедливо при лечении проблем в сфере как физического здоровья, так и ментального. В то же время хирургические операции в большинстве случаев направлены на исправление больных участков тела и, как следствие, уменьшение страданий. Гендерное несоответствие в этом плане представляет собой крайне нетипичную проблему, поскольку, во-первых, ЗГТ не воздействует на гендерную дисфорию на молекулярном уровне (в том смысле, как, например, антидепрессанты воздействуют на депрессию), а во-вторых, операции осуществляются на (с биологической точки зрения) здоровых органах, наличие которых не вызывает физического страдания. Действие МППГ опосредовано изменением первичных и вторичных половых признаков, восприятие которых, с одной стороны, самим человеком, а с другой — окружающими людьми приводит к снижению гендерной дисфории и улучшению психо-социальных исходов [1]. Можно предложить следующую схему воздействия МППГ на гендерную дисфорию (рис. 1).

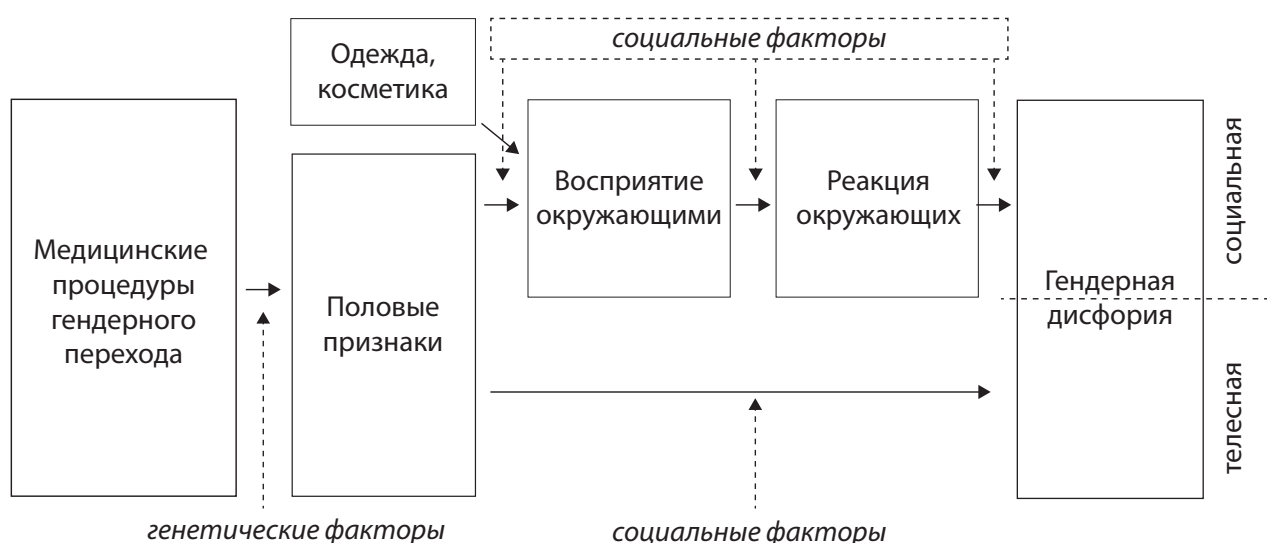


Рисунок 1. Механизмы воздействия медицинских процедур гендерного перехода на гендерную дисфорию.  
Figure 1. Mechanisms of action of gender transition medical procedures on gender dysphoria.

Здесь полезно разбить понятие гендерной дисфории на два более конкретных. В традиционной — назовём её «биомедицинской» — модели гендерная дисфория связана с неприятием человеком своих половых признаков [12]. Однако наряду с этим значительный вклад в дистресс вносит реакция окружающих на воспринимаемый гендер человека, например, использование грамматического рода, не отвечающего гендеру, с которым человек себя идентифицирует (мисгендеринг), словесные оскорбления, физическое и сексуальное насилие. Многие трансгендерные люди отмечают, что делают МПГП не «для себя», а для того, чтобы восприниматься окружающими в нужном гендере [9]. Таким образом, *телесная гендерная дисфория* возникает от неприятия гендеризированных признаков собственного тела (гениталии, внешность), в то время как *социальная гендерная дисфория* происходит от реакции окружающих на гендер человека. Говоря языком эпидемиологии, половые признаки, восприятие окружающими и их реакция являются медиаторами между воздействием (МПГП) и исходом (гендерная дисфория). Как будет показано ниже, эффект воздействия модифицируется социо-культурными факторами.

В эпидемиологических исследованиях, доступных на сегодняшний день, ассоциации ищутся лишь между вмешательствами (МПП) и конечными исходами (гендерная дисфория и иные психо-социальные исходы, такие как депрессия и тревожность). В то же время авторы не учитывают указанные на схеме медиаторы, что приводит к высокой гетерогенности выборки и, как следствие, низкому методологическому качеству исследований.

Оставшаяся часть статьи посвящена обсуждению промежуточных механизмов воздействия и возможностей измерения промежуточных исходов, учёт которых позволит в будущем проводить более качественные исследования в этой области.

## Половой диморфизм и его измерение

Цисгендерные (нетрансгендерные) женщины и мужчины имеют статистически значимые различия по большому числу первичных и вторичных половых признаков. В частности, половой диморфизм присутствует в скелете: строении таза и грудной клетки, росте, длине конечностей, ширине плеч. Различия имеются и в строении лица: для женщин характерны более маленькие по размеру и округлые лица, меньший размер носа, более короткая верхняя губа, в то время как для мужчин характерны ярко выраженные надбровные дуги, покатый лоб с высокой линией роста волос, более резко очерченные челюсти [13]. Наблюдаются различия в мышечной массе, закономерностях роста волос и распределения жировой ткани. Так, женщины имеют больше подкожного жира, который присутствует в области ягодиц и бёдер, тогда как мужчины имеют больше висцерального жира в области живота [14]. Подкожный жир также формирует жировые отложения на лице [15] и в груди [16]. Также наблюдаются гендерные различия в параметрах голоса [17].

Описанные характеристики в большинстве своём поддаются измерению. Для числового описания строения лица можно использовать метрику из евклидовых расстояний между точками (например, ширину лица на уровне рта, длину носа, расстояние между бровями) [18]. Густота волос на лице и теле измерима как с помощью визуальных шкал, так и инструментальных методов [19]. Измерение распределения жира в отдельных частях тела осуществляется с помощью компьютерной томографии, магнитно-резонансной спектроскопии и томографии [20]. Характеристики голоса, такие как фундаментальная частота, частоты формант или громкость, также измеримы [17]. Таким образом, теоретически есть возможность сконструировать шкалу феминности-маскулинности, введя в уравнение указанные результаты измерений с некоторыми коэффициентами (подробнее о коэффициентах ниже).

### Механизмы воздействия МППП на половые признаки

Феминизирующая ЗГТ, как правило, состоит из антиандроенов (ципротерона ацетат, спиролактон, аналог гонадотропин-рилизинг-гормона, финастерид и др.) и препаратов эстрогена (эстрадиола валерат и др.). Применение этих препаратов приводит к перераспределению жира по женскому типу, росту груди и утоньшению кожи [21]. Маскулинизирующая ЗГТ состоит из препаратов тестостерона и приводит к перераспределению жира по мужскому типу, увеличению мышечной массы, росту волос на лице и облысению на скальпе, огрубению кожи [22].

Перераспределение жировых отложений является одним из заметных результатов ЗГТ. Феминизирующая ЗГТ способствует увеличению подкожного жира, маскулинизирующая ЗГТ — уменьшению подкожного жира, при этом количество висцерального жира не меняется при обоих видах ЗГТ [23]. Таким образом, у ТЖ (трансгендерных женщин) жировые отложения появляются в ягодицах, бёдрах, груди и на лице, а у ТМ (трансгендерных мужчин) они, напротив, уменьшаются. Подобные закономерности характерны и для цисгендерных людей, у которых концентрация тестостерона в крови коррелирует с индексом талии/бёдер [24]. У женщин после менопаузы наблюдается накопление висцерального жира, при этом замещение экзогенными эстрогенами предотвращает эту тенденцию [25]. Недостаток эстрогенов после менопаузы также приводит к атрофии подкожных жировых тканей лица [26].

Однако у разных пациентов степень перераспределения жира и, как следствие, эффективность ЗГТ различается. Исследования в общей популяции показывают, что распределение жира может быть обусловлено генетическими факторами. Так, полиморфизм  $A \rightarrow G$  ( $XbaI$ ) в гене эстрогенового рецептора  $\alpha$  ( $ER\alpha$ ) ассоциирован с повышением общей массы жира и индекса талии/бёдер у женщин среднего возраста. Напротив, в группе пожилых женщин с генотипом GG показатели были ниже, чем у женщин с AA и AG [27]. Полиморфизмы s2431260 и rs217589 были ассоциированы с уменьшенной окружностью талии [28]. Полногеномный поиск ассоциаций выявил полиморфизмы и в других генах, ассоциированные с индексом талии/бёдер [29,30]. Эпигенетические механизмы также оказывают влияние на рост жировой ткани [31]. Описанные исследования направлены на выявление факторов ожирения и связанных с ним проблем в сфере здоровья. Однако их полезность применительно к ЗГТ у трансгендерных людей невелика, поскольку они ничего не сообщают о перераспределении жира на лице и груди, которое играет важную роль в гендерной атрибуции. Также проводились исследования генетических детерминантов роста молочных желёз в экспериментах на мышах [32], однако их полезность для трансгендерной медицины аналогично невелика. Помимо этого, этническая принадлежность может влиять на результативность ЗГТ в феминизации или маскулинизации тела [33].

В тех случаях, когда эффекты ЗГТ оказываются недостаточными, трансгендерные люди прибегают к операциям. Они включают генитальные операции (орхиэктомия, вагинопластика для ТЖ; гистерэктомия, метоидиопластика, фаллопластика для ТМ), маммопластику для ТЖ

и мастэктомия для ТМ, а также пластические операции на лице. Наиболее распространены следующие операции по феминизации лица: фронтопластика (уменьшение надбровных дуг), мандибулопластика (уменьшение нижней челюсти), ринопластика (изменение формы носа) и хондрогарингопластика (спиливание кадыка) [34]. Операции по маскулинизации менее распространены, они включают увеличение надбровных дуг, верхней и нижней челюсти, создание искусственного кадыка [35]. В отличие от ТМ, чей голос снижается под действием тестостерона, голос ТЖ не меняется при приёме феминизирующей ЗГТ, в связи с чем некоторые обращаются за операциями на голосовых связках [36]. Маскулинизирующая ЗГТ чаще всего усиливает рост волос на лице у ТМ, но, если этого оказывается недостаточно, имеется возможность пересадки бороды [37]. Феминизирующая ЗГТ может снижать рост волос на теле и лице, но в большинстве случаев ТЖ используют эпиляцию и другие дерматологические вмешательства [38]. Для борьбы с алопецией используются как фармакологические (миноксидин, финастерид), так и хирургические вмешательства (сдвиг линии роста, пересадка волос) [39].

Недостаточное понимание биологических факторов, влияющих на эффективность ЗГТ в феминизации и маскулинизации, не даёт возможность заранее предсказать, кому из пациентов требуются какие дозировки препаратов для достижения требуемого результата, а также сказать, кому из них будет достаточно ЗГТ, а кому дополнительно потребуются операции.

### Измерение гендерной дисфории

Для измерения гендерной дисфории предложено большое число инструментов экспериментально-психологической диагностики [40]. Вместе с тем, термин «гендерная дисфория» вызывает немало критики. Причём для дальнейшей дискуссии важно даже не столько то, что наличие дисфории используется для доступа к смене пола и соответствующий диагноз долгое время был отнесён к числу психиатрических [41], сколько вопросы к валидности шкал гендерной дисфории. Для определения дискриминантной валидности шкала должна быть протестирована на двух группах: на людях с диагнозом «транссексуализм»/«расстройство гендерной идентичности»/«гендерная дисфория» и контрольной группе (например, [42]). Однако объективность критериев постановки этих диагнозов вызывает сомнения. Зачастую пациенты пересказывают врачу историю, которая позволит им получить диагноз и, как следствие, возможность смены пола: что они родились в «чужом» теле, ощущали дисфорию с детства, играли в игрушки, предназначенные для детей противоположного пола и т. п. [43]. Диагнозы не учитывают существование людей с небинарной гендерной идентичностью (не идентифицирующих себя как женщины или мужчины), а также людей, для которых дисфория не является основным мотивом для гендерного перехода. Использование в разных странах различных диагнозов с различными критериями (например, «транссексуализм» в России и «гендерная дисфория» в США) не позволяет в полной мере говорить об идентичности выборок, использовавшихся в разных исследованиях [44]. Всё это не позволяет говорить



о высоком качестве эпидемиологических исследований, использующих гендерную дисфорию в качестве исхода. Выходом могло бы стать конструирование шкал, учитывающих различные (в том числе, непатологические) мотивации к гендерному переходу.

#### **Механизмы воздействия половых признаков на гендерную дисфорию**

В приведённой выше схеме половые признаки оказывают влияние на гендерную дисфорию не напрямую, а в случае социальной гендерной дисфории медируются восприятием окружающих и их реакцией на внешность. Ниже подробнее обсуждаются механизмы приписывания (атрибуции) гендера, а также возможности измерения этих промежуточных исходов.

#### **Атрибуция гендера в контролируемых экспериментах**

В начале статьи различия между женщинами и мужчинами описаны с позитивистской точки зрения как измеримые и объективные. Однако ситуация становится сложнее при введении в систему наблюдателя-человека. Оказалось, что в задачах приписывания (атрибуции) гендера — иными словами, категоризации незнакомого человека в качестве женщины или мужчины — не все вышеописанные диморфные признаки обладают одинаковым вкладом. Katcher (1955) [45] использовал рисунки людей со смешанными «гендерными подсказками» (gender cues), чтобы понять степень их важности для атрибуции гендера детьми 3–9 лет. Например, во всех прочих отношениях «мужской» фигуре пририсовывалась грудь и длинные волосы, а «женской» фигуре добавлялись мужские гениталии. Гендерные подсказки расположились в следующем нисходящем порядке важности: одежда, волосы, гениталии и грудь. Thompson и Bentler (1971) [46] повторили эксперимент, используя куклы, на выборке, состоящей из детей и взрослых. Волосы и форма тела были наиболее важными признаками гендера для детей, в то время как для взрослых это были гениталии и форма тела. Дальнейшие исследования выявили, что «женские» и «мужские» признаки вносят неравнозначный вклад в гендерное восприятие. Например, присутствие на рисунке полового члена в 96% случаев вело к приписыванию мужского пола, тогда как только две трети респондентов опирались на изображение вульвы, чтобы приписать женский пол [47]. Такое различие может быть объяснено с эволюционной точки зрения тем, что спутать мужчину с женщиной более опасно, чем наоборот [48].

Однако, поскольку люди в большинстве случаев не ходят голыми, строение наружных гениталий на практике не является столь уж значимым фактором в приписывании гендера трансгендерным людям, за исключением отдельных ситуаций, таких как посещение бассейна, спортзала или врача. С другой стороны, лицо является ключевым элементом внешности, который многими не скрывается (не считая случаев ношения никаба или масок). Приписывание гендера (наряду с другими характеристиками, такими как раса, этническая принадлежность, возраст) по лицевым чертам является одной из областей исследований по восприятию лица (face perception) [49]. В одном из экспериментов участникам предлагалось классифицировать отдельные черты лица по гендеру. В результате

черты лица расположились в следующем нисходящем порядке по значимости: брови и глаза, брови отдельно, глаза отдельно, челюсть целиком, подбородок, нос и рот, рот отдельно [50]. В другом исследовании было показано, что верхняя треть лица вносит наибольший вклад в гендерную атрибуцию [51]. Дополнительными элементами, участвующими в атрибуции, могут служить структура кожи [52] и цвет губ [53].

Знание того, какие гендерированные признаки играют наибольшую роль в атрибуции гендера, позволяют теоретически приписать им коэффициенты, с которыми они войдут в шкалу феминизации-маскулинизации. Однако это осложняется наличием социальных факторов, о которых ниже.

#### **Атрибуция гендера в реальном мире**

Эксперименты с лицами, описанные в предыдущем разделе, проводились в жёстко контролируемых условиях. Изображения были либо нарисованы, либо получены из фотографий, на которых удалялись все дополнительные элементы, которые могли бы сигнализировать о гендере, например, волосы. Однако реальные люди могут иметь волосы как на лице, так и скальпе, пользоваться косметикой и носить одежду, которая воспринимается как женская, мужская либо гендерно нейтральная. В повседневных ситуациях мы наблюдаем людей необязательно в анфас, как в описанных экспериментах, и при разном освещении. Помимо этого, атрибуция гендера происходит в социо-культурном контексте, поэтому результат такой классификации будет зависеть от того, какие значения приписываются в том или ином обществе гендерным признакам. Так, в социуме, где от мужчин ожидается ношение бороды, андрогинный человек без бороды с большей вероятностью будет восприниматься как женщина, чем в обществе с более свободными гендерными нормами. С другой стороны, в социуме с повышенными требованиями к женственности андрогинный человек с меньшей вероятностью будет восприниматься как женщина. Как отмечают Kessler и McKenna [47], «после того как атрибуция гендера произошла, всё, что человек делает, будет рассматриваться в соответствии с этой гендерной атрибуцией». Например, если человек был признан на основе остальных гендерных признаков как женщина, но имеет высокий рост и говорит низким голосом, то она будет восприниматься как женщина с высоким ростом и говорящая низким голосом, а не как мужчина. При этом знание о существовании людей, не вписывающихся в рамки гендерной бинарности, является дополнительным фактором, влияющим на приписывание гендера в ситуациях, когда гендерные признаки не согласованы между собой. Трансфеминистка Джулия Серано отмечает, что во времена, когда она ещё идентифицировала себя как мужчина-кроссдрессер, она чаще воспринималась как женщина в пригороде, тогда как в крупных городах, жители которых были лучше осведомлены о таких людях, как она, в ней чаще видели кроссдрессера [54].

#### **Реакция окружающих и индивидуальный ответ**

Итак, на основе суммы гендерных признаков человек может быть классифицирован окружающими как однозначно женщина, однозначно мужчина или лицо непонятного

пола. Влияние на гендерную дисфорию и психо-сексуальные исходы для этого индивида теперь зависят от того, как окружающие поведут себя в этой ситуации. Если человек считается как кроссдрессер, трансгендер или андрогин, возможны негативные реакции, от неодобрительных взглядов до словесных оскорблений и физического насилия [55]. В других случаях человек может восприниматься как представитель одной из бинарных гендерных категорий, но идентифицировать себя с другой (если не начат переход), что приводит к мисгендерингу, то есть использованию по отношению к человеку грамматического рода, местоимений или обращения, не соответствующего его гендерной идентичности [56]. Подобные реакции естественным образом ведут к повышению социальной гендерной дисфории, уровней депрессии и тревожности, низкой самооценке. Напротив, если человек считается как лицо того пола, с которым он себя идентифицирует, это будет способствовать повышению самооценки и уверенности в себе. При этом одна и та же реакция окружающих может приводить к индивидуальным последствиям для ментального здоровья в зависимости от стрессоустойчивости, которая для трансгендерных людей варьируется в широких пределах и зависит, среди прочего, от таких социальных факторов, как наличие социальной поддержки [57].

Хотя реакция окружающих и ответ на неё в каждом случае индивидуальны, с помощью опросов общественного мнения можно установить, в каких странах трансгендерный человек имеет более высокие риски столкнуться с нападениями. Так, проведённый в 2016 г. в 23 странах опрос показал, что наивысший уровень принятия трансгендерных людей в Испании, низший — в России [58]. Таким образом, отношение социума является дополнительной переменной, влияющей на реакцию окружающих, которая, в свою очередь, усиливает или, наоборот, снижает социальную гендерную дисфорию.

## Выводы

Исследователи, желающие установить ассоциации между медицинскими процедурами гендерного перехода и гендерной дисфорией, сталкиваются с большим количеством препятствий, вызванных недостаточным пониманием механизмов воздействия и сложностью (подчас невозможностью) измерения промежуточных исходов. Переживания гендерной дисфории индивидуальны, валидность шкал, используемых для её измерения, вызывает вопросы. Внешность людей до гендерного перехода различна, поэтому одним требуется больше вмешательств, чтобы восприниматься в нужном им гендере, чем другим. Воздействие экзогенных гормонов на внешность индивидуально и, возможно, зависит от генетических факторов, однако исследования для трансгендерных людей отсутствуют. Атрибуция гендера одного и того же человека может различаться в конкретных ситуациях и зависит от социального контекста. Реакция окружающих на воспринимаемый гендер человека индивидуальна и зависит от социального контекста. Для преодоления указанных сложностей можно вводить в регрессионные уравнения дополнительные переменные. Например, теоретически можно разработать шкалу феминизации-маскулинизации, основываясь на антропометрических измерениях и коэффициентах, взятых из исследований, показывающих разную значимость гендерных признаков в атрибуции гендера. Можно провести фармакогенетические исследования для установления генов, влияющих на степень феминизации или маскулинизации при гормонотерапии. Можно провести дополнительные исследования на тему вклада социо-культурного контекста в атрибуцию гендера и реакцию окружающих. Трансгендерная медицина активно развивается во всём мире, и можно ожидать появления исследований по этим темам в ближайшие годы.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Кирей-Ситникова Я. Некоторые проблемы разработки клинических рекомендаций по гендерной дисфории и гендерному несоответствию. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2021;9–10:47–53. DOI: 10.26347/1607-2502202109-10047-053
2. Кирей-Ситникова Я. Социальные факторы в дизайне эпидемиологических исследований эффективности медицинских процедур трансгендерного перехода (аналитический обзор). *Социальные аспекты здоровья населения*. 2021;67(6). DOI: 10.21045/2071-5021-2021-67-6-8
3. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, et al. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *Int J Transgenderism*. 2012;13(4):165–232. DOI: 10.1080/15532739.2011.700873
4. Leon J. Evidence-based medicine versus personalized medicine: are they enemies? *J Clin Psychopharmacol*. 2012;32(2):153–64. DOI: 10.1097/JCP.0b013e3182491383
5. Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, Mullan RJ, Murad A, 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. DOI: 10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x

## REFERENCES

1. Kirey-Sitnikova Y. Some challenges of developing clinical practice guidelines on gender dysphoria and gender incongruence. *Health Care Standardization Problems*. 2021;9-10, 47-53. (In Russ.) DOI: 10.26347/1607-2502202109-10047-053
2. Kirey-Sitnikova Y. Social factors in the design of epidemiological studies of effectiveness of medical procedures of gender transition (analytical review). *Social Aspects of Population Health*. 2021;67(6). (In Russ.) DOI: 10.21045/2071-5021-2021-67-6-8
3. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, et al. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *Int J Transgenderism*. 2012;13(4):165–232. DOI: 10.1080/15532739.2011.700873
4. Leon J. Evidence-based medicine versus personalized medicine: are they enemies? *J Clin Psychopharmacol*. 2012;32(2):153–64. DOI: 10.1097/JCP.0b013e3182491383
5. Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, Mullan RJ, Murad A, 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. DOI: 10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x

6. 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. DOI: 10.2147/NDT.S95310
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):011. DOI: 10.1210/jendso/bvab011
8. Benestad EEP. From gender dysphoria to gender euphoria: An assisted journey. *Sexologies*. 2010;19(4):225–31. DOI: 10.1016/j.sexol.2010.09.003
9. Johnson AH. Rejecting, reframing, and reintroducing: Trans people's strategic engagement with the medicalisation of gender dysphoria. *Sociol Health Illn*. 2019;41(3):517–532. DOI: 10.1111/1467-9566.12829
10. Perez-Brumer AG, Parker R, Aggleton P. *Rethinking MSM, trans\* and other categories in HIV Prevention*. Routledge; 2018. DOI: 10.4324/9781315151120
11. ILGA World. *Trans Legal Mapping Report 2019: Recognition before the Law*. ILGA World; 2020.
12. Latham JR. Axiomatic: Constituting 'transexuality' and trans sexualities in medicine. *Sexualities*. 2019;22(1–2):13–30. DOI: 10.1177/1363460717740258
13. Bannister JJ, Juszczak H, Aponte JD, Katz DC, Knott PD, et al. Sex Differences in Adult Facial Three-Dimensional Morphology: Application to Gender-Affirming Facial Surgery. *Facial Plastic Surgery & Aesthetic Medicine*; 2022. DOI: 10.1089/fpsam.2021.0301
14. Enzi G, Gasparo M, Biondetti PR, Fiore D, Semisa M, Zurlo F. Subcutaneous and visceral fat distribution according to sex, age, and overweight, evaluated by computed tomography. *Am J Clin Nutr*. 1986;44(6):739–46. DOI: 10.1093/ajcn/44.6.739
15. Rohrich RJ, Pessa JE. The fat compartments of the face: anatomy and clinical implications for cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2007;119(7):2219–27. DOI: 10.1097/01.prs.0000265403.66886.54
16. Gaskin KM, Peoples GE, McGhee DE. The fibro-adipose structure of the female breast: A dissection study. *Clin Anat*. 2020;33(1):146–55. DOI: 10.1002/ca.23505
17. Leung Y, Oates J, Chan SP. Voice, articulation, and prosody contribute to listener perceptions of speaker gender: A systematic review and meta-analysis. *J Speech Lang Hear Res*. 2018;61(2):266–97. DOI: 10.1044/2017\_JSLHR-S-17-0067
18. Burton AM, Bruce V, Dench N. What's the difference between men and women? Evidence from facial measurement. *Perception*. 1993;22(2):153–76. DOI: 10.1068/p220153
19. Yildiz BO, Bolour S, Woods K, Moore A, Azziz R. Visually scoring hirsutism. *Hum Reprod Update*. 2010;16(1):51–64. DOI: 10.1093/humupd/dmp024
20. Goodpaster BH. Measuring body fat distribution and content in humans. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2002;5(5):481–7. DOI: 10.1097/00075197-200209000-00005
6. 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. DOI: 10.2147/NDT.S95310
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):011. DOI: 10.1210/jendso/bvab011
8. Benestad EEP. From gender dysphoria to gender euphoria: An assisted journey. *Sexologies*. 2010;19(4):225–31. DOI: 10.1016/j.sexol.2010.09.003
9. Johnson AH. Rejecting, reframing, and reintroducing: Trans people's strategic engagement with the medicalisation of gender dysphoria. *Sociol Health Illn*. 2019;41(3):517–532. DOI: 10.1111/1467-9566.12829
10. Perez-Brumer AG, Parker R, Aggleton P. *Rethinking MSM, trans\* and other categories in HIV Prevention*. Routledge; 2018. DOI: 10.4324/9781315151120
11. ILGA World. *Trans Legal Mapping Report 2019: Recognition before the Law*. ILGA World; 2020.
12. Latham JR. Axiomatic: Constituting 'transexuality' and trans sexualities in medicine. *Sexualities*. 2019;22(1–2):13–30. DOI: 10.1177/1363460717740258
13. Bannister JJ, Juszczak H, Aponte JD, Katz DC, Knott PD, et al. Sex Differences in Adult Facial Three-Dimensional Morphology: Application to Gender-Affirming Facial Surgery. *Facial Plastic Surgery & Aesthetic Medicine*; 2022. DOI: 10.1089/fpsam.2021.0301
14. Enzi G, Gasparo M, Biondetti PR, Fiore D, Semisa M, Zurlo F. Subcutaneous and visceral fat distribution according to sex, age, and overweight, evaluated by computed tomography. *Am J Clin Nutr*. 1986;44(6):739–46. DOI: 10.1093/ajcn/44.6.739
15. Rohrich RJ, Pessa JE. The fat compartments of the face: anatomy and clinical implications for cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2007;119(7):2219–27. DOI: 10.1097/01.prs.0000265403.66886.54
16. Gaskin KM, Peoples GE, McGhee DE. The fibro-adipose structure of the female breast: A dissection study. *Clin Anat*. 2020;33(1):146–55. DOI: 10.1002/ca.23505
17. Leung Y, Oates J, Chan SP. Voice, articulation, and prosody contribute to listener perceptions of speaker gender: A systematic review and meta-analysis. *J Speech Lang Hear Res*. 2018;61(2):266–97. DOI: 10.1044/2017\_JSLHR-S-17-0067
18. Burton AM, Bruce V, Dench N. What's the difference between men and women? Evidence from facial measurement. *Perception*. 1993;22(2):153–76. DOI: 10.1068/p220153
19. Yildiz BO, Bolour S, Woods K, Moore A, Azziz R. Visually scoring hirsutism. *Hum Reprod Update*. 2010;16(1):51–64. DOI: 10.1093/humupd/dmp024
20. Goodpaster BH. Measuring body fat distribution and content in humans. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2002;5(5):481–7. DOI: 10.1097/00075197-200209000-00005

21. Tangpricha V, Heijer M. Oestrogen and anti-androgen therapy for transgender women. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2017;5(4):291–300. DOI: 10.1016/S2213-8587(16)30319-9
22. Meriggiola MC, Gava G. Endocrine care of transpeople part II. A review of cross-sex hormonal treatments, outcomes and adverse effects in transwomen. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2015;83(5):607–15. DOI: 10.1111/cen.12754
23. Klaver M, Velzen D, Blok C, Nota N, Wiepjes C, et al. Change in visceral fat and total body fat and the effect on cardiometabolic risk factors during transgender hormone therapy. *J Clin Endocrinol Metab.* 2022;107(1):153–64. DOI: 10.1210/clinem/dgab616
24. Kissebah AH, Peiris A.N. Biology of regional body fat distribution: relationship to non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Diabetes Metab Rev.* 1989;5(2):83–109. DOI: 10.1002/dmr.5610050202
25. Tchernof A, Calles-Escandon J, Sites CK, Poehlman ET. Menopause, central body fatness, and insulin resistance: effects of hormone-replacement therapy. *Coron Artery Dis.* 1998;9(8):503–11. DOI: 10.1097/00019501-199809080-00006
26. Levin YS. Cosmetic dermatology in menopause. *Menopause.* 2022;29(3):344–50. DOI: 10.1097/GME.0000000000001925
27. Okura T, Koda M, Ando F, Niino N, Ohta S, Shimokata H. Association of polymorphisms in the estrogen receptor  $\alpha$  gene with body fat distribution. *Int J Obes.* 2003;27(9):1020–7. DOI: 10.1038/sj.ijo.0802378
28. Gallagher CJ, Langefeld CD, Gordon CJ, Campbell JK, Mychalecky JC, et al. Association of the estrogen receptor- $\alpha$  gene with the metabolic syndrome and its component traits in African-American families: the Insulin Resistance Atherosclerosis Family Study. *Diabetes.* 2007;56(8):2135–41. DOI: 10.2337/db06-1017
29. Karastergiou K, Smith SR, Greenberg AS, Fried SK. Sex differences in human adipose tissues—the biology of pear shape. *Biol Sex Differ.* 2012;3(1):1–12. DOI: 10.1186/2042-6410-3-13
30. Lumish HS, O'Reilly M, Reilly MP. Sex differences in genomic drivers of adipose distribution and related cardiometabolic disorders: opportunities for precision medicine. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2020;40(1):45–60. DOI: 10.1161/ATVBAHA.119.313154
31. Martínez JA, Milagro FI, Claycombe KJ, Schalinske KL. Epigenetics in adipose tissue, obesity, weight loss, and diabetes. *Adv Nutr.* 2014;5(1):71–81. DOI: 10.3945/an.113.004705
32. Wall EH, Case LK, Hewitt SC, Nguyen-Vu T, Candelaria NR, et al. Genetic control of ductal morphology, estrogen-induced ductal growth, and gene expression in female mouse mammary gland. *Endocrinology.* 2014;155(8):3025–35. DOI: 10.1210/en.2013-1910
33. Gooren LJ. Should cross-sex hormone treatment of transsexual subjects vary with ethnic group? *Asian J Androl.* 2014;16(6):809. DOI: 10.4103/1008-682X.133972
34. Истратов А.Л., Исакова Ю.И., Мхитарян О.А., Ибрегимова М.Р. Современные тенденции в комплексной феминизации лица и шеи. *Голова и шея.* 2020;(1):47–54. DOI: 10.25792/HN.2020.8.1.47–54
21. Tangpricha V, Heijer M. Oestrogen and anti-androgen therapy for transgender women. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2017;5(4):291–300. DOI: 10.1016/S2213-8587(16)30319-9
22. Meriggiola MC, Gava G. Endocrine care of transpeople part II. A review of cross-sex hormonal treatments, outcomes and adverse effects in transwomen. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2015;83(5):607–15. DOI: 10.1111/cen.12754
23. Klaver M, Velzen D, Blok C, Nota N, Wiepjes C, et al. Change in visceral fat and total body fat and the effect on cardiometabolic risk factors during transgender hormone therapy. *J Clin Endocrinol Metab.* 2022;107(1):153–64. DOI: 10.1210/clinem/dgab616
24. Kissebah AH, Peiris AN. Biology of regional body fat distribution: relationship to non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Diabetes Metab Rev.* 1989;5(2):83–109. DOI: 10.1002/dmr.5610050202
25. Tchernof A, Calles-Escandon J, Sites CK, Poehlman ET. Menopause, central body fatness, and insulin resistance: effects of hormone-replacement therapy. *Coron Artery Dis.* 1998;9(8):503–11. DOI: 10.1097/00019501-199809080-00006
26. Levin YS. Cosmetic dermatology in menopause. *Menopause.* 2022;29(3):344–50. DOI: 10.1097/GME.0000000000001925
27. Okura T, Koda M, Ando F, Niino N, Ohta S, Shimokata H. Association of polymorphisms in the estrogen receptor  $\alpha$  gene with body fat distribution. *Int J Obes.* 2003;27(9):1020–7. DOI: 10.1038/sj.ijo.0802378
28. Gallagher CJ, Langefeld CD, Gordon CJ, Campbell JK, Mychalecky JC, et al. Association of the estrogen receptor- $\alpha$  gene with the metabolic syndrome and its component traits in African-American families: the Insulin Resistance Atherosclerosis Family Study. *Diabetes.* 2007;56(8):2135–41. DOI: 10.2337/db06-1017
29. Karastergiou K, Smith SR, Greenberg AS, Fried SK. Sex differences in human adipose tissues—the biology of pear shape. *Biol Sex Differ.* 2012;3(1):1–12. DOI: 10.1186/2042-6410-3-13
30. Lumish HS, O'Reilly M, Reilly MP. Sex differences in genomic drivers of adipose distribution and related cardiometabolic disorders: opportunities for precision medicine. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2020;40(1):45–60. DOI: 10.1161/ATVBAHA.119.313154
31. Martínez JA, Milagro FI, Claycombe KJ, Schalinske KL. Epigenetics in adipose tissue, obesity, weight loss, and diabetes. *Adv Nutr.* 2014;5(1):71–81. DOI: 10.3945/an.113.004705
32. Wall EH, Case LK, Hewitt SC, Nguyen-Vu T, Candelaria NR, et al. Genetic control of ductal morphology, estrogen-induced ductal growth, and gene expression in female mouse mammary gland. *Endocrinology.* 2014;155(8):3025–35. DOI: 10.1210/en.2013-1910
33. Gooren LJ. Should cross-sex hormone treatment of transsexual subjects vary with ethnic group? *Asian J Androl.* 2014;16(6):809. DOI: 10.4103/1008-682X.133972
34. Istranov A.L., Isakova J.I., Mkhitarян O.A., Ibrégimova M.R. Modern tendencies in complex feminization of head and neck. *Golova i sheya. Rossijskij zhurnal = Head and neck. Russian Journal.* 2020;8(1):47–54. (in Russ.) DOI: 10.25792/HN.2020.8.1.47–54



35. Sayegh F, Ludwig DC, Ascha M, Vyas K, Shakir A, et al. Facial masculinization surgery and its role in the treatment of gender dysphoria. *J Craniofac Surg.* 2019;30(5):1339–46. DOI: 10.1097/SCS.0000000000005101
36. Song TE, Jiang N. Transgender phonosurgery: a systematic review and meta-analysis. *Otolaryngol Neck Surg.* 2017;156(5):803–8. DOI: 10.1177/0194599817697050
37. Patel V, Nolan IT, Card E, Morrison SD, Bared A. Facial hair transplantation for transgender patients: a literature review and guidelines for practice. *Aesthet Surg J.* 2021;41(3):42–51. DOI: 10.1093/asj/sjaa430
38. Motosko CC, Tosti A. Dermatologic care of hair in transgender patients: a systematic review of literature. *Dermatol Ther.* 2021;11(5):1457–68. DOI: 10.1007/s13555-021-00574-0
39. Gao JL, Streed CG, Thompson J, Dommasch ED, Peebles JK. Androgenetic alopecia in transgender and gender diverse populations: A review of therapeutics. *J Am Acad Dermatol.* 2021. DOI: 10.1016/j.jaad.2021.08.067
40. Кирей-Ситникова Я., Бурцев Е.А. Обзор инструментов экспериментально-психологической диагностики гендерной дисфории и гендерного несоответствия в контексте перехода на МКБ-11. *Неврологический вестник.* 2022;LIV(2). Стр. 69–84
41. Schwend SA. Trans health care from a depathologization and human rights perspective. *Public Health Rev.* 2020. 19;41(1):3. DOI: 10.1186/s40985-020-0118-y
42. Deogracias JJ, Johnson LL, Meyer-Bahlburg HFL, Kessler SJ, Schober JM, Zucker KJ. The gender identity/gender dysphoria questionnaire for adolescents and adults. *J Sex Res.* 2007;44(4):370–9. DOI: 10.1080/00224490701586730
43. Кирей-Ситникова Я. *Трансгендерность и трансфеминизм.* Москва: Саламандра; 2015
44. Davy Z, Toze M. What is gender dysphoria? A critical systematic narrative review. *Transgender Health.* 2018;3(1):159–69. DOI: 10.1089/trgh.2018.0014
45. Katcher A. The discrimination of sex differences by young children. *J Genet Psychol.* 1955;87(1):131–43. DOI: 10.1080/00221325.1955.10532922
46. Thompson SK, Bentler PM. The priority of cues in sex discrimination by children and adults. *Dev Psychol.* 1971;5(2):181. DOI: 10.1037/h0031427
47. Kessler SJ, McKenna W. *Gender: An ethnomethodological approach.* Chicago: The University of Chicago Press; 1978.
48. Federici S, Lepri A, D'Urzo E. Sex/Gender Attribution: When the Penis Makes the Difference. *Arch Sex Behav.* 2021;1–15. DOI: 10.1007/s10508-021-02152-z
49. Oruc I, Balas B, Landy MS. Face perception: A brief journey through recent discoveries and current directions. *Vision Res.* 2019;157:1–9. DOI: 10.1016/j.visres.2019.06.005
50. Brown E, Perrett DI. What gives a face its gender? *Perception.* 1993;22(7):829–40. DOI: 10.1068/p220829
51. Spiegel JH. Facial determinants of female gender and feminizing forehead cranioplasty. *The Laryngoscope.* 2011;121(2):250–61. DOI: 10.1002/lary.21187
52. Bruce V, Burton AM, Hanna E, Healey P, Mason O, et al. Sex discrimination: how do we tell the difference between male and female faces? *Perception.* 1993;22(2):131–52. DOI: 10.1068/p220131
35. Sayegh F, Ludwig DC, Ascha M, Vyas K, Shakir A, et al. Facial masculinization surgery and its role in the treatment of gender dysphoria. *J Craniofac Surg.* 2019;30(5):1339–46. DOI: 10.1097/SCS.0000000000005101
36. Song TE, Jiang N. Transgender phonosurgery: a systematic review and meta-analysis. *Otolaryngol Neck Surg.* 2017;156(5):803–8. DOI: 10.1177/0194599817697050
37. Patel V, Nolan IT, Card E, Morrison SD, Bared A. Facial hair transplantation for transgender patients: a literature review and guidelines for practice. *Aesthet Surg J.* 2021;41(3):42–51. DOI: 10.1093/asj/sjaa430
38. Motosko CC, Tosti A. Dermatologic care of hair in transgender patients: a systematic review of literature. *Dermatol Ther.* 2021;11(5):1457–68. DOI: 10.1007/s13555-021-00574-0
39. Gao JL, Streed CG, Thompson J, Dommasch ED, Peebles JK. Androgenetic alopecia in transgender and gender diverse populations: A review of therapeutics. *J Am Acad Dermatol.* 2021. DOI: 10.1016/j.jaad.2021.08.067
40. Kirey-Sitnikova Y, Burtsev EA. A review of instruments of experimental psychological diagnostics of gender dysphoria and gender incongruence in the context of transition to ICD-11. *Neurology Bulletin.* 2022;LIV(2). (in Russ.)
41. Schwend SA. Trans health care from a depathologization and human rights perspective. *Public Health Rev.* 2020. 19;41(1):3. DOI: 10.1186/s40985-020-0118-y
42. Deogracias JJ, Johnson LL, Meyer-Bahlburg HFL, Kessler SJ, Schober JM, Zucker KJ. The gender identity/gender dysphoria questionnaire for adolescents and adults. *J Sex Res.* 2007;44(4):370–9. DOI: 10.1080/00224490701586730
43. Kirey-Sitnikova Y. *Transgendernost' i transfeminizm.* Moscow: Salamandra; 2015. (in Russ.)
44. Davy Z, Toze M. What is gender dysphoria? A critical systematic narrative review. *Transgender Health.* 2018;3(1):159–69. DOI: 10.1089/trgh.2018.0014
45. Katcher A. The discrimination of sex differences by young children. *J Genet Psychol.* 1955;87(1):131–43. DOI: 10.1080/00221325.1955.10532922
46. Thompson SK, Bentler PM. The priority of cues in sex discrimination by children and adults. *Dev Psychol.* 1971;5(2):181. DOI: 10.1037/h0031427
47. Kessler SJ, McKenna W. *Gender: An ethnomethodological approach.* Chicago: The University of Chicago Press; 1978.
48. Federici S, Lepri A, D'Urzo E. Sex/Gender Attribution: When the Penis Makes the Difference. *Arch Sex Behav.* 2021;1–15. DOI: 10.1007/s10508-021-02152-z
49. Oruc I, Balas B, Landy MS. Face perception: A brief journey through recent discoveries and current directions. *Vision Res.* 2019;157:1–9. DOI: 10.1016/j.visres.2019.06.005
50. Brown E, Perrett DI. What gives a face its gender? *Perception.* 1993;22(7):829–40. DOI: 10.1068/p220829
51. Spiegel JH. Facial determinants of female gender and feminizing forehead cranioplasty. *The Laryngoscope.* 2011;121(2):250–61. DOI: 10.1002/lary.21187
52. Bruce V, Burton AM, Hanna E, Healey P, Mason O, et al. Sex discrimination: how do we tell the difference between male and female faces? *Perception.* 1993;22(2):131–52. DOI: 10.1068/p220131

53. Stephen ID, McKeegan AM. Lip colour affects perceived sex typicality and attractiveness of human faces. *Perception*. 2010;39(8):1104–10. DOI: 10.1068/p6730
54. Serano J. *Whipping Girl: A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity*. New York: Seal Press; 2007.
55. Stotzer RL. Violence against transgender people: A review of United States data. *Aggress Violent Behav*. 2009;14(3):170–9. DOI: 10.1016/j.avb.2009.01.006
56. McLemore KA. Experiences with misgendering: Identity misclassification of transgender spectrum individuals. *Self Identity*. 2015;14(1):51–74. DOI: 10.1080/15298868.2014.950691
57. Başar K, Öz G. Resilience in Individuals with Gender Dysphoria: Association with Perceived Social Support And Discrimination. *Turk J Psychiatry*. 2016;27(4). DOI: 10.5080/u17071
58. Flores AR, Brown TN, Park A. *Public support for transgender rights: A twenty-three country survey*. California, USA: Williams Institute, UCLA School of Law; 2016.
53. Stephen ID, McKeegan AM. Lip colour affects perceived sex typicality and attractiveness of human faces. *Perception*. 2010;39(8):1104–10. DOI: 10.1068/p6730
54. Serano J. *Whipping Girl: A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity*. New York: Seal Press; 2007.
55. Stotzer RL. Violence against transgender people: A review of United States data. *Aggress Violent Behav*. 2009;14(3):170–9. DOI: 10.1016/j.avb.2009.01.006
56. McLemore KA. Experiences with misgendering: Identity misclassification of transgender spectrum individuals. *Self Identity*. 2015;14(1):51–74. DOI: 10.1080/15298868.2014.950691
57. Başar K, Öz G. Resilience in Individuals with Gender Dysphoria: Association with Perceived Social Support And Discrimination. *Turk J Psychiatry*. 2016;27(4). DOI: 10.5080/u17071
58. Flores AR, Brown TN, Park A. *Public support for transgender rights: A twenty-three country survey*. California, USA: Williams Institute, UCLA School of Law; 2016.

#### Информация об авторе

**Кирей-Ситникова Яна**, магистр общественного здоровья, независимая консультантка в Евразийской коалиции по здоровью, правам, гендерному и сексуальному многообразию, Таллинн, Эстония, yana.kirey.sitnikova@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-9603-5114>

#### Information about the author

**Yana Kirey-Sitnikova**, Master of Public Health, independent consultant at the Eurasian Coalition on Health, Rights, Gender and Sexual Diversity, Tallinn, Estonia, yana.kirey.sitnikova@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-9603-5114>

Поступила в редакцию / Received: 15.05.2022

Доработана после рецензирования / Revised: 12.07.2022

Принята к публикации / Accepted: 15.07.2022